

DIRIGENZA MEDICA

Il mensile dell'Anaao Assomed

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

L'ODG APPROVATO DAL CONSIGLIO NAZIONALE

l'Anaao Assomed vigilerà sull'equità del SSN

Il Consiglio Nazionale Anaao Assomed, riunito a Roma il 6 dicembre 2004 approva la relazione del Segretario Nazionale.

Il Consiglio Nazionale esprime apprezzamento per l'operato della Associazione teso ad ancorare la categoria dei medici dipendenti ad un Ssn equo e solidale anche attraverso le necessarie alleanze con altre forze sociali e sindacali, che condividono tale obiettivo.

Il Consiglio Nazionale valuta positivamente l'annunciata volontà del Governo, in tal senso fortemente sollecitato dalla azione di lotta e di proposta portata avanti dall'Anaao Assomed, di incrementare il finanziamento pubblico messo a disposizione delle Regioni per la sanità e il ripensamento sulla modifica costituzionale che fa rientrare la tutela della salute fra le materie oggetto di legislazione riservata allo Stato.

Il Consiglio Nazionale dà mandato alla Segreteria Nazionale di vigilare ed intervenire affinché queste volontà si traducano in atti di governo e parlamentari coerenti al fine di tutelare l'equità e la solidarietà del nostro Ssn.

A fronte di ciò il Consiglio Nazionale esprime netta condanna nei confronti della decisione del Governo di non ono-

rare gli impegni assunti da suoi autorevoli esponenti di aumentare le risorse finanziarie messe a disposizione per il rinnovo del II biennio economico del contratto. Tale situazione è aggravata dalle misure, prospettate nella legge finanziaria, del blocco del turn over che, esteso ai medici dipendenti, peggiora le loro condizioni di lavoro, aumenta la quota di contratti atipici e quindi di precariato professionale: fenomeni che si traducono fatalmente in un razionamento implicito dei servizi erogati ai cittadini.

Il Consiglio Nazionale valuta negativamente l'oblio che avvolge provvedimenti attesi ed auspicati quali la soluzione del problema specializzando e, più in generale il rapporto tra sistema formativo e sistema assistenziale, il governo clinico, la copertura *ex lege* del rischio professionale, la formazione permanente. A questi temi è da aggiungere la conferma del provvedimento che consente l'esercizio della libera professione allargata nell'ambito di una tutela dell'intero istituto che vediamo fortemente minacciato.

Il Consiglio Nazionale si dichiara fortemente preoccupato per l'andamento della trattativa per il rinnovo del Ccnl imposto dalla parte pubblica, e respinge le proposte normative da questa presentate in quanto tese a svalutare l'apporto professionale e gestionale della dirigenza medica, per la quale rivendichiamo cen-

INTERSINDACALE

È stato redatto il manifesto unitario dei sindacati della dirigenza medica, veterinaria, sanitaria, tecnica e amministrativa del Ssn e dei medici convenzionati. Il documento chiede che la questione Sanità venga posta con urgenza nell'agenda di Governo e Parlamento individuando 10 linee di intervento

ALLE PAGINE 2-4

COMITATO SOLIDARIETÀ E SALUTE

Il taglio delle tasse rischia di incidere sul welfare, cure e assistenza costeranno molto di più di quanto arriverà con il vantaggio fiscale. Ne è convinto il Comitato di sostegno e rilancio del Ssn che ha lanciato un appello, redatto in cinque punti, rivolto al Governo affinché ripensi la sua politica fiscale

A PAGINA 5

All'interno un inserto con il Programma 2005 della Fondazione Pietro Paci

Un anno di formazione, ricerca ed editoria in campo sanitario

Economia sanitaria, etica dei sistemi sanitari, organizzazione del lavoro negli ospedali e strumenti di "governo clinico". Questi i temi di cultura sanitaria che l'Anaao Assomed vuole contribuire a sviluppare per i propri iscritti. Nel 2003, per assolvere al meglio questo compito, l'Anaao ha costituito la Fondazione Pietro Paci che, insieme al Centro Studi, mira alla formazione, alla ricerca e all'editoria in tali ambiti. La Fondazione è stata intitolata a Pietro Paci, uno dei fondatori dell'Anaao, scomparso recentemente, che è stato Segretario nazionale e Presidente del sindacato. Pietro Paci ha, inoltre, dedicato molta parte della sua atti-

vità alla formazione, in particolar modo in materia d'economia ed organizzazione sanitaria.

L'Anaao Assomed, raccogliendone l'eredità, ha sviluppato strumenti culturali in grado di aiutare i medici che lavorano all'interno del Servizio sanitario nazionale a comprendere meglio i numerosi cambiamenti intervenuti in questi anni e favorire così il reale sviluppo del ruolo del dirigente medico in una moderna sanità pubblica.

Nell'inserto, all'interno del giornale, il programma completo di tutti i corsi per l'anno 2005.

RAPPORTO SANITÀ 2004

Il Ceis fa i conti della sanità e prevede un disavanzo di 8,4 miliardi di euro per il 2004. E se le risorse non bastano, sono i cittadini a pagare le cure di tasca propria con drammatiche ripercussioni sui bilanci delle famiglie, soprattutto nelle Regioni del Sud

ALLE PAGINE 6-7

INTERSINDACALE

Dieci cose da fare per rilanciare il Servizio sanitario nazionale

È stato redatto il manifesto unitario dei sindacati della dirigenza medica, veterinaria, sanitaria, tecnica e amministrativa del Ssn e dei medici convenzionati. Il documento, in cui si riconoscono quaranta sigle per 200mila operatori, chiede che la questione Sanità venga posta con urgenza nell'agenda di Governo e Parlamento individuando 10 punti di intervento. L'accento non viene posto solamente sul finanziamento del sistema ma anche sulla sua riorganizzazione che deve riconoscere più forza ai professionisti, medici innanzitutto, attorno ai quali ruotano le maggiori responsabilità. Il documento, inoltre, chiede un nuovo assetto istituzionale delle Asl, un adeguato finanziamento, una corretta concorrenza fra pubblico e privato, investimenti nell'educazione e nella formazione. Inoltre il documento registra un'apertura all'introduzione di maggiori elementi di meritocrazia, chiede più rispetto della rappresentanza sindacale e lancia un appello a non rinviare ulteriormente la riforma degli Ordini

Sono trascorsi 25 anni dall'istituzione del Servizio sanitario nazionale (Ssn). In occasione della ricorrenza, è quanto mai opportuno fare un bilancio dei mutamenti avvenuti in questo quarto di secolo nella sanità in Italia.

Le condizioni di salute della popolazione sono decisamente migliorate: la mortalità neonatale e infantile contenuta in valori percentuali forse irriducibili, molte patologie, una volta incurabili, sono adesso aggredibili farmacologicamente e/o chirurgicamente; la speranza di vita è significativamente aumentata; più persone raggiungono la terza e la quarta età.

Questi successi, qui sommariamente riassunti, sono ascrivibili certamente alle migliorate condizioni di vita della popolazione, alla costante innovazione scientifica e tecnologica, a nuovi farmaci sempre più mirati ed efficaci e a perfezionate modalità assistenziali.

Sono anche successi dell'organizzazione sanitaria, dell'accesso universale e gratuito alle prestazioni, della capillare diffusione dell'assistenza sia nelle strutture ospedaliere che nel territorio.

Ma senza alcun dubbio sono anche successi dovuti ai medici, interpreti di questi cambiamenti, deputati all'uso appropriato della tecnologia e all'uso corretto dei farmaci.

• Ai medici ospedalieri che sempre più hanno interpretato l'ospedale come luogo principale delle patologie acute, che hanno contribuito a ridurre, grazie alla tecnologia, i tempi di diagnosi, di intervento e di ricovero. È stato possibile così ridurre i posti

letto per acuti, mantenendo e migliorando standard assistenziali adeguati. L'ospedale in questi 25 anni è profondamente cambiato.

- Ai medici di famiglia e ai pediatri di libera scelta, positiva peculiarità del nostro Servizio sanitario nazionale: la loro diffusione capillare nel territorio, la libera scelta dell'assistito e il rapporto fiduciario, ne fanno figure terapeutiche di altissima professionalità, soprattutto nell'attuale mutato contesto.
- Ai medici di continuità assistenziale, che nelle ore notturne, prefestive e festive sono, assieme ai medici dell'emergenza e del pronto soccorso, uno dei pochi presidi sanitari di riferimento.
- Ai medici specialisti ambulatoriali, parte anche loro di una rete capillare di servizi in grado di soddisfare una crescente domanda di salute.
- Ai medici del territorio, che hanno contribuito con la prevenzione (vaccinazioni, ecc.) e la predizione (consultori, ecc.), a ridurre mortalità e morbilità neonatale e infantile.
- Ai veterinari con la loro opera di sorveglianza e di controllo sulle produzioni alimentari.

Ma anche ai dirigenti del Servizio sanitario nazionale: biologi, fisici, chimici, ingegneri, amministrativi, che con la loro attività permettono ad una macchina complessa di funzionare adeguatamente in ambiti che non sono visibili al cittadino.

I medici e i dirigenti del Ssn nelle rispettive professionalità, sono stati e sono attori protagonisti di questi cambiamenti.

Se il Ssn deve avere come parametro di riferimento la domanda di salute del cittadino, la figura del medico nell'organizzazione sanitaria è fondamentale. Eppure mai come adesso l'immagine del medico si è offuscata, è in crisi il rapporto tra medico e paziente, mai come adesso appare in declino il ruolo di classe dirigente della categoria.

È possibile provare a dare delle risposte unitarie a questa crisi, prefigurando un governo dei medici e dei dirigenti del Ssn che vada al di là delle loro forme organizzative sindacali o istituzionali.

Una riflessione sulla riforma sanitaria a 25 anni dalla sua emanazione può rappresentare l'occasione di un rilancio dell'immagine della categoria, del necessario recupero di un dialogo interno tra professionisti che spesso in questi anni nella migliore delle ipotesi si sono ignorati. Eppure tutti concorrono, da punti di vista diversi, al successo del sistema.

Una riflessione sulla riforma sanitaria è anche l'occasione per registrare i profondi mutamenti intervenuti in questo periodo nella domanda di salute e l'attuale inadeguatezza della risposta, intesa come offerta di servizi ai cittadini. Di come cioè al miglioramento delle condizioni di salute della popolazione e all'aumento della speranza di vita, al conseguente dilatarsi nel tempo e nello spazio delle malattie croniche e multiple, della parziale autosufficienza, della non autosufficienza, delle disabilità, non corrisponda ancora una adeguata rimodulazione dell'offerta di servizi e la necessaria correzione dei processi for-

mativi dei professionisti chiamati a rispondere alle mutate esigenze del sistema. Si affermano prepotentemente modelli diversi di pratica medica. Da un lato quella ospedaliera, vocata alla tempestiva risposta alla patologia d'organo, nella quale il medico è chiamato ad un approccio ultraspecialistico concentrato nel tempo e nello spazio e dove, più del rapporto medico-paziente, diventa importante la tempestività e l'efficacia della prestazione. Dall'altro quella del territorio, in cui viceversa, il medico, prendendosi carico del paziente nel tempo – sempre più lungo – e nello spazio relazionale della famiglia – sempre più povero – è esaltato il rapporto fiduciario. Dall'altro ancora quella riabilitativa, che tende ad assumere dimensioni sempre più importanti, nella quale il medico è chiamato non solo ad una molteplicità di competenze, ma anche ad un lavoro di gruppo interdisciplinare centrato sulla domanda di salute dell'assistito. Al primo è richiesta una competenza specifica sulla particolare patologia, la rapidità degli interventi diagnostici e terapeutici. Al secondo, come in parte anche al terzo, di farsi carico del complesso dei problemi di salute del paziente all'interno di un rapporto fiduciario lungo e duraturo, che investe il coinvolgimento di altre professionalità e la gestione di molteplici sistemi relazionali.

È evidente come ciò richieda profonde modifiche nell'impianto organizzativo e gestionale del Servizio sanitario nazionale, ponendo anche un problema di sostenibilità di costi. Chiamando i medici e tutti i dirigenti del Ssn alla sfida della modernità, a significativi cambiamenti culturali, al necessario adeguamento dei processi formativi, rimasti pressoché immutati in questo quarto di secolo. Deve quindi cambiare l'approccio culturale del medico nel prendersi cura del paziente ed essere ridefinito l'assetto organizzativo del Servizio sanitario nazionale, riqualificando e diversificando l'offerta dei servizi.

MANIFESTO - PROPOSTA

Sottolineati i principi della legge 833/78 ancora attuali e condivisi (l'universalità di accesso, la capillarità del servizio, la solidarietà, il respiro nazionale con l'obiettivo di superare gli squilibri territoriali, l'unificazione della gestione sanitaria in una sola struttura amministrativa locale, ecc.), le sottoscritte organizzazioni sindacali ritengono urgenti alcune modifiche legislative all'attuale sistema per renderlo capace di fronteggiare i problemi connessi con:

- l'invecchiamento della popolazione ed il conseguente crescente bisogno di assistenza, specialmente a livello domiciliare e residenziale;
- lo sviluppo scientifico-tecnologico;
- la necessità di adeguare il finanziamento del Ssn;
- la necessità di razionalizzare l'utilizzo delle risorse economiche rispetto a bisogni socio-sanitari sempre crescenti.

Il nuovo riordino della Sanità dovrebbe avvenire nel rispetto dei seguenti principi e criteri direttivi:

1. NUOVO ASSETTO ISTITUZIONALE DELLE ASL

Nuovo assetto istituzionale delle Asl, vera autorità sanitaria locale unificata, con un rinnovato e più importante ruolo ricono-

sciuto alle varie autonomie locali, cui competerà di contribuire alla definizione degli indirizzi di programmazione delle realtà sanitarie di propria competenza territoriale e di verificarne poi i risultati di gestione, nell'ambito degli indirizzi di programma e dei criteri generali di gestione definiti dal livello politico regionale.

È necessario altresì riequilibrare i poteri del direttore generale per garantire una maggiore collegialità nella gestione delle nuove Asl.

Vanno, infine, resi più pregnanti, anche se non potranno essere vincolanti, gli apporti forniti obbligatoriamente dagli Organi tecnico-consultivi (Consiglio dei sanitari, Collegio di direzione, Comitato di dipartimento, Consulta dei direttori di distretto), così da garantire un efficace contributo delle professionalità tecniche al governo clinico del sistema sanitario.

Appare inoltre necessario il rafforzamento strutturale e funzionale del distretto socio sanitario, con definizione anche del dipartimento delle cure primarie, quale struttura di coordinamento delle attività cliniche e gestionali della sanità territoriale, affidato alla responsabilità di un medico operante nel territorio, con specifiche caratteristiche di capacità, esperienza ed anzianità professionali.

2. ADEGUATO FINANZIAMENTO PUBBLICO DEL SERVIZIO SANITARIO

Adeguato finanziamento pubblico (nel generale ridisegno del nostro Welfare State) del Servizio sanitario, in misura percentuale del Pil tendenzialmente prossima alla media Ocse e con un tasso di crescita adeguato al crescere dei bisogni, con individuazione contestuale di uno specifico Fondo a destinazione vincolata di riequilibrio interregionale, cui tutte le Regioni contribuiscono, in modo da garantire, sull'intero territorio nazionale, gli standard assistenziali di base (i cosiddetti Lea). Ogni cittadino residente, compresi gli immigrati regolari, dovrà contribuire al finanziamento del Servizio in proporzione al proprio reddito. Eventuali assicurazioni sanitarie volontarie potranno essere solo integrative (mai sostitutive, neppure in quota-parte) rispetto al sistema pubblico obbligatorio e ai livelli essenziali di assistenza, ed i relativi oneri dovranno poter essere integralmente dedotti ai fini fiscali.

Occorre anche individuare la disponibilità di finanziamenti finalizzati ad azioni di piano e di progetto-obiettivo definiti dalla programmazione nazionale (ad esempio: investimenti in conto capitale; per i non autosufficienti; per l'emergenza e la continuità assistenziale; per la formazione; per la qualità e l'appropriatezza; per il riequilibrio del rapporto ospedale territorio, nonché tra prevenzione e cura; per il dipartimento di prevenzione, ecc.), cui le Regioni possano accedere a fronte del rispetto di specifici standard di attività e di funzione.

È infine opportuno, ai fini dell'economicità di sistema, definire la unitarietà del finanziamento per le attività socio-sanitarie ad elevata integrazione sanitaria e per le politiche ambientali a rilevante impatto sulla salute, come per le politiche di prevenzione primaria e profilassi umana e veterinaria.

Vanno, da ultimo, individuate azioni positive per intercettare quella parte di spesa sa-

nitaria privata che tendenzialmente sia riconducibile all'interno dei meccanismi di assicurazione e assistenza pubblica.

3. LA DEFINIZIONE DI UN SISTEMA DI PARTECIPAZIONE EQUO

In un sistema sanitario adeguatamente finanziato e nel quale l'erogazione delle prestazioni sia efficiente con appropriata risposta alla domanda di salute del cittadino e con accesso alle prestazioni garantito, la definizione di un sistema di partecipazione ai costi delle prestazioni godute risulta equo, ove sia comunque prevista la esenzione generale per i soggetti affetti da malattie cronico-invalidanti, per gli invalidi già accertati, per le attività di prevenzione individuale e di massa, per le attività ad elevato valore sociale o sicuramente usuranti, e per i cittadini con reddito inferiore ad un limite minimo predefinito.

La compartecipazione per i non esenti deve avere carattere minimale ma essere generalizzata per non compromettere, da un lato, le attività di prevenzione sulle persone sane, ma da risultare utile, dall'altro, a prevenire un approccio consumistico ai servizi sanitari.

4. DISTRIBUZIONE DEI POTERI

Anche nell'ambito del riequilibrio costituzionale in atto dei poteri degli Organi dello Stato, in materia sanitaria è necessario che rimangano attribuiti al livello centrale, quindi nazionale:

- la vigilanza sul rispetto, da parte delle Regioni, della normativa nazionale di settore;
- gli atti di indirizzo e coordinamento circa i provvedimenti di valenza sovranazionale (indirizzi comunitari, profilassi internazionale, sanità pubblica veterinaria, ecc.);
- l'individuazione dei profili professionali e degli ordinamenti delle professioni dell'area sanitaria e dell'area socio-sanitaria ad elevata integrazione sanitaria;
- la definizione dello stato giuridico e dell'ordinamento del personale medico e veterinario (compresa la modalità di selezione per l'accesso) dipendente e convenzionato;
- la disciplina sui prodotti chimici usati in medicina nonché, sentita la Conferenza Stato-Regioni,
- la definizione:
 - delle modalità e della entità del finanziamento del sistema sanitario;
 - del Psn e delle relative risorse finalizzate;
 - dei livelli essenziali di assistenza garantiti;
 - dei requisiti minimi per l'autorizzazione e l'accreditamento delle strutture sanitarie e dei professionisti;
 - degli standard di organizzazione, di personale e di sicurezza dei presidi sanitari, ecc.;
 - degli standard tariffari omogenei ai fini della compensazione della mobilità sanitaria interregionale;
 - la definizione delle parti di competenza nazionale dei contratti e delle convenzioni del personale a rapporto col Ssn;
- al livello regionale, anche attraverso l'adozione di provvedimenti legislativi:
 - la programmazione e l'organizzazione dei propri Servizi sanitari, attraverso il Psr e la definizione dei contratti e delle convenzioni integrative;
 - l'eventuale identificazione per i propri residenti di livelli di assistenza superiori a quelli

segue a pagina 4

segue da pag. 3

DIECI COSE DA FARE PER RILANCIARE IL SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE

- essenziali garantiti a livello nazionale e le modalità del relativo finanziamento aggiuntivo;
- l'approvazione delle tariffe delle prestazioni assicurate ed il controllo sulla gestione dei servizi sanitari ed ospedalieri, dei servizi del dipartimento di prevenzione e della sanità pubblica veterinaria, ecc.;
 - l'eventuale ripiano dei relativi deficit di gestione; al livello locale;
 - la compartecipazione alla definizione degli indirizzi di programmazione e organizzazione delle realtà sanitarie di competenza territoriale;
 - la responsabilità autonoma sulla più funzionale e corretta attuazione della normativa sovraordinata (di legge e contrattuale) e la migliore integrazione tra intervento sanitario e sociale a favore della persona.

5. PUBBLICO E PRIVATO POSSONO CONVIVERE

Accanto al Servizio sanitario pubblico convive una Sanità privata, spesso anche accreditata. I cittadini assicurati tramite il Ssn devono poter scegliere liberamente i medici di fiducia e le strutture sanitarie regionali, pubbliche o private, accreditate, nell'ambito del ventaglio di scelte che le singole Regioni metteranno a disposizione accreditando strutture e professionisti tra quelli autorizzati e forniti dei requisiti previsti. Tutti i medici ed i veterinari con rapporto di lavoro continuativo col Servizio sanitario pubblico devono poter esercitare la libera professione, quale valore aggiunto rispetto ai bisogni sanitari espressi dai cittadini e nella logica della maggiore offerta di servizi, purché essa non risulti oggettivamente incompatibile per ragioni di concorrenza con la struttura di appartenenza, di conflitto con i propri impegni contrattuali, di contrasto con la disciplina regionale in materia.

6. EDUCAZIONE, DOCUMENTAZIONE, INFORMAZIONE E FORMAZIONE

Per migliorare il Servizio sanitario è indispensabile investire fortemente nel settore Educazione-Documentazione-Informazione-Formazione. A tal fine è necessario:

- modificare la formazione di base ed il piano di studi del Corso di laurea in medicina e chirurgia, introducendo anche l'insegnamento dell'etica e della deontologia medica, della medicina della persona, della medicina di organizzazione, della sanità territoriale, dell'economia sanitaria, delle tecniche di comunicazione, ecc., e rafforzando, nella fase finale del Corso, la partecipazione alla pratica clinica, anche con l'utilizzo pieno delle risorse strutturali del Ssn. Identica necessità si ravvede anche per il Corso di laurea in medicina veterinaria;
- fatta salva la funzione dell'Università nella gestione esclusiva del primo biennio del percorso di formazione del medico specializzando, rafforzare in modo sostanziale il ruolo e le responsabilità del persona-

le e delle strutture del Ssn nella formazione specialistica, attribuendo anche a loro la gestione del triennio successivo, in contestualità con l'inserimento dello specializzando nell'attività del Servizio sanitario attraverso idonei contratti di lavoro che garantiscano compensi adeguati all'impegno ad esso richiesto e idonee garanzie assicurative e previdenziali;

- fermo restando l'attuale assetto giuridico-organizzativo, rafforzare la formazione specifica in medicina generale, anche per riconoscere la valenza di vera specialità della medicina territoriale, prevedendone la ristrutturazione dei contenuti e della durata dell'insegnamento e le relative garanzie di compenso economico, previdenziali e di successivo inserimento nella medicina generale;
- consentire a tutto il personale sanitario laureato del Ssn di poter accedere ad ulteriori livelli di istruzione postuniversitaria, nel rispetto delle norme di legge che regolano tale materia;
- dettare norme e fornire risorse perché le professioni del Ssn, in collaborazione con l'Università e gli Ordini professionali, possano realizzare concretamente la sistematica formazione permanente dei medici, dei veterinari e delle altre categorie professionali già inseriti nel sistema;
- riconoscere l'importanza crescente del e-health e il ruolo strategico della Tecnologia applicata all'Informazione e alla Comunicazione (Ict), destinando al settore i finanziamenti necessari, anche per la formazione del personale dedicato.

7. PERSONALE: FORMAZIONE, CONTRATTI, QUALITÀ DEL LAVORO

Il personale sanitario deve: essere selezionato in modo oggettivo sulla base dei titoli e dei meriti di ciascuno; essere coinvolto, direttamente e attraverso le legittime rappresentanze, nei processi di programmazione e organizzazione del Servizio, nonché di gestione per gli aspetti di diretta competenza. I contratti e le convenzioni mediche (di durata triennale o quadriennale) dovranno: essere negoziati dalle organizzazioni sindacali più rappresentative con analoghe Controparti ai diversi tavoli (nazionale, regionali e locali); prevedere normative che favoriscano qualità e serenità nel lavoro, anche attraverso adeguate coperture assicurative e previdenziali; riconoscere e premiare la produttività di ciascuno; garantire, nei rinnovi, benefici economici almeno pari all'inflazione reale patita dal lavoratore, anche di fronte al malcostume di rinnovi posticipati rispetto alle scadenze fisiologiche.

8. SETTORI DI INTERVENTO PER UN SSN MODERNO ED EFFICACE

Un servizio sanitario moderno ed efficace si compone di molti settori di intervento: medicina ospedaliera, medici di famiglia e pediatri di libera scelta, medicina di continuità assistenziale e medicina dei servizi, medicina specialistica ambulatoriale territoriale, medicina di prevenzione e di predizione, sanità pubblica veterinaria, ecc., tutti settori di pari dignità, che devono essere coordinati ed integrati tra di loro anche attraverso la armonizzazione degli istituti del rapporto di lavoro per consentire la miglior risposta funzionale al cittadino che si avvale del Servizio.

A tal fine, deve essere rafforzata la effettiva

partecipazione delle organizzazioni sindacali delle categorie interessate nella definizione della organizzazione del lavoro nelle strutture sanitarie pubbliche, anche per realizzare il modello funzionale del dipartimento delle cure primarie, dei vari dipartimenti ospedalieri, nonché dei dipartimenti transmurati (ospedale-territorio, dipartimento di prevenzione, ecc.), nel pieno rispetto delle rispettive professionalità e peculiarità dei diversi attori (medici di medicina generale, medici specialisti, veterinari, ecc.).

9. PROGRAMMAZIONE

È indispensabile programmare il numero degli addetti di tutte le professioni sanitarie, delle professioni infermieristiche, tecnico sanitarie e della riabilitazione, e delle relative specializzazioni, in coerenza con le rispettive mansioni e con le effettive esigenze del mercato del lavoro. Le lauree triennali in discipline sanitarie stanno elevando la cultura e le competenze specifiche degli operatori non medici: ciò tuttavia non può e non deve significare, pur nel riconoscimento della autonomia e responsabilità specifica di tali discipline, una invasione di campo rispetto alla autonomia e responsabilità in ambito di prevenzione, diagnosi e cura, riabilitazione delle malattie fisiche e psichiche, che sono tipiche della professione medica.

10. RIFORMA DEGLI ORDINI

Nell'ambito della necessaria e non rinviabile riforma degli Ordini, la nuova disciplina dell'Ordine professionale dei medici chirurghi e degli odontoiatri, nonché di quello dei medici veterinari, completamente riveduta nei meccanismi di elezione, incompatibilità e pluralismo delle rappresentanze, dovrà consentire di svolgere con efficacia le seguenti principali funzioni: autonomia magistratura in materia di deontologia medica e pubblicità sanitaria; vigilanza sull'accesso alla professione nonché sulla formazione specialistica e permanente degli iscritti; soggetto autorevole (assieme a ministero della Salute, Regioni, Società scientifiche) nella definizione delle tariffe professionali minime e massime di riferimento per il corretto rapporto costo/qualità degli atti professionali.

Senza il rispetto degli indirizzi e dei criteri proposti, è convinzione delle organizzazioni sindacali sottoscritte che non siano coniugabili qualità del Servizio e governabilità-sostenibilità economica del sistema.

Infine le organizzazioni sindacali mettono in guardia il Legislatore, e gli addetti alla gestione della salute, dal progressivo prevalere in settori importanti della Sanità italiana, di disvalori gravi, quali preconcetti ideologici, demagogia e populismo, enfasi e strumentalizzazioni, arido economicismo che, al pari di un eccesso di regole e di burocrazia, possono solo rompere il rapporto fiduciario del cittadino con il sistema sanitario pubblico, e all'interno della diade medico-paziente, e sottrarre risorse importanti al "core-business" della Sanità.

Il presente manifesto costituisce la base per il comune impegno delle organizzazioni sindacali, che lo sottoscrivono, alla difesa dei valori fondanti il Ssn e contro ogni tentativo, palese od occulto, di smantellare l'unità del Servizio a favore di un sistema sanitario regionale devolutivo, e di violare l'universalità e l'equità nell'offerta delle prestazioni socio-sanitarie.

LA RICETTA ALTERNATIVA DEL COMITATO "SOLIDARIETÀ E SALUTE" PER UNA SANITÀ EFFICIENTE E DI QUALITÀ

Il taglio delle tasse minaccia il welfare?

Il taglio delle tasse rischia di tagliare anche il welfare, cure e assistenza costeranno molto di più di quanto arriverà con il vantaggio fiscale. Ne è convinto il Comitato di sostegno e rilancio del servizio sanitario nazionale, composto dagli operatori della sanità vale a dire medici e infermieri, associazioni dei cittadini, sindacati e associazioni, che ha lanciato un appello all'Esecutivo affinché ripensi la sua politica fiscale. Il comitato, pur non contrario al taglio dell'Irpef, ritiene che nella situazione attuale dei conti pubblici sia prioritario garantire i servizi sanitari, sociali e previdenziali di qualità mentre un taglio alle tasse senza chiari margini di copertura potrebbe tradursi in un pericolo reale per la tenuta del sistema del welfare. Ecco dunque in cinque punti la ricetta del Comitato "Solidarietà e Salute", nel momento in cui il Parlamento si accinge a votare la Finanziaria 2005 con il taglio dell'Irpef e alla vigilia della ripresa dell'esame in terza lettura della devolution

QUALE SANITÀ, QUALE WELFARE: LE PROPOSTE DEL COMITATO NAZIONALE "SOLIDARIETÀ E SALUTE"

Il testo integrale del documento presentato al Governo, alle Forze politiche e alle Istituzioni sanitarie

Un sistema dal futuro incerto. Il sistema sanitario italiano vive una stagione di profonda incertezza sul proprio futuro.

Un'incertezza derivante sostanzialmente da tre fattori:

- l'emergenza di una realtà demografica caratterizzata dall'aumento della fascia di popolazione in età avanzata che richiede nuove modalità e nuove tipologie di assistenza sanitaria e sociale;
- il persistere di una sostanziale sottostima della dotazione finanziaria del Ssn che ne impedisce lo sviluppo ma, soprattutto, ne mette a rischio la stessa sopravvivenza in vaste aree del Paese;
- la confusione nell'attribuzione di poteri tra Stato e Regioni conseguente alla riforma della Costituzione del 2001, aggravata dalla mancata armonizzazione dell'impianto normativo vigente al nuovo impianto federalistico, con il risultato di un livello permanente di conflittualità tra i diversi livelli di governo e con il rischio di una crescente differenziazione nelle modalità stesse dell'erogazione delle prestazioni.

Questi tre fattori meritano quindi un'attenta analisi e una conseguente riflessione sulle necessarie riforme per riporre in asse il sistema sanitario rispetto ai nuovi bisogni e alle nuove realtà istituzionali del Paese.

In questo quadro, il Comitato nazionale "Solidarietà e Salute" per il sostegno e rilancio del Ssn, ritiene utile porre all'attenzione delle Istituzioni, degli operatori del settore e dell'opinione pubblica italiana le seguenti proposte per avviare un nuovo patto sulla salute che veda protagonisti tutti gli attori del sistema sanitario nazionale.

La nuova domanda di salute e le nuove risposte di assistenza: il problema della cronicità e della non autosufficienza

L'inversione della piramide demografica cui assi-

stiamo ormai da alcuni anni, ha reso l'Italia il Paese con la più lunga speranza di vita al Mondo.

Una notizia ottima che, però, si scontra con un grave ritardo del sistema di protezione sociale nel suo complesso in termini di adeguamento delle risorse e di organizzazione dei servizi.

Di particolare rilevanza appare la crescita delle cronicità e della non autosufficienza che caratterizzano l'esistenza di milioni di italiani.

È quindi non più procrastinabile la presa in carico del problema secondo due direzioni principali:

- a fronte dell'evidente emergenza del problema della cronicità e della non autosufficienza occorre intervenire subito, attraverso l'incremento delle risorse finanziarie per il Ssn e individuando al loro interno un fondo finalizzato per la non autosufficienza e la cronicità;
- occorre, inoltre, ripensare l'insieme del sistema di welfare a partire da un riesame complessivo della spesa per la protezione sociale che privilegi una visione coordinata degli interventi a favore dei beneficiari di pensione. Si può ad esempio ipotizzare una sorta di "pacchetto welfare" personalizzato, ove le spese per l'assistenza sociale e sanitaria possano in qualche modo entrare a far parte di un unico fondo di sostegno economico a favore dell'anziano bisognoso di assistenza continuativa.

La sostenibilità del Ssn: risorse adeguate e nuovi investimenti

La Finanziaria 2005 prevede uno stanziamento di 88,2 miliardi di Euro per la sanità. Tale cifra appare ancora molto sottostimata rispetto al fabbisogno reale calcolato dalle Regioni.

A questo si aggiunge il rischio di tagli consistenti all'assistenza da parte degli Enti Locali a fronte della diminuzione dei finanziamenti loro destinati da parte dello Stato.

La sottostima del Fondo sanitario nazionale si conferma così una costante negativa nella programmazione della spesa pubblica italiana, con ricadute evidenti sulla "quantità" e "qualità" degli interventi.

Nello stesso tempo dobbiamo registrare il sostanziale abbandono di qualsiasi politica di investimento nel settore della sanità, in termini

sia strutturali che di politiche volte alla promozione e al mantenimento della salute.

Il risultato è:

- rete ospedaliera antiquata;
- scarsi investimenti nella qualificazione e realizzazione delle strutture territoriali;
- una sostanziale assenza di programmi nazionali mirati di prevenzione primaria e secondaria;
- una non adeguata distribuzione del personale nei vari livelli del servizio sanitario;
- una non adeguata formazione permanente per gli operatori sanitari.

Per questi motivi il Comitato "Solidarietà e Salute" sottolinea la necessità di:

- una nuova programmazione della politica di investimento nella sanità a partire dalla definizione corretta del fabbisogno corrente;
 - un nuovo piano straordinario di investimenti in sanità finalizzato all'ammodernamento e razionalizzazione della rete ospedaliera e alla realizzazione di strutture in rete a livello territoriale con particolare attenzione alle forme di integrazione tra medicina di famiglia e medicina specialistica territoriale;
 - una diversa impostazione del Piano sanitario nazionale guardando con più attenzione al raggiungimento di determinati e realistici obiettivi di prevenzione sanitaria e di mantenimento dello stato di salute nella popolazione;
 - un programma triennale per la programmazione di standard adeguati di personale sia a livello ospedaliero che territoriale;
 - un nuovo progetto per la formazione permanente del personale sanitario capace di rispondere adeguatamente all'evoluzione della domanda di assistenza da parte dei cittadini.
- Per far questo si propone di operare sulla fattibilità di diverse linee di finanziamento miranti a raggiungere nel prossimo biennio una quota di Fondo sanitario nazionale pari al 7% del Pil.
- In particolare si ritiene utile verificare anche le seguenti ipotesi:
- aumento della quota da destinare alla sanità attraverso un'attenta disamina dei costi all'interno della spesa complessiva per la protezione sociale;
 - dirottare alla sanità le risorse finanziarie prove-

Segue a pag. 8

**RAPPORTO CEIS SANITÀ 2004 SU SOSTENIBILITÀ,
EQUITÀ ED EFFICIENZA DEI SISTEMI SANITARI**

Cresce la spesa sanitaria, si alleggeriscono le tasche degli italiani

di Lucia Conti

Anche all'estero la spesa sanitaria soffoca i governi, che ora puntano al recupero dell'efficienza dei servizi e alla responsabilizzazione e compartecipazione dei singoli individui ai costi della sanità. Intanto, in Italia i cittadini hanno già iniziato a pagare il 50% delle proprie spese sanitarie e sono 511 mila famiglie le famiglie che hanno dovuto sostenere spese al di fuori del Ssn così pesanti da incidere drammaticamente sui loro redditi. Oltre 340 mila le famiglie che a causa di queste spese sono addirittura cadute temporaneamente sotto la soglia di povertà stabilita dall'Istat. A rischio soprattutto i nuclei in cui vivono persone anziane, che abitano lontano da centri urbani e in una Regione del Mezzogiorno. Insomma, la vita si allunga ma a costi sempre più alti. E la situazione non sembra destinata a migliorare dal momento che, secondo le previsioni del Ceis, il disavanzo del settore sanità sarà di 8,4 miliardi di euro nel 2004 e, dopo essere sceso a 6,1 miliardi nel 2005 per effetto della Finanziaria, finirà col raggiungere i 7,2 miliardi per il 2006 e addirittura 13,6 miliardi nel 2010

Un'analisi delle politiche economico-sanitarie a livello nazionale e internazionale da cui emergono le difficoltà dei diversi Paesi per la sostenibilità dei sistemi sanitari nazionali e l'equità di assistenza per tutta la popolazione. Si tratta del secondo Rapporto Sanità 2004 del Centro interdipartimentale di studi internazionali sull'economia e lo sviluppo dell'Università Tor Vergata di Roma (Ceis), presentato lo scorso 10 novembre dal preside della facoltà di Economia di Tor Vergata, Luigi Paganetto, e dal coordinatore del Ceis, Federico Spandonaro. Come nell'edizione del 2003, anche quest'anno lo studio del Ceis si caratterizza per l'attenzione posta sull'equità del sistema e sull'impatto che la spesa per l'assistenza sanitaria ha sui bilanci delle famiglie, alla ricerca di una strategia che permetta al sistema sanitario di realizzare un "ragionevole" incontro tra bisogni di salute e risorse a disposizione.

Tre i temi portanti del volume: anzitutto la situazione italiana, in particolare la sostenibilità economica del sistema di tutela della salute, illustrata anche attraverso le simulazioni degli andamenti tendenziali della spesa sanitaria pubblica riferite al 2004 e al 2005.

L'attenzione si focalizza poi sull'equità del sistema e sugli effetti della spesa per l'assistenza sanitaria sui bilanci delle famiglie, con analisi regionali dalle quali emergono realtà preoccupanti.

Un terzo elemento è infine rappresentato dall'analisi delle politiche internazionali, con particolare riguardo per Francia, Germania, Regno Unito, Paesi Scandinavi, in Svizzera e Stati Uniti. Un confronto dal quale si evince che la sostenibilità

del sistema e l'equità dell'assistenza sono preoccupazioni diffuse anche tra le popolazioni che abitano oltre i confini italiani.

La presentazione del Rapporto è stata inoltre arricchita dagli interventi di Giovanni Bissoni, assessore alla Sanità dell'Emilia Romagna; Gianluigi Magri, sottosegretario al ministero dell'Economia; Filippo Palumbo, direttore generale della programmazione sanitaria del ministero della Salute; Giuseppe Palumbo, presidente della commissione Affari sociali della Camera; Laura Pellegrino, direttore dell'Agenzia per i servizi sanitari regionali. Espresso il gradimento per la capacità del Ceis di svolgere un'analisi dell'economia sanitaria in cui il punto di vista sociale si incontra con quello istituzionale e ribadita la necessità che il Ssn italiano resti ancorato al principio di universalità ed equità.

LA SOSTENIBILITÀ DEL SSN IN ITALIA

Il timore di uno sfondamento della spesa sanitaria per il 2004 e di un sottofinanziamento per l'anno a venire, le Regioni l'avevano espresso da tempo. La conferma arriva ora dal Rapporto Sanità 2004, secondo il quale, stando ai calcoli, gli 88,2 miliardi di euro per la sanità previsti dalla Finanziaria 2005 non basteranno e lasceranno il sistema scoperto di oltre 6,1 miliardi. Un disavanzo destinato ineluttabilmente a crescere tanto da raggiungere 7,2 miliardi per il 2006 e addirittura 13,6 miliardi nel 2010.

Poco confortanti, quindi, i responsi del Rapporto: secondo il Ceis per garantire la sostenibilità del sistema e la copertura dei costi ten-

denziali previsti per il 2005, le risorse per la sanità dovrebbero crescere almeno del 16%. In mancanza, diventeranno inevitabili "forti azioni di recupero" e manovre che incrementino le entrate regionali. Come viene rilevato nel Rapporto, il settore dell'assistenza farmaceutica rappresenta, tuttavia, un chiaro esempio di come le strategie di contenimento adottate non si siano rivelate in grado di coniugare i risparmi con il mantenimento dell'efficienza. Molti gli strumenti di governo - ticket, distribuzione diretta ecc. - a cui si è fatto ricorso per controllare la spesa per farmaci, ma non si è ancora riusciti a realizzare un suo effettivo controllo o una sua riduzione.

Secondo il Ceis, sarà allora necessario incentivare comportamenti efficienti degli attori (pubblici e privati) del sistema sanitario. Le riforme di inizio anni '90 che ponevano molta enfasi sulla "aziendalizzazione" e sull'introduzione di meccanismi competitivi fra erogatori di assistenza, benché potessero permettere di premiare le aziende più efficienti, non sembrano essere stati in grado, nel contesto italiano, di razionalizzare in modo determinante il sistema sul versante dei costi.

QUANTO PESA LA SANITÀ SULLE FAMIGLIE

Quasi il 50% della spesa sostenuta per l'assistenza sanitaria si è spostata dalle casse dello stato alle tasche dei cittadini. Seguendo la scelta di coniugare le analisi più specificamente economiche con una prospettiva più sociale della sanità, il Ceis ha puntato l'attenzione sull'impatto che

la sanità ha sui bilanci delle famiglie italiane. Ed ecco i risultati: in Italia ci sono 511 mila famiglie (il 2,30% del totale) che, per scelta o per carenza di risposta da parte del servizio pubblico, hanno dovuto sostenere spese sanitarie al di fuori del Ssn, risultate tanto pesanti da incidere drammaticamente sui loro redditi. Oltre 340 mila (pari all'1,74% del totale) sono, inoltre, le famiglie che a causa di queste spese sono addirittura cadute temporaneamente sotto la soglia di povertà stabilita dall'Istat.

Questo l'identikit della famiglia tipo che ha più probabilità di affrontare queste difficoltà: un anziano in casa, la residenza lontano dai centri urbani e in una Regione del Mezzogiorno.

Si conferma e rafforza quindi quanto già evidenziato nel Rapporto 2003: ad un estremo abbiamo la fragilità delle famiglie anziane monoreddito, all'altro estremo troviamo invece famiglie ad alto reddito che, facendo fronte alle esigenze sanitarie in larga misura autonomamente, hanno un potenziale incentivo a chiedere di poter fuoriuscire dal sistema sanitario pubblico.

Tra le realtà regionali più interessate al fenomeno troviamo, infatti, al primo posto la Sicilia con ben il 4,10% delle famiglie cadute temporaneamente in povertà per spese sanitarie private, seguita dalla Calabria con il 3,57% e dalla Campania con il 3,39%. Le Regioni meno interessate sono, invece, la Lombardia, il Veneto e le Marche con meno dell'1% delle famiglie scese temporaneamente sotto la soglia di povertà.

Diversa invece la situazione dei nuclei familiari che, seppur non scesi sotto il livello di povertà, hanno comunque subito gravi danni economici sempre a causa di spese sanitarie extra Ssn. Se infatti al primo posto, con il 4,79% delle famiglie, troviamo sempre la Sicilia, al secondo e quarto posto figurano le "ricche" Lombardia (2,74% delle famiglie) ed Emilia Romagna (2,68%).

Ai fini di consentire un confronto internazionale, il Rapporto contiene anche la classifica della "fairness in financial contribution" secondo gli indici Oms (e cioè equità/correttezza redistributiva degli oneri), in base alla quale l'Italia si classifica appena tredicesima, in Europa, per equità di sistema, ben al di sotto di Regno Unito, Danimarca, Svezia, Germania, Spagna, Francia.

IL CONFRONTO INTERNAZIONALE

Le preoccupazioni per il settore sanitario non sono tuttavia una prerogativa italiana, ma largamente diffusa anche nelle altre nazioni europee e transcontinentali, seppur nell'ambito di assetti istituzionali e organizzativi diversi. Cresce sempre più velocemente anche all'estero l'ammontare di risorse che i Paesi Ocse impiegano per i propri sistemi sanitari, tanto che, nel 2002, la spesa sanitaria ha raggiunto, in media, un picco dell'8,5% del Prodotto interno Lordo (Pil). Secondo i dati, inoltre, la spesa sanitaria annuale pro-capite è cresciuta in termini reali più velocemente (di quasi un punto percentuale) della crescita del reddito reale pro-capite (3,5% contro 2,8%).

E se non esiste una soluzione facile alla crescita della spesa sanitaria, tuttavia tutti sembrano voler rispondere alle pressioni sul settore sanitario attraverso il recupero dell'efficienza e la crescita della responsabilità individuale dei cittadini.

La crescita di spesa sanitaria, comunque, non si è verificata in modo uniforme su tutti i Paesi. Secondo il Rapporto, infatti, negli ultimi 20 anni essa è cresciuta molto più rapidamente rispetto alla media Ocse in alcuni Paesi caratterizzati da un basso livello di reddito e di spesa sanitaria pro-capite, come la Corea, l'Irlanda e il Portogallo.

Anche all'estero, in generale, la quota principale di risorse destinate alla sanità proviene dal finanziamento pubblico (entrate generali dello Stato e

assicurazioni sociali sanitarie) e ammonta in media al 73% della spesa sanitaria totale, superando l'80% in Paesi quali la Repubblica Ceca, quella Slovacca, i Paesi Nord Europei, il Giappone e la Gran Bretagna.

L'Italia è posizionata leggermente al di sopra della media dell'Ocse (Organizzazione per la Cooperazione e lo Sviluppo Economico), con una quota pubblica del 75,6% sul totale della spesa sanitaria.

La spesa sanitaria, inoltre, può essere finanziata attraverso risorse private (pagamenti a carico delle famiglie e assicurazioni private (che in Europa rappresentano in media il 6,1 % del totale dei finanziamenti).

La quota pubblica di finanziamento della sanità ha, tuttavia, subito alcune fluttuazioni nei vari Paesi: in genere essa è cresciuta durante gli anni '70, quindi si è stabilizzata negli anni '80 ma è poi stata ridotta durante gli anni '90. Se nei Paesi con una spesa sanitaria pubblica al di sopra della media Ocse si è assistito a un declino della quota, nei Paesi in cui tale dato di spesa era inferiore alla media Ocse sono stati i pagamenti a carico delle famiglie ad aumentare nel corso degli anni.

Con rare eccezioni, i Paesi con reddito pro-capite più basso hanno la quota più ampia di spesa a carico delle famiglie. Questa parte di spesa finanziaria tipologie di beni e servizi sanitari differenti fra i vari Paesi. La voce relativa alla farmaceutica è senza dubbio una delle principali, accompagnata, con variazioni, da quella relativa alla odontoiatria, alla lungodegenza e ai servizi ambulatoriali. La spesa a carico delle famiglie, rileva il Ceis, rappresenta la forma più regressiva di finanziamento della sanità e può porre barriere all'accesso di gruppi con basso reddito, tuttavia, negli ultimi anni è continuata a crescere, rimanendo pressoché costante solo in Danimarca, Francia, Corea e Stati Uniti.

L'assicurazione sanitaria privata, come già detto, rappresenta in media soltanto il 6,1% del totale dei finanziamenti. Essa però rappresenta l'unica forma di copertura per gran parte della popolazione negli Stati Uniti, dove i programmi pubblici garantiscono una copertura soltanto agli indigenti e agli anziani. Le assicurazioni private giocano un ruolo simile, ma per un gruppo più piccolo di cittadini, in Olanda (dove un terzo della popolazione, quelli con reddito più elevato, non ha diritto ad essere coperto dall'assicurazione sociale) e in Germania (dove un decimo della popolazione opta per non fare parte della copertura pubblica offerta dai Fondi assicurativi malattia).

In altri Paesi, come Australia, Irlanda, Nuova Zelanda, Italia e Gran Bretagna, questo tipo di assicurazioni duplicano i servizi offerti nei regimi universalistici, offrendo quindi un'alternativa parallela al sistema pubblico.

Francia

I livelli di deficit relativi ai fondi delle assicurazioni sociali contro le malattie sono così alti (da 3,5 miliardi di euro nel 2002 ai 10,2 nel 2003) da aver richiesto una rivalutazione della performance globale dello stesso sistema sanitario. La riforma in corso è caratterizzata dallo spostamento del peso della spesa dai fornitori dei servizi ai suoi beneficiari. Sono stati, ad esempio, stabiliti due meccanismi per sensibilizzare i pazienti alle problematiche inerenti i costi ambulatoriali: il pagamento anticipato della prestazioni, successivamente rimborsati dal proprio fondo sanitario, e il pagamento di ticket che prevedono comunque esenzioni e rimborsi da eventuali programmi assicurativi stipulati privatamente.

Germania

Anche in questo caso l'obiettivo fondamentale della nuova riforma è quello di ridurre il costo dei premi per l'assicurazione sanitaria obbligatoria

che gravano sul costo del lavoro, ricorrendo in larga misura ad una maggiore responsabilizzazione (anche finanziaria) dei cittadini.

La riforma, denominata legge sulla modernizzazione dell'assistenza sanitaria, crea, inoltre, incentivi per promuovere la salute e la consapevolezza dei costi, premiando le strutture più produttive ed efficienti. Il fine principale della legge, entrata in vigore nel 2004, è in definitiva quello di diminuire il costo del lavoro mediante la riduzione dell'aliquota contributiva dell'assicurazione sanitaria obbligatoria, facendola passare dal 15 al 13% della retribuzione lorda.

Gran Bretagna

Nel National Health System (Nhs) britannico è stato in gran parte abolito il mercato interno ed eliminate le pressioni concorrenziali. Dall'esperienza del mercato interno nel Nhs si può infatti desumere che un controllo centrale eccessivo, combinato a meccanismi di cooperazione o concorrenza, riduce in sostanza i fattori incentivanti all'interno del sistema sanitario. Per questo oggi alle organizzazioni del Nhs con migliori performance è riconosciuta maggiore autonomia gestionale, con grandi libertà nel ricercare una maggiore efficienza e migliorare i rapporti con i pazienti, con la comunità locale e il personale.

Scandinavia

Dopo la forte spinta alla regionalizzazione avviata negli anni '60, in Svezia, Norvegia e Danimarca si assiste oggi ad iniziative che segnalano una sorta di cambiamento verso una nuova centralizzazione del sistema di assistenza sanitaria. A trainare verso la centralizzazione sono, in particolare, la minore accettazione delle diversità regionali, ma anche ragioni di efficienza legate al coordinamento delle strutture e, non ultimo, ragioni di gestione finanziaria delle sovvenzioni centrali alle Regioni e Contee. Le decisioni a livello centrale per quanto concerne la spesa non saranno, comunque, prive di complicazioni. In particolare perché, per ricevere incentivi dal governo centrale, le Contee dovranno dimostrare la propria insolvenza e difficoltà.

Svizzera

Sono in atto riforme importanti, richieste sia da una evidente difficoltà nel gestire la spesa sanitaria sia nel tenere sotto controllo la sua evoluzione. In particolare, a fronte dell'esigenza di ridurre l'eccesso di offerta e il volume delle prestazioni (inappropriate) erogate, si dibatte sulla possibilità di abolire il cosiddetto "obbligo a contrarre", ovvero di mettere in condizione gli assicuratori, che garantiscono le coperture assicurative sanitarie, di scegliere con quali strutture e professionisti stipulare contratti. Le problematiche principali per tale abolizione riguardano, in particolare, la possibilità di una competizione al ribasso sul profilo qualitativo dell'assistenza prestata e l'instaurazione di forme scorrette di selezione dei rischi da parte degli assicuratori.

Usa

Nel mercato privato dell'assicurazione è ora largamente diffusa la "assistenza sanitaria guidata dal consumatore", in cui, in cambio di premi inferiori, i consumatori sopportano una maggiore responsabilità finanziaria per l'utilizzo di servizi medici, mediante alte franchigie e compartecipazione al costo, o copertura solo per eventi catastrofici. Il secondo approccio usato dagli assicuratori privati per limitare l'aumento nei loro premi è la medicina evidence-based, con possibili forti risparmi nell'utilizzo delle risorse, senza ridurre la qualità dell'assistenza. Sul versante della sanità pubblica, nel dicembre 2003, il Congresso ha disposto un allargamento dell'assistenza riguardante la prescrizione di farmaci per gli anziani.

segue dalla prima

L'ODG APPROVATO DAL CONSIGLIO NAZIONALE ANAAO ASSOMED

tralità e responsabilità nel governo clinico dei processi clinico assistenziali.

Il Consiglio Nazionale dà ampio mandato alla Segreteria Nazionale di adoperarsi con le forme e le iniziative anche di mobilitazione ritenute opportune per il rinnovo di un Ccnl all'altezza delle aspettative economiche e normative dei medici dipendenti, in grado cioè di recuperare un ruolo professionale e sindacale da più parti messo in discussione e, soprattutto, di migliorare le condizioni di lavoro in particolar

modo per quanto riguarda il sistema di risposta alle urgenze-emergenze sia intra che extra ospedaliere.

Il Consiglio Nazionale ritiene che l'Associazione debba proseguire nel suo cammino per costruire una solida e stabile unità della categoria e di tutta la professione medica perché questo rappresenta un elemento di forza e di speranza per il futuro del nostro Ssn.

Questo futuro ha già lanciato le sue le sfide

civili e tecnico professionali: più quantità e più qualità nei servizi alla persona, più ricerca, più innovazione, più tecnologie, più politiche della salute nella società, più centralità del cittadino/persona nei servizi.

A queste sfide noi rispondiamo rivendicando: risorse finanziarie pubbliche appropriate per salvaguardare, nell'equità e solidarietà, la sostenibilità economica del sistema pubblico, più partecipazione dei cittadini e dei professionisti per una governance della salute che vive anche di consenso e che, come la scuola, la giustizia, l'assistenza, rappresenta l'indicatore più valido per misurare il tasso di modernità e civiltà di un paese.

segue da pag. 5

IL TAGLIO DELLE TASSE MINACCIA IL WELFARE?

nienti dagli interventi di razionalizzazione della spesa in altri comparti della pubblica amministrazione previsti dal progetto di riduzione delle aliquote fiscali allo studio del Governo;

- programmare per la prossima finanziaria 2006 un piano straordinario di investimenti in sanità avviando fin d'ora un attento esame della situazione del patrimonio strutturale, logistico e delle risorse umane del Ssn, da cui trarre un progetto quadro nazionale di ammodernamento e razionalizzazione della rete dei servizi sanitari italiani.

Federalismo e sanità: un binomio pericoloso?

La riforma del Titolo V della Costituzione, approvata nella precedente legislatura, ha previsto che i poteri legislativi di Stato e Regioni in materia sanitaria siano concorrenti, fatti salvo i livelli essenziali di assistenza da garantire su tutto il territorio nazionale la cui determinazione resta di competenza dello Stato.

A distanza di tre anni da quella riforma dobbiamo constatarne il sostanziale fallimento sia in termini di miglioramento dei rapporti tra Stato e Regioni (ne sono prova le centinaia di ricorsi alla Corte Costituzionale per conflitto di competenza), sia per la tenuta stessa del sistema dal punto di vista degli assetti e dell'organizzazione che ha visto prevalere più le differenze che le convergenze di programma e strategia.

A ciò va aggiunto l'insorgere di un vero e proprio "vulnus" istituzionale derivante dalla mancata armonizzazione della legislazione sanitaria ordinaria (legge 833 e successivi decreti legislativi 502/517/229) nata e sviluppata prima della svolta federalista e mai con essa coordinata.

In questo quadro il Parlamento è impegnato nella discussione di una nuova riforma costituzionale che rischia però di aggravare ulteriormente il quadro di riferimento, aumentando anche il

pericolo di un'accelerazione del processo di disgregazione istituzionale del Ssn tra le diverse Regioni a seguito della cosiddetta "devolution". Lo spettro di 21 sistemi sanitari diversi è insomma prossimo alla sua materializzazione. Siamo quindi dinanzi a un bivio:

- da una parte, la scelta drastica di un generale e serio ripensamento sulla valenza stessa di mantenere un approccio federalistico sulla sanità, un settore per il quale molti osservatori iniziano a ventilare la necessità di ripristinare vincoli sempre più serrati e stringenti a livello nazionale;
- dall'altra, la via del miglioramento della proposta di "riforma della riforma costituzionale" promossa dall'attuale Maggioranza.

Il Comitato "Solidarietà e Salute" è nato nel 2000 anche per contrastare i rischi di frammentazione del sistema sanitario, già in luce nella riforma federalista del centro sinistra. È quindi nel nostro Dna la difesa dell'unitarietà del diritto alla salute, che passa anche per l'uniformità dei sistemi di finanziamento ma anche per gli stessi modelli di assistenza preposti, che non possono essere considerati di per sé "neutrali" rispetto alle finalità del sistema.

Nello stesso tempo siamo consapevoli del cammino fin qui fatto da parte delle Regioni per quanto concerne la loro autonomia di indirizzo e di gestione della sanità. Un patrimonio, ma anche una necessità, che non possono andare dispersi.

Pertanto la nostra proposta pone tre alternative:

- la prima, è quella di stralciare la parte riguardante la sanità dall'attuale ddl costituzionale, operando invece per la piena attuazione della Costituzione vigente, attraverso l'emanazione di appositi provvedimenti finalizzati a individuare i "principi" guida in materia sanitaria (vedi art.117 della Costituzione che riserva allo Stato la legislazione sui principi), cui la legislazione regionale è tenuta a ispirarsi. Tra questi rientrano a pieno titolo i principi istitutivi del Ssn e cioè l'universalità, l'equità di accesso, la fiscalizzazione generale degli oneri finanziari, ma anche la stessa architettura istituzionale del sistema basato sulle Aziende sanitarie locali pubbliche quali organismi pre-

posti alla gestione del servizio e sulla valenza nazionale dei contratti e delle convenzioni con il personale sanitario;

- la seconda proposta, valida qualora dovesse prevalere la volontà dell'attuale Maggioranza nel portare avanti la devolution, si esprime nella richiesta che la devoluzione dei poteri alle Regioni su assistenza e organizzazione sanitaria sia in ogni caso bilanciata da una legge ordinaria che determini i paletti di riferimento istituzionale cui ogni sistema sanitario regionale dovrà riferirsi. Tale legge dovrà essere varata contestualmente all'approvazione finale della riforma costituzionale al fine di garantire, sin dall'avvio delle nuove attribuzioni di potere tra Stato e Regioni, la salvaguardia dei principi fondamentali di equità, universalità, solidarietà e mission pubblica alla base del Servizio sanitario nazionale. Questa seconda proposta appare del resto in linea con l'approvazione alla Camera in prima lettura di una modifica al testo originale della devolution, laddove si prevede che spetti allo Stato, in maniera esclusiva, legiferare sulle "norme generali sulla tutela della salute", fermo restando la potestà legislativa delle Regioni su organizzazione e assistenza sanitaria. In questo senso, tra le "norme generali", potrebbero quindi rientrare anche quelle norme di indirizzo e assetto generale dei servizi sanitari, indispensabili ad evitare che la devolution dia luogo alla totale frammentazione del sistema sanitario nazionale. Se così fosse il sistema potrebbe effettivamente trovare un nuovo equilibrio tra autonomia e centralizzazione. In caso contrario, e cioè se non fosse approvata una legge ordinaria che stabilisca quei principi in modo inequivocabile, la modifica introdotta alla Camera risulterebbe sostanzialmente inefficace a bilanciare la devoluzione alle Regioni, limitandosi di fatto a ribadire generiche competenze statali in materia di salute pubblica;
- la terza opzione, cui riferirsi a fronte del fallimento delle prime due, è ovviamente quella dell'appoggio senza riserve al referendum popolare per abrogare la nuova legge costituzionale.

Roma, 7 dicembre 2004

DIRIGENZA MEDICA

Il mensile dell'Anaa Assomed

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

direttore
Serafino Zucchelli

direttore responsabile
Silvia Procaccini

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

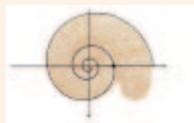
coordinamento editoriale
Cesare Fassari

hanno collaborato:
Lucia Conti

Progetto grafico e impaginazione:
**Daniele Lucia,
Barbara Rizzuti**

Editore
Italpromo Esis Publishing
Via dei Magazzini Generali 18/20, 00154 Roma
Telefono 065729981 - fax 065729982

Registrazione al Tribunale di Milano n.182/2002 del 25.3.2002
Diritto alla riservatezza: "Dirigenza Medica"
garantisce la massima riservatezza dei dati forniti
dagli abbonati nel rispetto della legge 675/96
Stampa: Tecnostampa srl - via Le Brece 60025 Loreto (An)
Finito di stampare nel mese di dicembre 2004



FONDAZIONE PIETRO PACI

FORMAZIONE, RICERCA

EDITORIA IN CAMPO SANITARIO

Programmazione 2005

Eventi

■ Il SSN, le aziende sanitarie, la dirigenza medica e il governo clinico	2
■ La negoziazione del budget nelle aziende sanitarie	3
■ Risk management in sanità	4
■ Privacy e consenso informato nelle aziende sanitarie: due profili di responsabilità professionale	6
■ Le linee guida aziendali: come costruirle, diffonderle, aggiornarle	7
■ La cartella clinica: obiettivo qualità e responsabilità	9
■ Disagio psico-sociale, benessere organizzativo e qualità dei servizi in sanità	10
■ Il rischio da agenti biologici, chimici e fisici in ambiente sanitario	10
■ Il CCNL della dirigenza medica: uno strumento di governo del cambiamento	11
■ I profili di responsabilità del Dirigente Medico	13
■ Il Dipartimento: dallo slogan all'innovazione dell'organizzazione dei servizi sanitari	14
■ Scuola "Carlo Urbani" - II Corso di formazione marzo-giugno 2005	15

Presentazione

L'Anaao Assomed da sempre ha unito alla cura degli interessi legittimi della categoria la volontà di promozione culturale nei campi dell'economia sanitaria, dell'etica dei sistemi sanitari, dell'organizzazione del lavoro negli ospedali e degli strumenti del "governo clinico". Nel 2003 ha costituito la Fondazione "Pietro Paci" che, di concerto con il Centro Studi, cura la formazione, la ricerca e l'editoria in tali ambiti; la Fondazione può disporre dell'intera rete organizzativa dell'Anaao Assomed. La Fondazione è stata intitolata a Pietro Paci, scomparso recentemente, uno dei fondatori dell'Anaao, segretario nazionale e presidente dell'Associazione e che aveva dedicato molta parte della sua attività alla formazione, principalmente in materia d'economia ed organizzazione sanitaria.

L'Anaao Assomed ne raccoglie l'eredità, con il progetto di fornire ai medici del SSN gli strumenti culturali che li aiutino a comprendere meglio i numerosi cambiamenti intervenuti in questi anni per favorire il reale sviluppo del moderno ruolo del dirigente medico in una moderna sanità pubblica.

COMITATO SCIENTIFICO FONDAZIONE PIETRO PACI

Renato Balduzzi Ordinario di Diritto Costituzionale, Università di Genova

Maria Novella Bettini Docente di Diritto del Lavoro e Diritto Sindacale, Università del Molise

Nerina Dirindin Docente Economia pubblica ed Economia Sanitaria, Università di Torino

Silvana Dragonetti Dirigente Generale Aran

Guido Giarelli Professore di Sistemi sanitari comparati, Università di Bologna – Presidente della Società Italiana Sociologia della Salute

Elena Granaglia Professore Scienze delle Finanze, Università della Calabria

Alessandro Liberati Dipartimento Scienze Igienistiche Microbiologiche e Biostatistiche, Università di Modena e Reggio Emilia – Direttore Centro Cochrane Italiano

Ubaldo Montaguti Direttore Generale Azienda Ospedaliera Ferrara

Aldo Piperno Professore Ordinario Scienze dell'Organizzazione, Università di Napoli Federico II

Sandro Spinsanti Direttore della Rivista Janus

Francesco Taroni Direttore Generale ASSR Emilia Romagna

Maria Concetta Vaccaro Responsabile Settore Welfare Fondazione Censis

Paolo Vineis Docente di Statistica medica e Biometria, Università di Torino

IL SSN, LE AZIENDE SANITARIE, LA DIRIGENZA MEDICA E IL GOVERNO CLINICO

Obiettivi del corso

Aggiornare ed incrementare il livello di conoscenze e competenze dei professionisti dirigenti sulla complessità degli ordinamenti e delle procedure che regolano il sistema in cui operano al fine di meglio corrispondere ai propri obblighi dirigenziali verso l'azienda e a quelli tecnico professionali e deontologici che li vincolano ai bisogni del cittadino. In quest'ottica, all'interno dei consolidati indirizzi di governo economico finanziario, gestionale ed organizzativo definito da leggi e regolamenti nazionali e regionali, il corso inserisce i più attuali orientamenti in materia di governo clinico inteso come strumento di supporto tecnico professionale alle decisioni di politica sanitaria.

Caratteristiche del corso

Struttura del corso

il corso si svolge in due giornate e si articola in quattro sessioni per complessive 12 ore di docenza frontale e 3 di interattività docenti discenti, quest'ultima organizzata o in esercitazioni a gruppi o question time ovvero domande ai relatori (2 minuti) e risposte rapide (3 minuti)

Materiale didattico

ad ogni discente verrà consegnato il testo delle relazioni e le presentazioni PPT sia su supporto cartaceo che su CD

Verifiche e previsione di discenti

come previsto dall'attuale normativa ECM test di apprendimento di 30 quiz. Il corso prevede un massimo di 50 partecipanti

Previsione crediti ECM

da un minimo di 10 a un massimo di 13 crediti ECM

Previsione quota di iscrizione

comprende esclusivamente i costi delle attività formative. Ogni altro onere è a carico del committente.

- Formazione Aziendale (max 50) Euro 3.500,00 + Iva

PROGRAMMA

I SESSIONE I PRINCIPI ORDINAMENTALI E DI FINANZIAMENTO DEL SSN

9.15 - 10.15 L'ordinamento del SSN tra costituzione, federalismo e devoluzione: definizione ed attribuzione delle competenze In questa prima relazione vengono illustrate le innovazioni costituzionali e legislative già operanti e quelle preannunciate nel progetto devolutivo in materia di organizzazione e gestione della Sanità. In particolare il relatore si sofferma sulla definizione e suddivisione delle competenze tra Stato e Regioni e il ruolo dei LEA nella identificazione dell'"interesse nazionale".

10.15 - 11.15 Prelievo, ripartizione e attribuzione del finanziamento pubblico: il federalismo fiscale Il relatore, nel definire l'evoluzione nel tempo dei criteri di prelievo, ripartizione ed attribuzione del finanziamento ai Servizi sanitari regionali, si sofferma sugli elementi di maggiore criticità che contraddistinguono il vigente federalismo fiscale anche alla luce del preannunciato processo devolutivo.

11.30 - 12.30 Spese e costi dei Ssr: capacità fiscale, autonomia finanziaria e livelli di assistenza Nella relazione vengono illustrate le criticità a tutt'oggi emerse nel fabbisogno finanziario delle varie Regioni, sottolineando gli elementi di identità e differenze nei vari modelli organizzativi e gestionali delle stesse. Infine il relatore problematicamente rappresenta le differenti potenzialità di alcune aree del Paese a reggere i costi del servizio sulla base delle rispettive capacità di prelievo fiscale. Su questa materia verranno particolarmente valorizzati gli aspetti più peculiari della/e Regione/i nelle quali si effettua il corso, comunque sempre rapportato ad una visione generale del sistema Paese.

12.30 - 13.30 Esercitazioni in aula a gruppi e/o question time

II SESSIONE LE AZIENDE SANITARIE, COMPETENZE E ORGANIZZAZIONE

14.30 - 15.30 Gli enti preposti alla tutela della salute: identità e differenze In questa relazione vengono illustrate le varie tipologie di aziende e di altri Enti Pubblici a cui è affidata la gestione-produzione delle attività di tutela della salute (ASO, ASL, Aziende Miste, Policlinici, Fondazioni, IRCCS, ARPA) sottolineando gli elementi di identità e di distinzione delle caratteristiche giuridiche, dei modelli gestionali, delle modalità di finanziamento. In questo contesto particolare attenzione viene rivolta ai rapporti tra servizio sanitario ed università e il modello Fondazione. Il relatore illustrerà, infine, le modalità di relazione pubblico-privato e gli istituti di Autorizzazione e Accreditamento.

15.30 - 16.30 I processi decisionali nell'azienda: i soggetti, i poteri e le procedure Il relatore identifica i soggetti responsabili, definisce la natura e illustra la distribuzione dei poteri all'interno delle Aziende sanitarie compresi quelli in capo ad organismi professionali (Consiglio di Direzione, dei Sanitari, di Dipartimento). Particolare attenzione viene posta alle caratteristiche giuridiche delle procedure e degli atti di Governo delle Aziende Sanitarie.

16.30 - 17.30 L'articolazione organizzativa e funzionale delle aziende sanitarie: dai dipartimenti ai distretti La relazione si propone di rappresentare i più comuni modelli di articolazioni organizzative e funzionali delle Aziende e in particolare si sofferma sui Dipartimenti quali moderne unità organizzative, funzionali e gestionali dell'ospedale e sui Distretti, quali luoghi e strumenti, funzionali e gestionali, dell'integrazione dell'assistenza di primo e secondo livello nel segno della continuità dei servizi ai cittadini.

17.45 - 18.45 Il management aziendale: dal controllo di gestione al budget Il relatore espone le principali tecniche e gli strumenti di management aziendale: dall'illustrazione della struttura e dei contenuti del bilancio aziendale, si passa alla definizione del controllo di gestione, alla contrattazione ed attribuzione del budget, alla valutazione dei risultati e correlato sistema premiante.

18.00 - 19.00 Esercitazioni a gruppi in aula e/o question time

III SESSIONE I PROFESSIONISTI E LA DIRIGENZA

08.45 - 09.45 Il profilo legislativo dello status dirigenziale Il relatore illustra le fonti legislative e regolamentari che definiscono lo status dirigenziale dei professionisti del SSN sottolineando gli elementi di identità e distinzione con la restante dirigenza dello Stato. Particolare attenzione viene rivolta agli svi-

luppi delle potestà regionali su tali materie.

9.45 - 10.45 La privatizzazione del rapporto di lavoro della dirigenza Vengono esposti in modo analitico molteplici aspetti che caratterizzano la privatizzazione del rapporto di lavoro derivante dallo status dirigenziale: particolare attenzione viene rivolta ai sistemi di attribuzione degli incarichi dirigenziali e alle verifiche professionali a questi connessi e alle procedure per l'attribuzione del budget e della correlata retribuzione di risultato. In particolare vengono considerati gli aspetti più controversi dell'istituto del recesso.

10.45 - 11.45 Professionista dirigente o dirigente professionista? Il relatore illustra la natura e le criticità dei rapporti fiduciari che caratterizzano il ruolo ambivalente del medico nelle aziende sanitarie stretto tra i poteri aziendali che lo investono come dirigente e i vincoli deontologici e tecnici che lo condizionano come professionista.

12.00 - 13.00 Esercitazioni a gruppi in aula e/o question time

IV SESSIONE IL GOVERNO CLINICO: CHIMERA O NECESSITÀ?

14.00 - 14.45 Il governo clinico: da un progetto di sistema a un sistema di progetti Il relatore illustra le caratteristiche principali e oggi largamente condivise inerenti la proposta di Governo clinico, peraltro oggetto di alcune proposte di legge. In particolare vengono prese in considerazione la natura, le aree di intervento, i luoghi, i soggetti e le metodologie e gli scopi del Governo clinico che dimostrano come esso si proponga di affiancare e non sostituire il Direttore Generale.

14.45 - 15.45 Il risk management nelle aziende sanitarie Vengono esposti i principi fondamentali, gli obiettivi e gli strumenti della prevenzione e gestione del rischio sanitario con particolare riguardo alle problematiche connesse alle tutele assicurative e al contenimento della pratica di una medicina difensiva, dissipatrice di efficacia e risorse.

15.45 - 16.45 La formazione permanente: ECM versus SCP Nella relazione viene fatto il punto sullo sviluppo del sistema formativo permanente sollecitato dall'avvio del sistema ECM. In modo particolare vengono considerati i più moderni indirizzi in materia ed il forte impulso da dare allo sviluppo delle metodologie e agli obiettivi correlati allo Sviluppo Continuo Professionale nei progetti di formazione aziendale.

16.45 - 17.45 Promozione e verifica della qualità professionale e dei servizi: l'EBM, le linee guida, i medical audit e la centralità del paziente Il relatore definisce i principali strumenti e le più consolidate tecniche oggi ritenute idonee a sviluppare una pratica clinico assistenziale di qualità perché appropriata, efficace e quindi in grado di ottimizzare le risorse disponibili. In particolare viene sottolineato come i presupposti di questo processo di miglioramento continuo della qualità siano fondati sul piano professionale, sull'autonomia e responsabilità degli operatori, su quello tecnico scientifico, sull'evidenza delle prove di efficacia e su quello sociale e civile, sulla centralità del paziente, informato e consenziente, nella rete dei servizi.

18.00 - 18.45 Esercitazioni in aula a gruppi e/o question time

18.45 - 19.00 Consegna e ritiro dei test di apprendimento e del questionario di valutazione del corso. Chiusura dei lavori

LA NEGOZIAZIONE DEL BUDGET NELLE AZIENDE SANITARIE

Obiettivi del corso

1. Fornire gli elementi essenziali utili alla comprensione dei meccanismi di pianificazione e programmazione delle aziende sanitarie pubbliche;
2. illustrare gli elementi essenziali dei sistemi di contabilità analitica e di gestione per centri di costo al fine di evidenziare il ruolo e le finalità del controllo di gestione;
3. definire in tale contesto i soggetti coinvolti, gli oggetti e le procedure del processo di negoziazione ed affidamento del budget e del sistema di reporting delle attività;
4. rendere conto dei rapporti esistenti tra processo di budget e retribuzione/carriera dei dirigenti (Nucleo di valutazione, sistema di verifiche degli incarichi di direzione di struttura).

Caratteristiche del corso

Struttura del corso

il corso si svolge in una singola giornata, si articola in due sessioni per complessive 6 ore di docenza frontale e 2 di interazione con una seduta dedicata alla negoziazione di una scheda di budget in aula con tecnica di role playing

Materiale didattico

ad ogni discente verrà consegnato il testo delle relazioni e le presentazioni PPT sia su supporto cartaceo che su CD

Verifiche e previsione di discenti

come previsto dall'attuale normativa ECM test di apprendimento di 20 quiz. Il corso prevede un massimo di 50 partecipanti

Previsione crediti ECM

da un minimo di 5 ad un massimo di 6 crediti ECM

Previsione quota di iscrizione

questa comprende esclusivamente i costi del servizio formativo. Ogni altro onere è a carico del committente.

- Formazione Aziendale (max 50) Euro 2.000,00 + Iva

PROGRAMMA

I SESSIONE LA GESTIONE ECONOMICA E FINANZIARIA DELLE AZIENDE SANITARIE

09.15 - 10.15 Pianificazione e programmazione, il bilancio aziendale, la contabilità analitica e per centri di costo Il docente illustra i termini essenziali delle attività gestionali, soprattutto quelle di natura economico finanziaria che supportano l'erogazione dei servizi di tutela della salute nel contesto giuridico di azienda sanitaria pubblica. Particolare attenzione viene rivolta alla definizione della natura dei costi e ai meccanismi di attribuzione alle varie unità produttive da cui derivano le modalità di rappresentazione contabile delle stesse nei bilanci aziendali.

10.15 - 11.15 Il controllo di gestione: obiettivi e strumenti Il docente espone le finalità del controllo di gestione, le sue aree di operatività, le procedure e gli strumenti di cui si avvale per

orientare l'attività verso l'efficacia, l'efficienza e l'appropriatezza. In particolare vengono sottolineate le criticità connesse alla condivisione di sistemi di rilevazione (indicatori) della quantità delle prestazioni rese.

11.30 - 12.30 La valutazione delle attività sanitarie Il docente affronta e rende espliciti i rapporti già oggi previsti da leggi e contratti di lavoro tra alcune parti della retribuzione del dirigente medico (retribuzione di risultato) e valutazione delle attività svolte; tale rapporto è ancora più cogente nell'ambito della valutazione a fine incarico dei dirigenti di struttura. Vengono in tale contesto richiamate le funzioni dei nuclei di valutazione e le criticità connesse alla misurazione del prodotto dei servizi sanitari (output and outcome).

12.30 - 13.30 Discussione con i relatori sulle tematiche affrontate

II SESSIONE IL PROCESSO DI BUDGETING TRA RISCHI ED OPPORTUNITÀ

14.30 - 15.30 Definizione e funzione del budget nell'azienda sanitaria Il docente illustra come il budget non sia altro che una definizione del programma di attività sanitarie da svolgere in una unità di tempo predefinita, coerente con gli obiettivi strategici dell'azienda, con esplicitazione delle risorse assegnate e delle misure con le quali valutare i risultati conseguiti. In questo complesso processo verranno illustrati i rischi per i dirigenti medici che, in ragione di asimmetrie informative e di poteri, possono subire procedure di assegnazione di budget di tipo up-down, ma anche le opportunità di conseguire, attraverso l'esercizio di un consapevole ed autorevole ruolo dirigenziale, un modello di definizione del budget del tipo bottom-up il proprio tradizionale ruolo di autonomia professionale nei sistemi sanitari.

15.30 - 16.30 I livelli, le procedure e i contenuti del budget nell'azienda sanitaria Il docente illustra i vari livelli nei quali è prevista la definizione del budget (ospedali, dipartimenti, unità complesse, unità semplici, distretti) e i meccanismi di coinvolgimento dei professionisti. Verrà inoltre sottolineato come il budget richieda una forte integrazione di tutte le attività e una forte condivisione degli obiettivi e delle procedure da parte di tutto il personale coinvolto. Particolare attenzione verrà posta alla individuazione dei principali elementi idonei a configurare un budget ovvero sia quelli immediatamente riconducibili alla produzione di attività sanitarie quali ad esempio i costi del personale, il consumo di farmaci e presidi, l'ammortamento delle tecnologie, sia quelli indirettamente riconducibili quali ad esempio costi della sicurezza dei pazienti e degli operatori, della formazione della gestione dei rapporti con l'utenza e dei conflitti interni, del mantenimento e miglioramento del comfort ambientale etc.

16.30 - 17.30 Il sistema di reporting e la valutazione del processo di budgeting Il docente illustra i requisiti essenziali della reportistica preventiva e consuntiva indispensabile al corretto svilupparsi del processo di budgeting. Tale attività è svolta dal controllo di gestione che su apposite schede rappresenta il complesso delle prestazioni sanitarie effettuate dall'unità produttiva sia in ricovero che ambulatoriale espresso secondo vari indicatori (es. Case mix, indice di attrazione aziendale e regionale, tasso di utilizzazione, tasso di operatività, tempi di attesa, etc). Su analoghe schede vanno altresì rappresentate le risorse tecnologiche con costi di manutenzione ed ammortamento, i costi del personale, degli straordinari, delle as-

senze, del consumo dei farmaci, dei presidi sanitari, dei materiali di consumo, dei costi generali ribaltati. Viene inoltre sottolineato come siano indispensabili i dati che riportano il cosiddetto "uso" dell'ospedale ovvero l'insieme delle prestazioni effettuate e richieste da ogni unità produttiva alle altre unità produttive. Questo articolato processo deve infine essere tempestivo nell'informazione ed infine preciso quando l'informazione che serve ad assumere decisioni lo richiede. In tale contesto il sistema di reporting, consentendo le opportune valutazioni sui risultati, è funzionale ad un miglioramento continuo del processo di budgeting.

17.45 - 18.45 Negoziazione di una scheda di budget di dipartimento con tecnica di role playing

18.45 - 19.00 Consegna e ritiro dei test di apprendimento e questionario di valutazione del corso. Chiusura del corso

RISK MANAGEMENT IN SANITÀ

Obiettivi del corso

Nei moderni sistemi di valutazione delle attività sanitarie, la tutela della sicurezza delle prestazioni viene indicata come uno dei fattori determinanti la qualità resa e percepita dai cittadini. Scopo del corso è aggiornare ed incrementare il livello di conoscenze e competenze dei professionisti dirigenti sulla definizione, prevenzione e gestione del rischio connesso all'esercizio della pratica clinico assistenziale. L'errore, come una malattia, può essere infatti prevenuto, curato e gestito nelle sue conseguenze che potenzialmente fanno di ogni paziente la prima vittima e del medico curante la seconda vittima.

Questo comporta costi sociali, professionali ed economici inappropriati ed inefficaci perché disperdono preziose risorse finanziarie e umane e, soprattutto, minacciano la fiducia dei cittadini verso i professionisti e il servizio sanitario nel suo complesso.

Caratteristiche del corso

Struttura del corso

il corso si svolge in due giornate e si articola in quattro sessioni per complessive 12 ore di docenza frontale e 4 ore di interattività docenti discenti, quest'ultime organizzate in esercitazioni d'aula

Materiale didattico

ad ogni discente verrà consegnato il testo delle relazioni e le presentazioni ppt sia su supporto cartaceo che su cd

Verifiche e previsione di discenti

come previsto dall'attuale normativa ECM test di apprendimento di 30 quiz. Il corso prevede un massimo di 50 partecipanti

Previsione crediti

ECM da un minimo di 11 ad un massimo di 15 crediti ECM

Previsione quota di iscrizione

- Formazione aziendale (max 50) Euro 3.500,00 + iva

PROGRAMMA

I SESSIONE DEFINIZIONE E DIMENSIONI DEL PROBLEMA MALPRACTICE

09.15 - 10.15 Il fenomeno malpractice nei moderni sistemi sanitari In questa prima relazione vengono illustrate le caratteristiche che il fenomeno ha assunto in Europa e nei Paesi extraeuropei con sistemi sanitari a noi comparabili. Particolare attenzione viene posta alle dinamiche sociali e professionali coinvolte e alle stime dei costi economico finanziari determinati dalla malpractice sanitaria.

10.15 - 11.15 Il glossario dell'errore in medicina Il relatore illustra in modo analitico tutta la terminologia presente in letteratura per definire il sistema dell'errore nelle pratiche clinico assistenziali. In realtà le varie definizioni, più che rappresentare diversamente lo stesso oggetto (errore) intendono descrivere fasi ed aspetti diversi di oggetti diversi che insieme costituiscono il sistema dell'errore (il near miss, l'errore potenziale etc). Appare quindi comprensibile perché nelle strategie di prevenzione e gestione del rischio clinico la conoscenza dei quasi errori ha un peso tanto rilevante quanto quello connesso alla gestione delle conseguenze di un errore conclamato.

11.30 - 12.30 Anatomia dell'errore in medicina Nella relazione vengono illustrate le varie modalità e la diversa genesi degli errori che si manifestano nel complesso iter del processo clinico assistenziale. L'errore umano è solo una delle possibilità e l'attenzione va quindi posta anche ad altre cause di errore ad esempio decisioni organizzative inappropriate o inefficaci (errore organizzativo) o atti gestionali inefficienti che determinano una sottrazione di risorse da un obiettivo proprio ad uno improprio (errore gestionale). Il relatore si sofferma inoltre nell'illustrazione della teoria della catena dell'errore, che colloca il singolo evento avverso nella complessa sequenza di atti e procedure che avrebbero dovuto impedirlo.

12.30 - 13.30 Presentazione e discussione in aula di un caso di malpractice

II SESSIONE STRUMENTI E FINALITÀ DELLA GESTIONE DEL RISCHIO

14.30 - 15.30 I fattori di rischio per eventi indesiderati In questa relazione vengono illustrati i vari fattori che comportano crescenti probabilità di accadimento di eventi indesiderati. Sono molteplici e legati alle caratteristiche dei pazienti ovvero alla complessità degli interventi clinico assistenziali che richiedono, allo stato di efficienza delle strutture alberghiere e tecnologiche, alla competenza dei professionisti, alla competenza del management. La valutazione sistematica di questi fattori può consentire una stima del rischio e soprattutto facilitare la costruzione di standard ed indicatori utili a supportare un processo di monitoraggio e sviluppo continuo della sicurezza.

15.30 - 16.30 La rilevazione, prevenzione e gestione degli eventi indesiderati Il relatore affronta nella relazione il complesso e critico processo di emersione e gestione dell'evento indesiderato e il primo passo consiste nel disporre di un sistema condiviso dagli operatori di rilevazione degli eventi avversi accaduti o quasi accaduti o potenzialmente in grado di accadere. Questa raccolta dati (incident reporting), opportunamente ordinati in un sistema informatico protetto ed anonimo, consentirebbe quella mappatura del rischio preliminare ad ogni in-

tervento di carattere preventivo e gestionale. Quelli rivolti ai professionisti devono usare strumenti ed adottare metodologie coerenti ad un sistema professionale puntando su attività formative rivolte sia al bagaglio di conoscenze (ECM) che di competenze (SCP) e diffondendo le pratiche di medical audit, revisioni tra pari, costruzione ed osservanza delle raccomandazioni basate sulle prove di efficacia (EBM), sviluppo di politiche aziendali di technology assessment. Quelle rivolte alle modifiche organizzative, strutturali e gestionali non vanno calate up-down, ma devono cercare la condivisione dei soggetti coinvolti che vanno quindi informati e responsabilizzati sulle finalità. In questo contesto, la ricerca e la pratica della cultura della sicurezza delle pratiche clinico assistenziali sostanziano un elemento fondamentale del governo clinico.

16.45 - 17.45 L'unità di risk management: ruoli e compiti nell'azienda sanitaria La relazione si propone di rappresentare i più comuni modelli di articolazioni organizzative e funzionali delle unità di risk management presenti in numerose aziende sanitarie, in particolare si sofferma sulla sua composizione e collocazione nella matrice di poteri dell'azienda (in staff con il DG o in linea con altre articolazioni aziendali?) e sulla rete di relazioni organizzative e professionali di cui ha bisogno per valutare, programmare e quindi intervenire nei processi aziendali.

17.45 - 18.00 Presentazione di una scheda di segnalazione degli eventi avversi

18.00 - 19.00 Confronto in aula sulla scheda proposta. Chiusura della giornata

III SESSIONE IL CONTENZIOSO MEDICO-LEGALE

08.45 - 9.45 La medicina difensiva e la malpractice Il relatore nell'illustrare le più accreditate definizioni di medicina difensiva, ne traccia i vari profili che, intervenendo nell'esercizio della pratica clinico assistenziale, ne condizionano l'autonomia, ne riducono l'efficacia, l'efficienza e l'appropriatezza, infine ne compromettono la sicurezza. Particolare attenzione viene posta ai possibili interventi sul complesso sistema del contenzioso medico legale in grado di contenere e ridurre il ricorso a pratiche difensive.

09.45 - 10.45 La medicina legale e la malpractice Il relatore affronta la complessa materia della buona pratica da esercitare al fine di evitare e/o contenere il possibile coinvolgimento in situazioni di responsabilità professionale (civile e/o penale) nell'ambito di una accertata o presunta malpractice. L'esposizione traccia i criteri fondamentali che vanno rispettati a tutela dei professionisti e dei pazienti, in particolare la raccolta del consenso informato, il rispetto delle volontà del paziente con cui saldare una sistematica e trasparente comunicazione, la buona tenuta della cartella clinica, l'uso appropriato delle linee guida, la documentazione del rispetto delle procedure di sicurezza sulle attività di cui si è responsabili. Infine il relatore espone il ruolo, le competenze dei periti e la natura delle perizie nell'ambito delle procedure civili e penali.

10.45 - 11.45 La giurisprudenza e la malpractice Il relatore illustra i principi fondamentali che ispirano le norme del codice civile e penale in materia di responsabilità professionale in casi di malpractice. In particolare vengono esposti i più recenti orientamenti delle corti di giustizia di ogni ordine e grado intervenuti in materia di responsabilità medica ed in particolare l'intreccio tra le responsabilità dei singoli e quelle della struttura sanitaria.

12.00 - 12.15 **Illustrazione di una sentenza relativa a malpractice**

12.15 - 13.15 **Valutazione e discussione in aula della sentenza**

IV SESSIONE LA TUTELA DEL RISCHIO PROFESSIONALE

14.15 - 15.15 **La tutela assicurativa** Il relatore illustra le caratteristiche principali che oggi caratterizzano il mercato della tutela assicurativa del rischio connesso all'esercizio di attività sanitarie e che motivano l'attuale fenomeno di fuga da questo ramo da parte delle compagnie di assicurazione. Vengono inoltre illustrate le principali modalità di copertura dei rischi e di quantificazione dei premi, delle franchigie, dei risarcimenti. Particolare attenzione viene posta alla copertura assicurativa del rischio in caso di colpa grave.

15.15 - 16.15 **I compiti di tutela assicurativa delle aziende e dei professionisti** Nella relazione vengono esposti quali siano oggi gli obblighi in capo alle aziende e ai professionisti in materia di tutela del rischio di eventi indesiderati. Particolare attenzione viene posta alle molteplici esperienze in campo che vanno da una gestione in proprio dei risarcimenti da parte dell'azienda a una partnership di più aziende a fini di conseguire con le assicurazioni maggiore potere contrattuale. Nell'ultima parte viene presa in considerazione l'esperienza della commissione nazionale prevista dal II CCNL della dirigenza e brevemente ripreso il progetto di legge in materia di obblighi assicurativi e modalità di risoluzione dei contenziosi in sanità a firma del Sen. Tomassini.

16.15 - 17.15 **L'arbitrato: una possibile risposta efficace ed efficiente al contenzioso** Il relatore illustra i presupposti giuridici, gli ambiti di competenza, le procedure e i soggetti coinvolti in questo innovativo sistema di valutazione e risoluzione del contenzioso medico legale. Vengono riportate esperienze consolidate in altri paesi europei e quelle iniziali che vanno maturando nel nostro paese sottolineandone le (in)compatibilità con il diritto civile e soprattutto con la percezione che i cittadini devono poter assumere di un sistema che, laddove dovuto, garantisca equità, accessibilità e certezza di indennizzo, in tempi e quantità ragionevoli.

17.30 - 18.30 **Presentazione e valutazione in aula di una polizza assicurativa di A.O.**

18.30 - 19.00 **Consegna e ritiro dei test di apprendimento e del questionario di valutazione. Chiusura dei lavori**

PRIVACY E CONSENSO INFORMATO NELLE AZIENDE SANITARIE

Obiettivi del corso

Produrre maggiori competenze dei dirigenti medici nella gestione del consenso informato e della tutela della privacy e consentire l'acquisizione di una maggiore consapevolezza dei profili di responsabilità professionale connessi a questi obblighi che costituiscono i pilastri del moderno rapporto fiduciario. Una corretta attività di informazione preliminare all'acquisizione del consenso, oltre che costituire una procedura di rispetto della dignità ed autonomia del paziente, è oggi indispensabile anche sotto il profilo delle responsabilità deontologiche e medico-le-

gali. Agli stessi principi etici e civili di rispetto della dignità della persona si ispirano le norme che tutelano la riservatezza dei dati sensibili, tra i quali sicuramente comprendono quelli sanitari. Anche in questo ambito, una rigorosa gestione dei dati personali, oltre che rispettare un diritto dei pazienti, evita ai professionisti il rilievo di responsabilità professionale.

Caratteristiche del corso

Struttura del corso

si articola in una giornata di lavoro, suddivisa in due sessioni, per complessive 6 ore di didattica frontale e 2 ore di confronto con i docenti/tutor. L'interattività si svolge sotto forma di discussione in aula su specifiche criticità degli argomenti trattati

Materiale didattico

viene consegnato il testo delle relazioni sia su supporto cartaceo sia su cd. Tutte le lezioni sono supportate da presentazione PPT

Verifiche e previsione di discenti

come previsto dall'attuale normativa ECM test di apprendimento di 20 quiz. Il corso va indirizzato ad un massimo di 50 partecipanti

Previsione crediti ECM

da un minimo di 5 ad un massimo di 6 crediti ECM

Previsione quota di iscrizione

questa comprende esclusivamente i costi del servizio formativo. Ogni altro onere è a carico del committente

- Formazione aziendale (max 50) Euro 2.000,00 + iva

PROGRAMMA

I SESSIONE IL CONSENSO INFORMATO

09.15 - 10.15 **Le fonti legislative e gli aspetti giurisprudenziali** Il relatore illustra l'evoluzione della normativa di carattere legislativo nazionale ed europea (conferenza di Oviedo) che regola la materia, in particolare prende in esame lo sviluppo degli orientamenti della giurisprudenza sui profili di responsabilità professionale connessi alla raccolta del consenso informato.

10.15 - 11.15 **I profili etici e gli aspetti deontologici** Nella relazione, attraverso una panoramica delle fonti più accreditate (Comitato nazionale di bioetica, statuti di fondazioni di tutela dei pazienti e di società scientifiche) vengono riportati e discussi i più recenti e condivisi orientamenti etici in materia di autodeterminazione del paziente e diritto all'informazione. Il relatore illustra poi obblighi prescritti dalla deontologia e i relativi profili di responsabilità disciplinare.

11.30 - 12.30 **Le istruzioni per l'uso nel processo clinico assistenziale** Il relatore illustra le problematiche connesse alla raccolta del consenso informato nel contesto di un processo clinico assistenziale per definizione multiprofessionale, variamente distribuito nel tempo e nello spazio, caratterizzato da livelli differenti di complessità tecnico professionale e quindi di responsabilità nell'informazione e consenso.

12.30 - 13.30 **Esercitazione: il consenso informato nei soggetti fragili** Questa esercitazione ha lo scopo di dare risposte alle molteplici problematiche sollevate dalla raccolta del consenso informato in particolari tipologie di pazienti (i minori,

gli anziani incapaci, gli psichiatri, i seguaci di religioni e credenze).

II SESSIONE IL TRATTAMENTO DEI DATI SENSIBILI

14.30 - 15.30 Le fonti legislative e gli aspetti giurisprudenziali Il relatore illustra l'evoluzione della normativa di carattere legislativo nazionale (il codice della tutela della privacy) ed europea che regola la materia, in particolare prende in esame lo sviluppo degli orientamenti della giurisprudenza sui profili di responsabilità professionale connessi alla tutela della riservatezza dei dati sanitari.

15.30 - 16.30 I profili etici e gli aspetti deontologici Nella relazione, attraverso una panoramica delle fonti più accreditate (Comitato nazionale di bioetica, conferenza di Oviedo) vengono riportati e discussi i più recenti e condivisi orientamenti etici connessi alle modalità di registrazione, conservazione e circolazione dei dati sanitari al fine di tutelare il diritto alla riservatezza. Il relatore illustra poi obblighi prescritti dalla deontologia e i relativi profili di responsabilità disciplinare.

16.45 - 17.45 Le istruzioni per l'uso nel processo clinico assistenziale Il relatore illustra le problematiche connesse alla tutela della riservatezza dei dati personali nel contesto di un processo clinico assistenziale per definizione multiprofessionale, variamente distribuito nel tempo e nello spazio, caratterizzato da livelli differenti di complessità tecnico professionale e quindi di responsabilità.

17.45 - 18.45 Esercitazione: il regolamento aziendale sulla privacy Questa esercitazione basata sul confronto in aula, attraverso l'illustrazione di uno schema tipo di regolamento aziendale previsto dal codice sulla privacy, ha lo scopo di dare risposte alle molteplici problematiche sollevate dall'applicazione nelle aziende sanitarie delle norme di tutela della riservatezza dei dati sanitari.

18.45 - 19.00 Consegna e ritiro dei test di apprendimento e di valutazione del corso. Chiusura del corso

LE LINEE GUIDA AZIENDALI: COME COSTRUIRE, DIFFONDERLE, AGGIORNARLE

Obiettivi del corso

La ricerca e la pratica dell'appropriatezza ed efficacia delle prestazioni rivolte alla tutela della salute rappresenta il nuovo paradigma tecnico professionale in grado di supportare l'ottimizzazione delle risorse disponibili.

Le linee guida sono, in quest'ottica, preziosi strumenti, anche se non unici, di miglioramento della qualità professionale e dei servizi resi ai cittadini.

Il corso si propone quindi di formare i professionisti sulle metodologie e le tecniche più idonee alla costruzione di linee guida aziendali, alla loro diffusione nella pratica clinico assistenziale e al loro periodico e puntuale aggiornamento. Lo sviluppo del circuito di miglioramento continuo si fonda sulla valutazione degli esiti ed una parte del corso si propone di formare i professionisti sugli strumenti e le procedure di verifica dell'impatto dell'adozione di linee guida sui costi e sull'organizzazione dei processi clinico assistenziali e sugli skill dei professionisti.

Caratteristiche del corso

Struttura del corso

il corso si svolge in 2 giornate e si articola in 4 sessioni per complessive 12 ore di docenza frontale e 4 di interattività docente-discenti, quest'ultima organizzata o in esercitazioni a gruppi o question time ovvero domande ai relatori (2 minuti) e risposte rapide (3 minuti)

Materiale didattico

ad ogni discente verrà consegnato il testo delle relazioni e le presentazioni PPT sia su supporto cartaceo che su CD

Verifiche e previsione di discenti

come previsto dall'attuale normativa ECM test di apprendimento di 30 quiz. Il corso prevede un massimo di 50 partecipanti

Previsione crediti ECM

da un minimo di 11 ad un massimo di 14 crediti ECM

Previsione quota di iscrizione

questa comprende esclusivamente i costi del servizio formativo. Ogni altro onere è a carico del committente

• Formazione aziendale (max 50) Euro 3.500,00 + iva

PROGRAMMA

I SESSIONE LA COSTRUZIONE DI UNA LINEA GUIDA AZIENDALE

9.15 - 10.15 Definizione ed obiettivi delle linee guida aziendali In questa prima relazione viene illustrato il contesto normativo regolamentare e tecnico scientifico nel quale si è sviluppato il sistema delle linee guida. Da tali preliminari considerazioni derivano le definizioni oggi maggiormente condivise di linee guida e particolare attenzione viene quindi posta alla definizione di chi sceglie e come viene individuato un argomento da trattare, ovvero gli obiettivi che si intendono raggiungere sulla scorta di una puntuale analisi delle carenze individuate nei processi clinico assistenziali.

10.15 - 11.15 Individuazione e modalità di funzionamento del gruppo che produce una linea guida aziendale Il relatore espone in modo analitico le varie tappe che portano alla costruzione di una nuova linea guida aziendale o all'adattamento di una linea guida già presente in azienda o in letteratura. Vengono così illustrate le modalità di scelta e composizione per competenze del gruppo di lavoro, i ruoli da assegnare ed esercitare al suo interno, le modalità di definizione del problema da affrontare. Queste attività preliminari sono comunemente stimate quali essenziali al buon esito del progetto.

11.30 - 12.30 La definizione e la gestione dei possibili conflitti d'interesse Nella relazione vengono illustrate le criticità che possono emergere in termini di possibili conflitti d'interesse, nella stesura di una linea guida aziendale all'interno del gruppo di lavoro e nella successiva applicazione. Queste condizioni possono derivare da pressioni esterne (es. i fornitori abituali, gli interessi di soggetti che già sponsorizzano o dichiarano la disponibilità a sponsorizzare altre attività di ricerca, studio, formazione) o interne all'ambiente professionale (es. rivalità nelle aree di sovrapposizione delle competenze, le dominanze professionali, le paure del cambiamento etc). Il relatore si sofferma anche sulla necessità di valutare i dati della lettera-

tura alla luce delle relazioni tra autori e sponsor con l'obiettivo di conseguire, sia sul piano etico deontologico sia su quello tecnico scientifico, quella trasparenza ed autorevolezza indispensabile per il successo di una linea guida aziendale.

12.30 - 13.30 Esercitazione: produrre o adattare una linea guida L'esercitazione si propone di confrontare e condividere nell'aula un percorso metodologico che, partendo dai bisogni espressi in una specifica realtà, valuti criticamente l'opportunità di produrre una linea guida ex novo oppure di validare ed adattare una linea guida già presente in letteratura.

II SESSIONE LINEE GUIDA E L'EVIDENZA DELLE PROVE DI EFFICACIA

14.30 - 15.30 L'ottimizzazione della letteratura scientifica In questa relazione vengono illustrate le metodologie più idonee a formulare correttamente i quesiti onde selezionare, nella sterminata quantità di informazioni disponibili in letteratura, i dati più pertinenti e dotati di maggiore evidenza di efficacia. A tale proposito il relatore si sofferma nell'analitica esposizione e modalità di accesso ai principali data base medico scientifici.

15.30 - 16.30 La formulazione e graduazione delle raccomandazioni Il relatore illustra l'importanza di una efficace formulazione delle raccomandazioni soffermandosi in modo particolare sulla metodologia, per graduare le stesse in ragione dei diversi livelli di evidenza basati sulle prove di efficacia. Ulteriore attenzione viene riposta alle tecniche di esposizione delle raccomandazioni basate sulla struttura di algoritmi decisionali o flow-chart.

16.30 - 17.30 L'ufficializzazione, la diffusione e l'aggiornamento delle linee guida aziendali La relazione si propone di indicare le caratteristiche del documento che propone la stesura finale di una linea guida. In questo vanno analiticamente esposte tutte le fasi precedenti, dalla costituzione del gruppo di lavoro, agli obiettivi e destinatari, alle misure degli esiti; allo stesso modo va resa nota la metodologia usata per costruirla e le fonti scientifiche. Le stesse raccomandazioni, cuore tecnico del documento, devono essere chiare nelle gradazioni. Va infine allegato tutto il materiale di lavoro e la proposta di schede di valutazione di impatto e/o algoritmi decisionali o valutativi.

17.45 - 19.00 Esercitazione: le banche dati e le strategie di ricerca sulla rete. Chiusura della giornata Nel corso dell'esercitazione due tutor interagiscono con l'aula per la formulazione di un quesito e, attraverso il collegamento in rete reso visibile a tutti su proiezione, accedono ai vari siti delle banche dati soffermandosi sulle strategie da utilizzare al fine di ottimizzare la ricerca.

III SESSIONE LA VALUTAZIONE D'IMPATTO DELLE LINEE GUIDA AZIENDALI

09.00 - 10.00 Gli scopi e le modalità di valutazione di impatto delle linee guida aziendali Il relatore illustra il ruolo determinante della valutazione d'impatto nel supportare il circuito del miglioramento continuo del sistema. Tale attività è particolarmente complessa dovendo prevedere la definizione dei soggetti coinvolti (i professionisti, i pazienti, il management aziendale), gli oggetti in esame (le procedure, i processi clinico assistenziali e preventivi), gli strumenti di rilevazione (le schede, i report), gli standard e gli indicatori (di processo es. indice di turnover, case mix, o di esito es. mortalità, complicanze,

infezioni ospedaliere etc), le metodologie di valutazione (medical audit, consensus di esperti, revisione tra pari).

10.00 - 11.00 La valutazione d'impatto delle linee guida aziendali sul consumo di risorse L'identificazione e la disponibilità di dati quali-quantitativi sull'uso sistematico di specifiche raccomandazioni nella pratica clinico assistenziale, può consentire una valutazione dell'impatto che queste determinano sul consumo delle risorse. Il relatore, avvalendosi di alcune schede, illustra come sia possibile stimare e comparare, sul piano dei Costi, le implicazioni derivanti dall'applicazione di specifiche raccomandazioni. In particolare viene sollecitata l'attenzione all'approccio denominato balance sheet fondato sulla costruzione di una tabella che compara i costi e i benefici della pratica clinica corrente con quelli potenzialmente ottenibili dall'introduzione di una nuova linea guida aziendale.

11.15 - 12.15 La valutazione d'impatto medico legale delle linee guida aziendali Il relatore illustra il rilievo medico legale e giurisprudenziale assunto dalle linee guida nell'ambito della responsabilità professionale nel contenzioso civile e penale. Attraverso la disamina delle più recenti e significative pronunzie delle corti di vario ordine e grado, viene tracciato un profilo giurisprudenziale delle linee guida, indicando quindi ai professionisti le modalità per un uso, anche sotto il profilo medico legale appropriato ed efficace delle linee guida.

12.15 - 13.15 Question time sulla valutazione d'impatto delle linee guida

IV SESSIONE ISTRUZIONI PRATICHE PER L'USO DELLA LETTERATURA

14.15 - 15.15 L'architettura metodologica degli studi, le specifiche finalità ed affinità con gli obiettivi della ricerca Il relatore illustra le caratteristiche metodologiche delle varie tipologie di studi presenti in letteratura (metanalisi, studi clinici controllati e randomizzati, studi di coorte, studi caso-controllo, studi sull'efficacia di test diagnostici e di natura economica). Particolare attenzione viene posta all'indicazione delle misure da adottare nel valutare gli end points degli studi. La relazione si sofferma infine sulle specifiche affinità che le varie tipologie di studi hanno con l'oggetto specifico della linea guida, ad esempio gli studi trasversali si prestano meglio a orientare raccomandazioni in ambito diagnostico, mentre gli studi randomizzati sono efficaci a determinare raccomandazioni in ambito terapeutico.

15.15 - 16.15 Le schede di valutazione delle varie tipologie di studi Vengono esposti alcuni modelli di schede di valutazione delle varie tipologie di studi presenti nella letteratura scientifica con l'obiettivo di selezionare e rendere espliciti gli elementi che hanno portato a validare, ai fini del trasferimento in una linea guida aziendale, di una parte o tutte le conclusioni di quegli studi. Ovviamente ogni tipologia di studio ha la sua scheda che individua gli indicatori e le misure degli esiti e il processo valutativo si conclude con una specifica rappresentazione sintetica (punteggio) del giudizio, principi fondamentali, gli obiettivi e gli strumenti della prevenzione e gestione del rischio sanitario, con particolare riguardo alle problematiche connesse alle tutele assicurative e al contenimento della pratica di una medicina difensiva, dissipatrice di efficacia e risorse.

16.15 - 17.15 La correlazione tra livello di evidenza scientifica e gradazione delle raccomandazioni Nella relazione vengono illustrati diversi esempi di modelli valutativi che correlano il livello delle evidenze basate sulle prove di efficacia e la grada-

zione delle raccomandazioni, quest'ultima intesa come una scala di vincoli di indirizzo della pratica clinica. In particolare si fa riferimento ad ACCP 2001, ASCO, infine quello previsto da PNLG.

17.30 - 18.30 Question time sulle schede di valutazione proposte

18.30 - 19.00 Consegna e ritiro dei test di apprendimento e del questionario di valutazione. Chiusura dei lavori

LA CARTELLA CLINICA: OBIETTIVO QUALITÀ E RESPONSABILITÀ

Obiettivi del corso

La cartella clinica va considerata uno strumento di qualità professionale resa e percepita che testimonia la coerenza della condotta professionale ai principi della buona pratica clinica.

Obiettivo del corso è quello di formare i partecipanti ad una gestione corretta della cartella clinica sia dal punto di vista tecnico professionale sia in considerazione dei vari profili di responsabilità con particolare riguardo al contenzioso medico legale.

Caratteristiche del corso

Struttura del corso

si articola in una giornata di lavoro, suddivisa in due sessioni, per complessive 7 ore di didattica frontale e 2 ore di confronto con i docenti/tutor. La prima sotto forma di question time sugli argomenti trattati (2 minuti per la domanda e 3 minuti per la risposta); la seconda con la valutazione critica di una cartella clinica in sessione plenaria in aula

Materiale didattico

viene consegnato il testo delle lezioni sia su supporto cartaceo sia su CD. Tutte le lezioni sono supportate da presentazione PPT

Verifiche e previsione di discenti

secondo quanto previsto da normativa ECM, il test di apprendimento si basa su 20 quiz. Il corso va indirizzato ad un massimo di 50 partecipanti

Previsione crediti ECM

da un minimo di 5 ad un massimo di 7 crediti ECM

Previsione quota di iscrizione

questa comprende esclusivamente i costi del servizio formativo. Ogni altro onere è a carico del committente.

- Formazione aziendale (max 50) Euro 2.000,00 + iva

PROGRAMMA

I SESSIONE CARTELLA CLINICA E QUALITÀ PROFESSIONALE

9.15 - 10.15 La normativa vigente in materia di cartella clinica Il docente illustra tutta la normativa di carattere legislativo e amministrativo in materia di compilazione, conservazione e circolazione della cartella clinica. Particolare attenzione viene posta sia alla comparazione di questa con i vari orientamenti contenuti nelle regolamentazioni dei Paesi dell'UE, sia alle di-

rettive europee finalizzate a facilitare la circolazione dei pazienti e dei servizi sanitari.

10.15 - 11.15 La cartella clinica come strumento di buona pratica clinica Il docente affronta in modo analitico tutti i requisiti idonei a qualificare la cartella clinica come rilevante strumento di buona pratica professionale. In particolare sono analizzati sia gli elementi di contenuto (il formato dei fogli, la chiarezza, la pertinenza, la rintracciabilità, la completezza etc), sia quelli di struttura al fine di corrispondere all'esigenza di rendere immediatamente chiaro il processo amministrativo e diagnostico terapeutico che ha caratterizzato nel tempo e negli esiti quel determinato evento-ricovero.

11.30 - 12.30 Le innovazioni tecnologiche dell'informatizzazione e comunicazione Il docente espone le prospettive più recenti in materia di cartella clinica informatizzata e riferisce inoltre sulle opportunità e i rischi relativi all'uso dei vari sistemi di reti (internet ed intranet, telefoniche, via cavo etc) nella trasmissione, registrazione e comunicazione dei dati clinici agli aventi legittimi e motivati interessi. Verranno infine richiamati gli orientamenti espressi in sede UE in materia di registrazione e trasmissione dei dati clinici, allo scopo di facilitare la circolazione e la disponibilità della scheda sanitaria personale.

12.30 - 13.30 Question time con i relatori sugli argomenti trattati

II SESSIONE I PROFILI DI RESPONSABILITÀ DEL MEDICO

14.30 - 15.30 Le responsabilità deontologiche Il docente richiama e sviluppa tutti i principi deontologici che direttamente ed indirettamente si riferiscono alla gestione e compilazione della cartella clinica e che possono essere oggetto di rilievo disciplinare. Particolare attenzione viene posta ai profili deontologici connessi alla raccolta, registrazione e conservazione in cartella clinica del consenso informato e la tutela della privacy.

15.30 - 16.30 Le responsabilità amministrative e gestionali Il docente illustra i rapporti esistenti tra cartella clinica intesa come strumento della pratica clinica e documentazione amministrativa (SDO) ai fini del riconoscimento economico delle prestazioni effettuate (DRG). Viene altresì richiamata l'importanza di questo nesso anche per gli scopi delle rilevazioni statistiche ed epidemiologiche delle Regioni e del ministero della Salute (SIS), indispensabili per la programmazione degli interventi sanitari.

16.30 - 17.30 Le responsabilità medico-legali Il docente espone i profili di responsabilità medico-legali connessi alla corretta compilazione e conservazione della cartella clinica anche ai fini di limitare e contrastare il rischio di un contenzioso sia di natura civile che penale. Particolare attenzione viene riservata ai risvolti medico-legali del consenso informato e della privacy. La relazione, anche attraverso l'illustrazione di alcune sentenze di vario ordine e grado, mette in evidenza il ruolo probatorio che la cartella clinica assume sia in fase istruttoria che giudicante in corso di procedimento civile e penale. Lo scopo è quello di sottolineare come errori, omissioni e/o manomissioni nella compilazione e conservazione della cartella clinica possano essere fonti e prova di responsabilità civile e penale.

17.45 - 18.45 Illustrazione di una cartella clinica con proposizione di tre quesiti Il relatore, nell'illustrare i tratti salienti della cartella clinica relativa ad un caso chirurgico, oggetto di contenzioso per responsabilità civile, enfatizza tre elementi ne-

gativi: 1) la scarsa chiarezza grafica, espositiva e cronologica degli eventi diagnostico clinici che si sono succeduti nel tempo; 2) una raccolta del consenso informato carente; 3) una SDO non coerente con la cartella clinica e la lettera di dimissione consegnata al paziente.

18.45 - 19.00 Consegna e ritiro del test di apprendimento e di valutazione del corso. Chiusura del corso

DISAGIO PSICO-SOCIALE, BENESSERE ORGANIZZATIVO E QUALITÀ DEI SERVIZI IN SANITÀ

Obiettivi del corso

Trasmettere ai partecipanti le conoscenze più recenti ed accreditate sui fattori e sulle dinamiche che determinano forme di disagio lavorativo. Incrementare le competenze dei professionisti per favorire, nell'ambito delle loro responsabilità, un esercizio più efficace delle attività di prevenzione e gestione di questo rischio che compromette il benessere degli operatori e riduce la qualità e l'efficienza dei servizi resi ai cittadini, gravandoli di elevati ed inutili costi sociali ed economici.

Caratteristiche del corso

Struttura del corso

si articola in una giornata di lavoro, suddivisa in due sessioni, per complessive 6 ore di didattica frontale e 2 ore di confronto con i docenti/tutor. L'interattività si svolge con una prima sessione di question time (domanda di 2 minuti con risposta di 3 minuti) ed una seconda sessione di confronto e discussione in aula

Materiale didattico

viene consegnato il testo delle lezioni sia su supporto cartaceo sia su CD. Tutte le lezioni sono supportate da presentazione PPT

Verifiche e previsione di discenti

secondo quanto previsto da normativa ECM, il test di apprendimento si basa su 20 quiz. Il corso va indirizzato ad un massimo di 50 partecipanti

Previsione crediti ECM

da 5 a 6 crediti

Previsione quota di iscrizione

questa comprende esclusivamente i costi del servizio formativo. Ogni altro onere è a carico del committente

- Formazione aziendale (max 50) Euro 2.000,00 + iva

PROGRAMMA

I SESSIONE IL "MALESSERE" LAVORATIVO

09.15 - 10.45 Aspetti psicologici del lavoro Il relatore illustra, alla luce dei più accreditati orientamenti in materia, le definizioni di mobbing, burn out e stress occupazionale anche al fine di sottolineare come, nell'ambito di una organizzazione complessa che eroga servizi, sussistono stretti rapporti tra la promozione e la tutela del "benessere psico-sociale lavorativo", in altri termini la qualità del lavoro in tutte le sue dimensioni (organizzativo, relazio-

le, operativo, ambientale) e la qualità del servizio reso.

11.00 - 12.30 Aspetti epidemiologici e costi del "malessere" lavorativo Nella relazione, che passa in rassegna gli ultimi dati epidemiologici riportati dalla letteratura sul malessere psichico e lavoro, viene posta particolare attenzione alla stima dei costi sociali del fenomeno quando non vengono predisposte ed esercitate attività di prevenzione e gestione delle criticità emerse.

12.30 - 13.30 Question time con i relatori sugli argomenti svolti

II SESSIONE I PROFILI DI RESPONSABILITÀ

14.30 - 16.00 Aspetti medico occupazionali Il relatore affronta il tema del disagio psico-sociale nell'ottica del DLgs 626/94, individuando, in modo analitico, le competenze e le responsabilità degli attori della prevenzione: il medico competente, il datore di lavoro, i RSPP, i RLS.

16.00 - 17.30 Aspetti medico-legali Nella relazione vengono illustrati gli orientamenti più accreditati della medicina legale e della giurisprudenza in materia di valutazione della sussistenza e quantificazione del danno biologico, i profili di responsabilità che possono essere sollevati nonché il ruolo e le competenze delle assicurazioni sociali.

17.45 - 18.45 Illustrazione di una denuncia di mobbing in ambito ospedaliero: valutazione e discussione plenaria in aula

18.45 - 19.00 Consegna e ritiro dei test di apprendimento e di valutazione del corso. Chiusura del corso

IL RISCHIO DA AGENTI BIOLOGICI, CHIMICI E FISICI IN AMBITO SANITARIO

Struttura e obiettivi del corso

Trasmettere ai partecipanti al corso le conoscenze più recenti ed accreditate sulle modalità di rilevazione, prevenzione e gestione del rischio da agenti biologici, fisici e chimici a cui sono esposti gli operatori nell'ambito delle attività sanitarie. Responsabilizzare e rendere competenti i professionisti a sollecitare ed esercitare le attività di prevenzione e gestione di questi rischi, che compromettono la qualità e la sicurezza del lavoro prestato, aggravandolo di elevati ed inutili costi sociali ed economici.

Caratteristiche del corso

Struttura del corso

si articola in una giornata di lavoro, suddivisa in due sessioni, per complessive 6 ore di didattica frontale e 2 ore di confronto con i docenti/tutor. L'interattività si svolge sotto forma di question time in aula su specifiche criticità degli argomenti trattati

Materiale didattico

viene consegnato il testo delle relazioni sia su supporto cartaceo sia su CD. Tutte le lezioni sono supportate da presentazione PPT

Verifiche e previsione di discenti

secondo quanto previsto da normativa ECM il test di uscita su 20 quiz. Il corso va indirizzato ad un massimo di 50 partecipanti

Previsione crediti ECM

da un minimo di 5 a un massimo di 6 crediti ECM

Previsione quota di iscrizione

questa comprende esclusivamente i costi del servizio formativo. Ogni altro onere è a carico del committente

- Formazione aziendale (max 50) Euro 2.000,00 + iva

PROGRAMMA

I SESSIONE LA VALUTAZIONE DEL RISCHIO DA AGENTI BIOLOGICI

09.15-10.15 La legislazione e la normativa vigente Il relatore illustra tutta la normativa di carattere legislativo ed amministrativo che regola la materia, in particolare prende in esame il DLgs 626/94 ed identifica i ruoli, le competenze e le responsabilità degli attori della prevenzione: il medico competente, il datore di lavoro, i RSPP, i RLS.

10.15 - 11.15 La prevenzione e valutazione del rischio da agenti biologici Nella relazione vengono analiticamente considerati i criteri per l'individuazione delle procedure di sicurezza e dei dispositivi di protezione individuale a fini di prevenzione del danno agli operatori. Il relatore illustra inoltre i criteri di valutazione per un metodo qualitativo; i principali virus e batteri a rischio.

11.30 - 12.30 La sorveglianza sanitaria e le responsabilità in campo Il relatore affronta le maggiori criticità connesse alla sorveglianza e alla gestione del rischio infettivo degli operatori quali ad esempio la profilassi vaccinale con connesse problematiche relative al consenso informato, la gestione dell'infortunio a rischio per agenti biologici, le valutazioni di idoneità a mansioni specifiche per gli operatori potenzialmente fonti di rischio per agenti biologici (l'operatore sieropositivo). Vengono inoltre illustrati i profili di responsabilità connessi a tale attività di sorveglianza sulla base di recenti orientamenti medico-legali e giurisprudenziali.

12.30-13.30 Question time con i relatori

II SESSIONE LA VALUTAZIONE DEL RISCHIO DA AGENTI CHIMICI E FISICI

14.30 - 16.00 La prevenzione e gestione del rischio da agenti chimici Il relatore illustra i principali agenti del rischio chimico in ambito sanitario (i gas anestetici, gli antiblastici, i reagenti, i coloranti, gli allergeni per contatto o inalazione etc.), con particolare riferimento agli ambienti lavorativi nei quali il rischio è più elevato (sale operatorie, reparti oncologici, laboratori analisi, anatomie patologiche). Vengono altresì definiti i criteri di valutazione di questo rischio ed illustrate le normative di sorveglianza e tutela mediante l'uso di schede di sicurezza. Dopo aver indicato i principali dispositivi di protezione individuale, il relatore conclude tracciando i profili di responsabilità sulla base di recenti ed accreditati orientamenti medico-legali e giurisprudenziali.

16.00 - 17.30 La prevenzione e gestione del rischio da agenti fisici Il relatore illustra i principali agenti del rischio fisico in ambito sanitario (le radiazioni ionizzanti e le principali radiazioni non ionizzanti, gli effetti evidence based dei campi elettromagnetici) con particolare riferimento agli ambienti lavorativi nei quali il rischio è più elevato (sale radiologiche, operatorie, rianimazioni, diagnostiche specialistiche invasive, medicine nucleari). Vengono altresì definiti i criteri di valutazione di questo rischio ed illustrate le normative di sorveglianza e tutela mediante l'uso di schede di sicurezza.

Dopo aver indicato i principali dispositivi di protezione individuale, il relatore conclude tracciando i profili di responsabilità sulla base di recenti ed accreditati orientamenti medico-legali e giurisprudenziali.

17.45 - 18.45 Question time con i relatori

18.45 - 19.00 Consegna e ritiro dei test di apprendimento e di valutazione del corso. Chiusura del corso

IL CCNL DELLA DIRIGENZA MEDICA: UNO STRUMENTO DI GOVERNO DEL CAMBIAMENTO

Obiettivi del corso

Le norme che oggi regolano il rapporto di lavoro dei dirigenti medici all'interno delle aziende sanitarie sono un mix di natura pubblica e privata. Il corso si propone, attraverso un'analitica esposizione dei principali istituti contrattuali, l'obiettivo di formare i professionisti sul corretto utilizzo delle norme che regolano le loro attività e le loro responsabilità nelle aziende sanitarie. Questa maggiore conoscenza e competenza sulle regole del patto che li lega all'azienda, innalzando i livelli di autonomia e responsabilità dei professionisti, consente loro di esercitare quel ruolo attivo e consapevole, quanto mai indispensabile nel supportare i continui processi di cambiamento che caratterizzano lo sviluppo dei servizi sanitari pubblici.

Caratteristiche del corso

Struttura del corso

Il corso si svolge in 2 giornate e si articola in quattro sessioni per complessive 14 ore di docenza frontale e 4 di interattività docenti discenti, quest'ultima organizzata in esercitazioni a gruppi con tecnica di role playing

Materiale didattico

ad ogni discente verrà consegnato il testo delle relazioni e le presentazioni PPT sia su supporto cartaceo che su CD

Verifiche e previsione di discenti

come previsto dall'attuale normativa ECM test di apprendimento di 30 quiz. Il corso prevede un massimo di 50 partecipanti

Previsione crediti ECM

da un minimo di 10 a un massimo di 13 crediti ECM

Previsione quota di iscrizione

questa comprende esclusivamente i costi del servizio formativo. Ogni altro onere è a carico del committente

- Formazione aziendale (max 50) Euro 3.500,00 + iva

PROGRAMMA

I SESSIONE IL CONTESTO LEGISLATIVO DEL SSN E DELLA DIRIGENZA

09.30 - 10.30 Aspetti ordinamentali e finanziamento del SSN In questa relazione vengono illustrate le innovazioni di natura costituzionale e legislativa ordinaria in materia di organizzazione e gestione del SSN. Particolare attenzione viene rivolta alla definizione ed attribuzione delle competenze tra Stato e Regio-

ni, al ruolo dei LEA e alle modalità di reperimento ed attribuzione del finanziamento pubblico, anche alla luce delle ulteriori modifiche costituzionali in materia di federalismo sanitario e fiscale.

10.30 - 11.30 Le aziende sanitarie: competenze, organizzazione e poteri decisionali Il relatore illustra le caratteristiche giuridiche delle aziende sanitarie, identifica i soggetti responsabili, espone l'articolazione dei poteri decisionali compresi quelli in capo ad organismi professionali (consiglio di direzione, dei sanitari, di dipartimento). Nella relazione viene dato inoltre spazio alla descrizione della struttura organizzativa delle aziende sanitarie con particolare riferimento all'organizzazione dipartimentale. Attenzione viene infine posta alle caratteristiche giuridiche delle procedure e degli atti di governo delle aziende sanitarie (l'atto aziendale, le delibere).

11.30 - 12.30 Il profilo giuridico del ruolo dirigenziale Nella relazione vengono illustrate le fonti legislative e regolamentari che definiscono lo status dirigenziale dei professionisti del SSN, sottolineando gli elementi di identità e distinzione con la restante dirigenza pubblica. Particolare attenzione viene rivolta all'analitica illustrazione delle fonti giuridiche che sostanziano e regolamentano gli elementi di privatizzazione del rapporto di lavoro.

12.30 - 13.30 Il profilo giuridico e pattizio del CCNL della dirigenza medica Il relatore espone il contesto giuridico e civilistico (pattizio) all'interno del quale si colloca il CCNL della dirigenza medica. In particolare vengono presi in considerazione i criteri di individuazione dei soggetti abilitati alle trattative (nazionali e locali), le procedure preliminari alla contrattazione (atti di indirizzo, la quantificazione delle risorse disponibili), i destinatari delle norme, la natura dei vincoli per le parti, la struttura e durata dell'accordo.

II SESSIONE GLI ISTITUTI NORMATIVI DEL CCNL

14.30 - 15.30 I livelli di contrattazione e le relazioni sindacali In questa relazione vengono illustrati sia i livelli di contrattazione (nazionale e locale), sia le diverse forme di relazioni sindacali (informazione, comunicazione, concertazione, contrattazione), infine le materie da attribuire ai livelli e alla forme. Il relatore si sofferma in modo particolare nell'illustrazione della differenza tra le varie forme di relazioni sindacali, anche in riferimento alle materie a queste affidate al fine di evidenziare come questo processo sia determinante nel qualificare il grado di partecipazione e di condivisione dei ruoli nell'azienda sanitaria.

15.30 - 16.30 Gli elementi costitutivi il rapporto di lavoro della dirigenza medica Il relatore illustra tutti gli elementi che caratterizzano il mix pubblico-privato del rapporto di lavoro della dirigenza medica: ai primi (pubblico) si riferiscono le norme sull'assunzione (concorsualità), la disciplina dell'orario di lavoro, l'esclusività di rapporto e i vincoli di esercizio della libera professione, la mobilità, l'aspettativa, il comando, le coperture assicurative, ai secondi (privato) si correlano la previsione dei contratti individuali, gli incarichi a termine, la risoluzione consensuale, il recesso.

16.30 - 17.30 Gli incarichi dirigenziali e la graduazione delle funzioni La relazione si propone di indicare le finalità e le modalità connesse alla graduazione delle funzioni dirigenziali nell'ambito delle tipologie di incarico contrattualmente defini-

te. Particolare attenzione viene quindi posta alle procedure di individuazione ed attribuzione degli incarichi dirigenziali e ai criteri che devono informare, nella trasparenza e condivisione, questo sistema che, nella logica del management aziendale, ha l'obiettivo di coniugare gli interessi dell'azienda con le aspirazioni di progressione di carriera e quindi economica della dirigenza.

17.45 - 19.00 La verifica di attività e di risultato dei dirigenti. L'ECM. Chiusura della giornata Il relatore illustra il sistema di valutazione delle attività professionali (la verifica a fine incarico) e di risultato (annuale ai fini della corresponsione della retribuzione di risultato) introdotto nel CCNL della dirigenza. La delicatezza e complessità del sistema viene sottolineata nell'esposizione, innanzitutto chiarendo i soggetti responsabili e quelli coinvolti, le procedure, gli oggetti della valutazione e richiamando infine gli elementi costitutivi delle tecniche di management aziendale quali la negoziazione del budget e il controllo di gestione. Vengono infine richiamate nella relazione le previsioni contrattuali in caso di verifica negativa e gli aspetti contrattuali connessi agli obblighi ECM.

III SESSIONE GLI ISTITUTI ECONOMICI DEL CCNL

08.45 - 09.30 La struttura della retribuzione del dirigente medico Il relatore illustra la complessa struttura della retribuzione del dirigente medico, l'origine e la natura delle varie voci retributive, il loro rapporto con le attività e funzioni svolte. Viene infine descritta analiticamente la busta paga, comprese l'illustrazione dell'entità e finalità delle trattenute fiscali e previdenziali.

09.30 - 10.30 I fondi aziendali: costituzione e destinazione La relazione illustra in modo sistematico la provenienza storica, la destinazione d'uso e le relazioni esistenti tra i fondi aziendali, così come introdotti nei contratti della dirigenza. Particolare attenzione viene posta alle norme che prevedono le modalità di definizione quantitativa dei fondi, considerato che periodicamente vanno rideterminati in ragione di fisiologiche variazioni (es. pensionamenti, riduzioni e/o incrementi pianta organica, nuove attività), ovvero al rinnovo dei contratti che immettono nuove risorse.

10.30 - 11.30 La retribuzione di posizione, di disagio, di risultato, l'indennità di esclusività di rapporto Il relatore illustra le caratteristiche della retribuzione di posizione nelle sue varie componenti, con particolare evidenza alla cosiddetta quota variabile aziendale.

Allo stesso modo la relazione illustra le caratteristiche della retribuzione di disagio e a quali attività si riferisce e quelle della retribuzione di risultato, in particolare le modalità di attribuzione e corresponsione. Infine viene posta in evidenza la finalità dell'indennità di esclusività di rapporto e la sua articolazione nell'ambito di fasce di esperienza professionale maturata.

11.45 - 12.45 La previdenza del dirigente medico Nella relazione viene riportata in modo analitico la struttura previdenziale del dirigente medico, le quantità e modalità di prelievo a fini pensionistici (INPDAP, ENPAM), a fini assistenziali (ONAOI etc), a fini di trattamento fine rapporto, assicurazione malattie e rischio professionale.

Il relatore si soffermerà sulle varie normative che regolano la corresponsione dei vari benefici maturati nei vari sistemi per poi affrontare le caratteristiche fondamentali della previdenza integrativa.

12.45 - 13.30 L'attività libero professionale del dirigente medico: tipologie, diritti e obblighi Il relatore illustra la cornice legislativa e contrattuale, indica le procedure, individua gli atti che

consentono l'esercizio dell'attività libero professionale dei dirigenti medici dentro e fuori l'azienda, soffermandosi sulle varie tipologie indicate dal CCNL.

IV SESSIONE ISTRUZIONI PRATICHE PER L'USO DEL CCNL

Questa sessione, completamente dedicata ad esercitazioni pratiche, condotte su gruppi guidati da tutor, intende sollecitare i discenti sul piano dell'utilizzo pratico di quanto è stato trasmesso nelle relazioni.

Gli argomenti scelti si collocano nelle aree di maggiore criticità e complessità dei rapporti tra dirigenti ed azienda.

14.30 - 16.30 Esercitazione pratica e a gruppi con tutor di definizione e negoziazione del budget di un dipartimento di diagnosi e cura con tecnica di role playing L'esercitazione affronta la complessa tematica della negoziazione del budget di dipartimento, una procedura che annualmente i dirigenti di struttura attivano verso il direttore generale e verso le strutture e i professionisti sott'ordinati.

Sulla base di dati predefiniti relativi ai costi di attività, di personale, di struttura e di consumo, provenienti dal controllo di gestione e degli obiettivi assegnati dalla direzione generale ai gruppi, viene affidato il compito di predisporre una scheda di budget del dipartimento. Successivamente un portavoce per ogni gruppo interviene in aula nel processo simulato di negoziazione del budget con il direttore generale.

16.45 - 18.30 Esercitazione pratica e a gruppi con tutors di valutazione di un atto aziendale Viene sollecitata l'attenzione dei discenti verso quello che può essere definito il documento di programmazione aziendale annuale, al fine di rintracciare gli elementi di indirizzo delle attività clinico assistenziali, le modalità di organizzazione e gestione delle risorse professionali, strutturali e finanziarie.

L'esercitazione prevede una preliminare esposizione del documento programmatico di una azienda sanitaria con presidi ospedalieri e distretti, quindi l'affidamento ai gruppi di specifici compiti quali ad esempio individuare e specificare le missioni delle articolazioni aziendali (presidi, distretti, dipartimenti), esplicitare la sussistenza o meno di un progetto di formazione del personale, enucleare, se presente, il progetto di sviluppo delle tecnologie, valutare, se presente, il progetto di implementazione della qualità percepita dagli utenti, le possibili ricadute del documento sulle attività sanitarie e sulla distribuzione di ruoli e risorse all'interno dell'azienda, in altre parole tipologie di incarichi, definizione di strutture, indirizzi di attribuzione di incentivi di risultato.

18.30 - 19.00 Consegna e ritiro dei test di apprendimento e del questionario di valutazione del corso. Chiusura dei lavori

I PROFILI DI RESPONSABILITÀ DEL DIRIGENTE MEDICO

Obiettivi del corso

Le scarse conoscenze sui risvolti gestionali, amministrativi, deontologici, medico legali e giurisprudenziali connessi alle pratiche clinico assistenziali nelle aziende sanitarie sono spesso motivo di contestazioni di responsabilità per i dirigenti medici. Questa percezione negativa dei rischi tende ad allontanare i professionisti da pratiche efficaci ed appropriate, incoraggiando com-

portamenti difensivi o elusivi e compromettendo la qualità delle prestazioni e l'ottimizzazione delle risorse.

Scopo del corso è quello di aumentare le conoscenze per migliorare le competenze dei medici sui vari profili di responsabilità connessi all'esercizio del proprio ruolo professionale e dirigenziale nelle aziende sanitarie.

Caratteristiche del corso

Struttura del corso

si articola in una giornata di lavoro, suddivisa in due sessioni, per complessive 6 ore di didattica frontale e 2 ore di confronto con i docenti/tutor. Queste ultime si svolgono in sessione plenaria in aula e prevedono la prima la valutazione di una cartella clinica, la seconda di una polizza assicurativa di un'azienda ospedaliera

Materiale didattico

viene consegnato il testo delle lezioni sia su supporto cartaceo sia su CD. Tutte le lezioni sono supportate da presentazione PPT

Verifiche e previsione di discenti

secondo quanto previsto da normativa ECM, il test di apprendimento si basa su 20 quiz. Il corso prevede un massimo di 50 partecipanti

Previsione crediti ECM

da un minimo di 4 a un massimo di 6 crediti ECM

Previsione quota di iscrizione

questa comprende esclusivamente i costi del servizio formativo. Ogni altro onere è a carico del committente

- Formazione aziendale (max 50) Euro 2.000,00 + iva

PROGRAMMA

I SESSIONE LE RESPONSABILITÀ DEL DIRIGENTE E QUELLE DEL PROFESSIONISTA

09.15 - 10.15 Le responsabilità dirigenziali Il docente illustra gli obblighi derivanti sia dallo status di dirigente del pubblico impiego, ovvero di carattere legislativo ordinamentale, sia quelli derivanti dalla privatizzazione del rapporto di lavoro, ovvero di natura contrattuale. In modo particolare vengono sottolineati i livelli e gli ambiti di responsabilità connessi alla natura pubblica degli obblighi (es. le compatibilità del rapporto di lavoro, la regolamentazione dell'esercizio libero professionale, l'orario di lavoro, l'organizzazione e la sicurezza delle attività sanitarie, le attribuzioni dei ruoli etc).

Nella seconda parte della relazione vengono affrontati gli obblighi di natura gestionale ed amministrativa e le conseguenti responsabilità derivanti dalla natura privatistica del rapporto di lavoro, in modo particolare quelli inerenti all'attribuzione degli incarichi a tempo determinato, del budget con connessi obiettivi, ai sistemi delle verifiche (di risultato e professionali) al principio del rapporto fiduciario e tipologie di recesso. Infine vengono valutate le nuove forme di responsabilità connesse al sempre più frequente coinvolgimento della dirigenza medica in attività di acquisto di presidi e tecnologie sanitarie.

10.15 - 11.15 Le responsabilità deontologiche Il docente espone in modo problematico le possibili aree di conflitto che possono insorgere tra gli obblighi e connesse responsabilità del

dirigente medico (gestionali e amministrative) verso l'azienda e quelli del professionista (tecnici scientifici e deontologici) verso i cittadini. Nel corso dell'illustrazione vengono richiamati i principali articoli del codice di deontologia medica che, nell'indicare le regole morali e i precetti deontologici che vincolano l'esercizio professionale, definiscono in realtà principi di buona pratica clinico assistenziale all'interno della quale è possibile ricomporre gli elementi del potenziale conflitto (l'idea del governo clinico). Il consenso informato, che da un lato valorizza l'autodeterminazione del paziente e dall'altro esige l'autonomia e la responsabilità del medico, costituisce il baricentro del nuovo sistema di rapporti medico-paziente, all'interno del quale ruotano altri sottosistemi di obblighi e responsabilità di natura deontologica in capo ai dirigenti medici, quali ad esempio la tutela della privacy, le scelte della cosiddetta etica di confine (inizio e fine vita), la tutela dei soggetti fragili (minori, incapaci), le regole della ricerca clinica e i limiti ed obiettivi della sperimentazione, l'autonomia della prescrizione, della ricerca e della formazione da interessi estranei a quelli del paziente e dell'azienda (la condizione di conflitto d'interessi) etc. Tutti questi aspetti identificano profili di responsabilità etico-deontologica a cui può disciplinarmente essere richiamato il medico dirigente.

11.30 - 12.30 Le responsabilità medico-legali Il docente illustra come le procedure e gli strumenti che caratterizzano le pratiche clinico assistenziali del dirigente medico abbiano dei risvolti di natura medico legale. Tra gli strumenti si possono ricordare, ad esempio, la cartella clinica, la modulistica che certifica la raccolta del consenso informato e la tutela della privacy, la lettera di dimissione, la compilazione della SDO, la richiesta di esami o di consulenza, le dichiarazioni, le certificazioni, etc. Tra le procedure va segnalata l'attività di comunicazione con i pazienti e familiari, la gestione dei minori, degli incapaci, dei fragili, l'organizzazione della continuità assistenziale, della sicurezza delle attività e degli operatori. La relazione, anche attraverso l'illustrazione di alcune sentenze di vario ordine e grado, mette in evidenza il ruolo probatorio che le procedure e gli strumenti assumono sia in fase istruttoria che giudicante in corso di procedimento civile e penale. Lo scopo è quello di sottolineare come errori, omissioni e/o manomissioni possano essere fonti e prova di responsabilità professionale.

12.30 - 13.30 Illustrazione di una cartella clinica con rilievo di vari profili di responsabilità: discussione in aula Il relatore, nell'illustrare gli aspetti salienti della cartella clinica relativa ad un caso chirurgico, oggetto di contenzioso per responsabilità civile, enfatizza tre elementi negativi: 1) la scarsa chiarezza grafica, espositiva e cronologica degli eventi diagnostico clinici che si sono succeduti nel tempo; 2) una raccolta del consenso informato carente; 3) una SDO non coerente con la cartella clinica e la lettera di dimissione consegnata al paziente.

II SESSIONE IL CONTENZIOSO, IL DANNO E LE POSSIBILI TUTELE

14.30 - 15.30 I profili giurisprudenziali della responsabilità del dirigente medico Il relatore espone i principali profili di responsabilità del dirigente medico che comportano violazioni di norme del codice civile e penale. Particolare attenzione viene posta all'evoluzione della giurisprudenza in materia di colpa e nesso di causalità e all'intreccio, sempre più presente in ambito ospedaliero, tra responsabilità dei professionisti e responsabilità della struttura. In tale contesto viene inol-

trato il problema delle responsabilità patrimoniali dei dirigenti, sia in relazione a procedimenti risarcitori per malpractice sanitaria, sia per atti amministrativi poi ritenuti illegittimi.

Nell'ultima parte della relazione vengono illustrati funzioni e compiti dei periti e delle perizie nelle varie fasi dei procedimenti giudiziari.

15.30 - 16.30 I profili del contenzioso: il danno e le difese inappropriate Nella relazione vengono illustrati i più recenti orientamenti medico-legali e giurisprudenziali connessi alla definizione e quantificazione del danno conseguente a malpractice, in premessa a valutazioni sull'appropriatezza degli strumenti e delle procedure comunemente usate a scopo di difesa dal rischio percepito. In questo contesto particolare evidenza viene data ai risvolti medico legali sia delle pratiche EBM (sempre discoloranti?), sia di quelle comunemente rientranti nella cosiddetta medicina difensiva (sempre esente da rischi?). Il relatore illustra, infine, la definizione e la quantificazione del danno in caso di contenzioso amministrativo, soffermandosi sulle più frequenti cause di responsabilità.

16.30 - 17.30 Il profilo del contenzioso: le tutele appropriate ed efficaci Il relatore espone il complesso delle strategie oggi ritenute più efficaci nella tutela dei professionisti rispetto ai vari profili di responsabilità. Rispetto alla malpractice vengono richiamati gli strumenti e gli obiettivi della gestione del rischio clinico nelle aziende sanitarie (risk management). Nell'ultima parte della relazione vengono affrontate le problematiche connesse alla copertura assicurativa sia del rischio clinico sia di quello derivante dall'esercizio di attività amministrative.

17.45 - 18.45 Presentazione di una polizza assicurativa sul rischio clinico di un'azienda ospedaliera: rilevazione e discussione in aula delle criticità

18.45 - 19.00 Consegna e ritiro del test di apprendimento e di valutazione del corso. Chiusura del corso

IL DIPARTIMENTO: DALLO SLOGAN ALL'INNOVAZIONE DELL'ORGANIZZAZIONE DEI SERVIZI SANITARI

Caratteristiche del corso

Obiettivi del Corso

Il dipartimento è la formula organizzativa e gestionale più (ab)usata nei progetti di modernizzazione dei servizi sanitari. Questa eccessiva enfasi ha però spesso lasciato inalterati i problemi laddove tale innovazione organizzativa e gestionale non è stata accompagnata da un coerente sviluppo della partecipazione e responsabilizzazione dei Dirigenti Medici. Questo corso ha l'obiettivo quindi di aumentare le conoscenze e le competenze dei professionisti sulle caratteristiche giuridico-regolamentari essenziali e sulle principali criticità gestionali e tecnico professionali connesse alla realizzazione dei Dipartimenti.

Struttura del Corso

si articola in una giornata di lavoro, suddivisa in due sessioni, per complessive 6 ore di didattica frontale e 2 ore di confronto con i docenti/tutors la prima con la valutazione critica di una indagine

sullo stato di attuazione dei dipartimenti in Italia, la seconda sotto forma di una esercitazione simulante (role-playng) la negoziazione di un budget di dipartimento .

Materiale didattico

viene consegnato il testo delle lezioni sia su supporto cartaceo sia su CD. Tutte le lezioni sono supportate da presentazione PPT.

Verifiche e previsione di discenti

secondo quanto previsto da normativa ECM, il test di apprendimento si basa su 20 quiz. Il corso va indirizzato ad un massimo di 50 partecipanti

Previsione di crediti ECM

da 4 a 6 crediti

Previsione quota iscrizione

queste comprendono esclusivamente i costi del servizio formativo. Ogni altro onere è a carico del committente

Formazione Aziendale (max 50) Euro 2.000,00+ IVA

PROGRAMMA

I SESSIONE IL DIPARTIMENTO E LA LEGISLAZIONE SANITARIA ITALIANA

9.15 - 10.15 L'evoluzione storica-legislativa del Dipartimento

Il docente illustra la natura giuridica e i principi che nella storia della legislazione sanitaria degli ultimi 40 anni hanno supportato le varie proposte di Dipartimento. L'arco temporale di riferimento va dalla legge 128/68 al dlgs 229/99 e correla l'evoluzione dei principali orientamenti in ragione delle varie fasi storiche di sviluppo del sistema sanitario, dalle mutue alla Riforma 833/78 che fondò il moderno Servizio Sanitario ridisegnando l'organizzazione e la mission dei servizi fino alla svolta aziendale iniziata nel 1992 con il dlgs 502/517 e ripensata dal dlgs 299/99.

10.15 - 11.15 I modelli organizzativi dei Dipartimenti

Il docente espone in modo sistematico i principali indirizzi che gli Enti preposti (le Regioni) hanno assunto nel disegnare le caratteristiche giuridiche ed organizzative dei dipartimenti. Viene infatti analiticamente declinato il complesso glossario dei Dipartimenti sia per quanto riguarda la natura giuridica (strutturali, funzionali, ospedalieri, misti, transmurati su più presidi e/o sul territorio) sia per la particolare natura delle mission tecnico professionale (di area, di specialità, di organo, di funzione, di processo etc). La relazione si sofferma in modo particolare sull'esperienza dipartimentale forse più antica e meglio consolidata nella nostra legislazione sanitaria e cioè quella dei DEA.

11.30 - 12.30 I soggetti e le responsabilità di governo del Dipartimento

Il docente illustra quali siano i principali indirizzi di legislazione regionale relativi all'individuazione dei soggetti e dei relativi poteri nella gestione del Dipartimento. Vengono infatti riportate le principali modalità di individuazione del capo Dipartimento e delle sue competenze, le modalità costitutive dei Comitati di Dipartimento e dei compiti a questo assegnati, infine il sistema di relazioni: verticale (up-down) con i responsabili di strutture complesse e semplici ovvero i dirigenti con incarichi professionali, verticale (bottom-up) verso il D.G e il Collegio di Direzione, infine orizzontale verso l'ospedale/territorio nel suo complesso (i clienti interni).

12.00 - 13.30 Presentazione e discussione in aula sui risultati

di un indagine condotta sullo stato di attuazione dei Dipartimenti nel SSN italiano

II SESSIONE IL GOVERNO DEL DIPARTIMENTO: STRUMENTI, PROCEDURE ED OBIETTIVI

14.30 - 16.00 Il management economico-finanziario del Dipartimento

Il docente espone le principali tecniche e gli strumenti del management aziendale che, dall'illustrazione della struttura e dei contenuti del bilancio aziendale, affronta le complesse dinamiche del controllo di gestione sui cui reports poter fondare la contrattazione ed attribuzione del budget di Dipartimento. La fase successiva prevede le procedure di attribuzione del budget alle unità operative semplici e complesse costituenti il dipartimento e l'assegnazione degli obiettivi a tutti i dirigenti ai fini della retribuzione di risultato, successiva ad un processo di valutazione.

16.00 - 17.30 Il management tecnico-professionale del Dipartimento

Il docente illustra come il Dipartimento rappresenti anche lo spazio culturale, funzionale ed operativo all'interno del quale far crescere la partecipazione e la cooperazione dei Dirigenti Medici per un forte orientamento alla appropriatezza, efficacia e sicurezza delle attività sanitarie. In altre parole l'idea della clinical governance si materializza nelle attività tipiche di un moderno dipartimento e cioè: procedure di prevenzione e correzione degli errori, rilevazione sistematica dei bisogni formativi e soddisfazione degli stessi privilegiando la formazione sul campo, l'introduzione sistematica nelle attività sanitarie delle metodologie che legano la pratica clinico assistenziale alle scelte fondate sulle prove di efficacia, infine la valutazione e le verifiche dei compiti affidati e svolti. Queste funzioni, strategiche per il Dipartimento e per l'azienda nel suo complesso, vanno tradotte ed formalizzate in precisi centri di responsabilità e all'interno di procedure che valorizzano l'autonomia dei professionisti.

17.45 - 18.45 Negoziazione di una scheda di budget di Dipartimento con tecnica di role-playng

18.45 - 19.00 Consegna e ritiro del test di apprendimento e di valutazione del corso. Chiusura del corso

SCUOLA "CARLO URBANI" PER LA FORMAZIONE DEI MEDICI PER LA COOPERAZIONE INTERNAZIONALE

Il corso di formazione
Firenze marzo-maggio 2005

Obiettivi del corso

Costituire un livello di formazione di "base" per i discenti in merito all'organizzazione del lavoro delle équipe sanitarie nell'ambito della cooperazione internazionale in particolar modo orientata verso i progetti di sviluppo.

Il corso è stato inviato alla commissione NFC per l'acquisizione dei crediti formativi.

Caratteristiche del corso

Durata del corso

6 moduli quindicinali della durata di 4 + 8 ore da tenersi da marzo a Maggio 2005, il venerdì pomeriggio ed il sabato mattina e pomeriggio per complessive 72 ore. Il corso è riservato ai medici interessati alle problematiche della cooperazione.

Paolo Quondam

Egidio Di Pede
Enrico Reginato
Telefono e fax 010 312151
e-mail: anaaog@libero.it

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

II Corso di formazione "Scuola Carlo Urbani"

Venerdì 18 - sabato 19 marzo

Know-how di base

Modello partecipativo, alternative alla cooperazione bilaterale e commerciale, cooperazione multilaterale, sviluppo umano, prospettive per la cooperazione decentrata
Enti internazionali (ONU, Agenzie, ECHO)
Programmazione e costruzione di un progetto di cooperazione per lo sviluppo
Valutazione dei territori interessati dal progetto di cooperazione
Legislazione italiana ed europea in materia di cooperazione

Venerdì 1 - sabato 2 aprile

Visione generale: la politica per capire

Globalizzazione e salute: i rapporti perversi tra WTO ed OMS
Epidemie globali: nord e sud del pianeta
Equità e sistemi sanitari in evoluzione
Malattie in relazione al clima e alla disponibilità d'acqua
Le guerre per l'acqua
Relazione bilaterale: aspetti professionali, etici, religiosi
Antroposofia, cultura, costumi e religione nella diversità e nella molteplicità

Venerdì 15 - sabato 16 aprile

Malattie tropicali e disturbi sociali: un obbligo per i PVS?

Aids: diffusione, prevenzione e spazi terapeutici nei paesi in via di sviluppo
Malaria, realtà e territori
Malattie ad elevata contagiosità per PVS
Il ruolo della donna nei PVS
Gender-related delay

Venerdì 29 - sabato 30 aprile

Il luogo della salute

Primary Health Care
I farmaci essenziali
Malattie infettive, inquadramento generale
Salute mentale nei paesi in via di sviluppo e durante periodo bellico

Venerdì 13 - sabato 14 maggio

Attribuzione e presa in carico

Vantaggio comparativo. Ruolo delle ONG e delle istituzioni no-profit
Relazione con il sistema sanitario locale, ingegneria clinica
Cooperazione sanitaria in periodo bellico

Venerdì 27 - sabato 28 maggio

Cooperazione nell'emergenza

Guerra e guerre
Disaster management
Monitoraggio dei trend globali, allarmi precoci e contingency planning triage dell'emergenza sanitaria
Chirurgia di guerra
Urgenze mediche