

# DIRIGENZA MEDICA

*Il mensile dell'Anaao Assomed*

SPED. IN. A.P. ART. 2 COMMA 20/b - 45% - L. 662/96 DIV. CORR. D. C. I. ANCONA - CONTIENE I.R.

## Editoriale

### NON C'È SPAZIO PER PROPOSTE SOLITARIE

di **Serafino Zucchelli**

Il ministro della Salute ha finalmente delineato la "sua" riforma della sanità: la montagna ha partorito il topolino! Nell'ultimo testo presentato ai medici sono state abbandonate una serie di ipotesi che avevano avuto il merito di mettere d'accordo tutte le organizzazioni sindacali, nel senso che nessuna aveva potuto esprimere un parere favorevole. Ci riferiamo innanzitutto all'introduzione dei rapporti di lavoro libero professionali o più propriamente di collaborazione coordinata e continuativa che avrebbe causato notevoli danni ai medici: la perdita di stabilità del posto di lavoro e della tutela previdenziale; il peggioramento delle condizioni di lavoro e della remunerazione. Ma anche i cittadini sarebbero stati danneggiati, perché curati da medici a ore, avulsi dall'organizzazione complessiva del lavoro ospedaliero. È, inoltre, sparito l'ulteriore precariato di cinque anni per i neo assunti. Il ritiro del testo precedente è senz'altro il frutto della tenace opera di opposizione che l'Anaao Assomed e l'Intersindacale hanno esercitato fin dal mese di dicembre dello scorso anno. Sgombrato il campo dalle pericolose e destabilizzanti rivoluzioni sopra descritte, il Ministro ha proposto interventi riguardanti l'orario di lavoro e l'attività libero-professionale. In merito bisogna preliminarmente riconoscere che la cosiddetta "riforma Bindi", all'interno di un impianto sostanzialmente condivisibile e organicamente coerente, presentava alcuni elementi di rigidità, che peraltro, come Anaao Assomed, avevamo avuto già occasione di rilevare: l'eccessiva penalizzazione economica per coloro che avevano optato per la libera professione extramuraria, a parità di ore di lavoro settimanali, e l'irreversibilità della scelta per l'intramuraria. Sarebbe bastato rivedere tali limitazioni per introdurre quegli elementi di flessibilità di cui si sentiva il bisogno. In realtà il Ministro è andato oltre prevedendo l'introduzione di due tempi di lavoro, tempo pieno e tempo definito, con la possibilità di continui passaggi da uno

*segue in ultima*

## NUOVO RAPPORTO DI LAVORO

# Sirchia reintroduce il tempo pieno e il tempo parziale

Ma della proposta sono poco entusiasti sia gli assessori alla Sanità di centrosinistra che quelli di centrodestra

La bozza del disegno di legge illustrata dal ministro della Salute **Girolamo Sirchia** alle Associazioni di categoria non parla più di "medico a ore" e di precariato quinquennale all'ingresso. Questa è una chiara ed importante vittoria dovuta alla fermezza delle posizioni dell'Anaao Assomed e di tutta l'Intersindacale della dirigenza medica e sanitaria. Tra le novità, il rapporto di lavoro suddiviso in tempo pieno e in tempo parziale e le modalità di svolgimento della libera professione. Preoccupa invece la posizione delle Regioni in merito al manteni-

mento dell'indennità di esclusività che il disegno di legge intende trasformare in indennità di tempo pieno. Così le Regioni si sono opposte e hanno rinviato la decisione alle trattative del nuovo contratto di lavoro.

La categoria su questa proposta di Sirchia è divisa. "Si rischia di tornare indietro, a quando il primario non c'era mai". È il commento di Mauro Salizzoni, direttore dell'Unità operativa dei trapianti dell'Azienda "Molinette" di Torino, del quale ospitiamo, nelle pagine interne, un'intervista.

PAGINE 2-3 E 5

## FORUM SANITÀ FUTURA DI CERNOBBIO

### L'AVVIO DELL'ECM

Sono stati oltre 6mila i visitatori – soprattutto operatori sanitari, medici e professionisti provenienti da molti Paesi dell'Unione Europea – della seconda edizione del Forum Sanità Futura che si è svolta a Cernobbio dal 15 al 18 aprile.

Un'occasione di confronto per tutti i protagonisti della sanità italiana, pubblica e privata, sui progetti e le prospettive innovative in campo sanitario, dalla ricerca gestionale e organizzativa alle nuove tecnologie, al programma di Educazione continua in medicina, alla comunicazione sanitaria.

Il Forum, infatti, è stata anche l'occasione per fare il

punto sul programma nazionale di Ecm, unico in Europa a rendere obbligatoria la formazione per tutti gli operatori sanitari e non soltanto per i medici. Finora, nella fase attuativa, il sistema ha interessato 33 professioni, 103 discipline, oltre un migliaio di referee per la valutazione degli eventi formativi. Per il trimestre aprile-giugno, il primo periodo con crediti validi, sono giunte alla Commissione nazionale Ecm circa 9.000 richieste di accreditamento di eventi formativi residenziali – cioè convegni, corsi e seminari – e circa 1.000 per progetti formativi aziendali.

PAGINA 4

## PIANO SANITARIO NAZIONALE 2002-2004

### OBIETTIVO QUALITÀ

Qualità delle strutture pubbliche ma anche qualità professionale di tutti i medici e operatori del Ssn. Questi sono alcuni degli obiettivi del prossimo triennio del Psn, approvato dal Consiglio dei ministri il 19 aprile scorso.

Un Psn nuovo che sotto il profilo politico si configura, alla luce della devolution sanitaria, come un documento di indirizzo e di linea culturale. Un documento

che, attraverso un "decalogo", ovvero 10 progetti obiettivo punta per il prossimo triennio a ridurre le liste di attesa, risparmiare risorse ristrutturando la rete ospedaliera, introdurre nuovi criteri di qualità del servizio pubblico, correggere i cattivi comportamenti degli italiani come fumo ed eccessi a tavola, incrementare le cure a domicilio compresa la chemio.

PAGINE 11-12

## REGIONI

*Una regione del Sud, la Campania, e una del Nord, la Valle d'Aosta, sono le realtà a cui questo numero dedica un'approfondimento*

PAGINE 6-9

## SENATO

*Parere favorevole della Commissione Igiene e Sanità alla trasformazione degli Irccs in Fondazioni, ma con alcune modifiche*

PAGINA 10

## PRIVATO

*Le novità del Piano socio-sanitario della Lombardia approvato di recente dal Consiglio regionale*

PAGINA 15

**www.anaao.it**

**Il sito ampliato e ristrutturato con aggiornamento quotidiano dell'attualità sanitaria e sindacale**

**Chiedi la PASSWORD d'accesso**

**ANA AO ASSOMED**  
ASSOCIAZIONE MEDICI DIRIGENTI

## PANORAMA MESE

### GAVA PROPONE STRALCIO INDENNITÀ DDL MEDICI

Le Regioni di centrodestra hanno proposto al ministro Sirchia lo stralcio dal ddl sul nuovo rapporto di lavoro dei medici dell'articolo che mantiene inalterata l'indennità di rapporto esclusivo (500 euro circa al mese). A spiegarlo è stato il coordinatore degli assessori alla Sanità, il veneto Fabio Gava, al Forum sulla sanità di Cernobbio. "La parte sulla indennità di esclusività - ha motivato l'assessore - è materia di contratto e lì dovrà essere trattata". In linea anche l'assessore alla Sanità dell'Emilia Romagna, Giovanni Bissoni (centrosinistra). "La richiesta di Gava - ha detto - è di buon senso, ma continuiamo a considerare inaccettabile la riforma proposta da Sirchia".

"Ogni richiesta è legittima", è stato il commento alla proposta da parte del ministro Sirchia.

### NON È 5 MLD IL BUCO IN SANITÀ

La cifra reale del buco sanitario non raggiunge neanche i due miliardi e mezzo di euro", ha precisato il sottosegretario all'Economia, Giuseppe Vegas durante il suo intervento a un convegno dell'Isae. "Assolutamente non esiste un buco della spesa di queste dimensioni", ha affermato Vegas. "Esiste un'eccedenza rispetto all'accordo Stato-Regioni dello scorso agosto valutata in qualche miliardo di euro, ma le misure che le Regioni hanno adottato permettono comunque di coprire questa eccedenza".

### SCONTO DEL 5% SUI FARMACI

Il Consiglio dei ministri ha approvato la riduzione del 5% sul prezzo dei farmaci rimborsabili e una norma che riduce la copertura brevettuale complementare dei medicinali così da dimezzare i tempi di introduzione dei farmaci generici. Questi ultimi, costando di meno rispetto ai farmaci con brevetto, permetteranno un risparmio sulla spesa farmaceutica pubblica. "La riduzione dei prezzi al pubblico del 5% - ha comunque precisato Farindustria - si traduce in una di-

minuzione secca del 5% dei prezzi a ricavo industria e in altre parole in una riduzione del 5% dell'intero fatturato dei farmaci rimborsabili".

### TAR VENETO

Il Tar Veneto con sentenza n.1276/2002, ha annullato due delibere regionali (n.1528/2001 e 2190/2001) riguardanti la trasformazione in aziende delle Usl e l'organizzazione del dipartimento di prevenzione. Il Tar ha accolto i ricorsi presentati dalle organizzazioni sindacali dei medici Anaa Assomed, Anpo, Cgil medici, Cimo-Asmd, Cisl medici, Civemp, Federazione medici, Umspedit. Secondo i ricorrenti, la Regione avrebbe agito senza seguire le modalità della concertazione che erano state concordate per la redazione di queste linee guida. La delibera, con la quale le Usl si costituiscono in aziende con personalità giuridica pubblica e autonomia imprenditoriale, per cui la loro organizzazione e il funzionamento sono disciplinati con atto aziendale di tipo privato, non sarebbe stata al centro della concertazione prevista da protocolli d'intesa e dal contratto nazionale di lavoro con le organizzazioni sindacali dei medici. Dal momento che era stata la stessa regione mediante una propria direttiva, a imporsi di seguire questo sistema di relazioni sindacali basato sulla concertazione, secondo i giudici amministrativi «non sono state osservate le regole in tema di concertazione sia perché le organizzazioni sindacali ricorrenti non hanno ricevuto la previa comunicazione almeno 48 ore prima dell'incontro, sia perché la concertazione non si è conclusa entro trenta giorni dalla richiesta delle organizzazioni sindacali, sia perché non è stato redatto alcun verbale». Inoltre, per le regole sulla concertazione non risultano osservate «nemmeno per la redazione delle linee guida per l'organizzazione del dipartimento di prevenzione». Le due deliberazioni sono state quindi annullate.

### RIMBORSO PER LISTE D'ATTESA

I cittadini trentini che entro dieci giorni dalla richiesta non ottengono l'appuntamento per una visita specialistica urgente, potranno rivolgersi a

### SIRCHIA HA ILLUSTRATO IL DDL SUL NUOVO RAPPORTO DI LAVORO

# Scompare il "medico a ore" e il precariato quinquennale

Un successo che premia la fermezza delle posizioni della nostra Associazione e di tutta l'Intersindacale della dirigenza medica e sanitaria. Prima al ministro Sirchia poi alle Regioni abbiamo comunque rivendicato la permanenza del diritto individuale alla libera professione; il godimento dell'indennità esclusiva e le connesse progressioni economiche; l'attribuzione dello 0,92% del monte salari per il 2001 e il 5,6%, per il primo biennio del prossimo contratto

Il ministro della Salute, Girolamo Sirchia, ha presentato, nei primi giorni di aprile, alle Associazioni di categoria il disegno di legge di riordino del rapporto di lavoro della dirigenza medica e sanitaria del Servizio sanitario nazionale.

In merito a questa proposta va innanzitutto premesso che non si parla più di "medico a ore" e di precariato quinquennale all'ingresso. Questa è da ritenersi una chiara ed importante vittoria dovuta alla fermezza delle posizioni dell'Anaa Assomed e dell'Intersindacale medica, cui aderiscono, oltre alla nostra Associazione, Fesmed (Acoi, Anmco, Aogoi, Sumi, Sedi, Femepa, Anmdo), Umspedit (Aaroi, Aipac, Snr), Cgil Medici, Civemp (Sivemp-Simet) e in rappresentanza dei dirigenti sanitari lo Snabi Sds. Nell'ambito del riordino del rapporto di lavoro sia nell'incontro avuto con il ministro Sirchia (3 aprile), sia con i rappresentanti delle Regioni (9 aprile) abbiamo ribadito, insieme a tutta l'Intersindacale, che nostri punti irrinunciabili sono: la permanenza del diritto individuale alla libera professione come attualmente strutturata; la garanzia del godimento individuale dell'indennità di esclusività di rapporto e delle connesse progressioni economiche come previsto dal vigente contratto nazionale di lavoro; la garanzia dell'attribuzione dello 0,92% del monte salari per il 2001 e del 5,6%, in base all'accordo Governo-Pubblico Impiego per il primo biennio del rinnovo contrattuale.

Le Regioni alla richiesta di far fronte, da un lato, agli oneri economici correlati al programma di riduzione delle liste di attesa e, dall'altro, al mantenimento del trattamento in godimento per i medici, anche in presenza di esercizio libero professionale esterno, come previsto dalla proposta del ministro, hanno dichiarato in parte perplessità ed in parte contrarietà, riservandosi un giudizio definitivo a fronte di un preciso articolato del disegno di legge, che esse hanno dichiarato di non possedere al momento.

Riportiamo di seguito i tre punti fondamentali della proposta del ministro Sirchia e la specifica posizione della nostra Associazione:

#### LIBERA PROFESSIONE

**Proposta Sirchia** - Il medico, sia a tempo pieno che a tempo definito, potrà essere ammesso a svolgere la libera professione nell'azienda o in strutture convenzionate con essa solo dopo aver soddisfatto le richieste derivanti dalle liste di attesa. Queste prestazioni dovranno essere remunerate dall'azienda con denaro proprio (senza cioè finanziamenti aggiuntivi). Tutti potranno svolgere attività libero professionale privata fuori dall'azienda.

**Commento Anaa Assomed** - Questo è già previsto dall'attuale normativa (dlgs 502/92 e legge

uno specialista privato e venire poi rimborsati. Lo ha deciso lo scorso 12 aprile la Giunta provinciale di Trento, in modo da ridurre le liste d'attesa. La novità è sperimentale e partirà dal prossimo 1° maggio per la durata di un anno. L'Azienda provinciale per i servizi sanitari, ha spiegato l'assessore alle Politiche sociali e alla Salute Mario Magnani, provvederà a rimborsare gli utenti secondo il tariffario dell'Azienda stessa dopo aver rilasciato una nulla osta per il ricorso all'assistenza indiretta.

### ORDINI RIVENDICANO RUOLO IN ECM

A gli Ordini spetta un ruolo da protagonisti nel sistema Ecm. Lo ha detto il presidente della Fnomceo, Giuseppe Del Barone, in una lettera al ministro della Salute, Girolamo Sirchia, e al coordinatore degli assessori regionali alla Sanità, Fabio Gava. "Nel sistema Ecm - scrive Del Barone - esistono insostenibili

confusioni sui ruoli. È necessario, invece, avviare una collaborazione". "Il coordinatore degli assessori regionali - ha spiegato Del Barone - dovrebbe proporre un'organizzazione regionale dell'Ecm con caratteristiche 'federal', ma comuni sul territorio nazionale ed europeo".

### PIÙ GENERICI NELLE MARCHE

La giunta regionale delle Marche ha aggiornato l'elenco dei medicinali generici, cioè con

## TESTO INTEGRALE DELLA BOZZA DEL DISEGNO DI LEGGE SUL "RIORDINO DEL RAPPORTO DI LAVORO DEI MEDICI DEL SSN"

124/98), ma quasi mai applicata dalle aziende.

Le conseguenze di questa proposta sono:

- reazione delle Regioni che hanno già concordemente dichiarato l'impossibilità da parte loro di far fronte ad un simile onere economico e hanno quindi denunciato l'impraticabilità di questo percorso senza nuovi finanziamenti;
- forte incentivo alla libera professione extramoenia a sfavore di quella intramoenia che perde il carattere di diritto soggettivo individuale;
- sostanziale dirottamento dei pazienti paganti verso le strutture private, lasciando alle strutture pubbliche l'erogazione di prestazioni solo per i meno abbienti.

### REMUNERAZIONE

**Proposta Sirchia** - Il ministro sostiene che non esisterà più l'indennità di rapporto esclusivo, ma la massa salariale della categoria rimarrà fino al nuovo contratto.

**Commento Anaao Assomed** - Molte Regioni hanno già dichiarato che simili cambiamenti comporteranno inevitabilmente la perdita del beneficio economico; altre assistono con imbarazzato silenzio, ma sostanziale contrarietà, a tali proposte. C'è quindi assoluta incertezza, nonostante le dichiarazioni di Sirchia che dà garanzie infondate, stante l'attuale federalismo regionale, circa la sopravvivenza della massa salariale relativa all'esclusività di rapporto.

Ma anche se questa rimanesse sul tavolo del prossimo contratto, non potendo il tabellare dei dirigenti sanitari essere diverso da quello del restante pubblico impiego, tali somme affluirebbero necessariamente nella parte variabile del salario.

Ciascuno di noi, insomma, perderebbe quello che già individualmente gli appartiene, per farlo affluire o sulle posizioni o sugli incentivi senza la certezza di poterlo ottenere nuovamente.

Il ministro ha chiesto alla categoria di rinunciare completamente alle richieste economiche per il prossimo contratto.

### ETÀ PENSIONABILE

**Proposta Sirchia** - Si va in pensione a 67 anni + 3 per esigente aziendali + 2 per attività di didattiche.

### Considerazioni conclusive

Tralasciando ogni considerazione generale relativa alla mancanza di etica sociale individuabile in alcune proposte, di inadeguatezza degli strumenti rispetto ai fini, di inconsistente fondamento delle garanzie economiche date a nome delle Regioni con le quali manca un accordo, ed attenendoci ad una visione strettamente categoriale, gli obiettivi irrinunciabili che la nostra associazione si propone oggi sono:

- la difesa del diritto individualmente oggi posseduto da tutti alla libera professione intramoenia;
- la difesa strenua, fino all'ultima lira, della indennità di esclusività di rapporto oggi percepita da ciascuno.

#### ARTICOLO 1

##### (Disciplina del rapporto di lavoro del personale medico)

**1.** Il rapporto di lavoro della dirigenza medica delle aziende sanitarie è unico e può essere a tempo pieno o a tempo parziale. I due rapporti, che si differenziano unicamente per il diverso impegno orario di servizio, sono fra di loro reversibili e consentono ambedue la direzione di strutture semplici e complesse.

**2.** Il dirigente medico a tempo pieno o a tempo parziale, fuori dall'impegno di servizio, svolge all'interno delle strutture aziendali attività libero-professionale, individuale o in equipe, sulla base del programma dell'azienda per la eliminazione delle liste di attesa riferite a prestazioni di urgenza, di cui all'accordo fra il Governo e le Regioni sancito dalla Conferenza Stato-Regioni in data 14 febbraio 2002. Le modalità di esercizio dell'attività e le tariffe professionali sono concordate dall'azienda con il medico, sentite le OO.SS. aziendali maggiormente rappresentative. Per l'attuazione di tale programma ciascun dirigente dovrà garantire un numero di ore di attività proporzionale all'effettivo impegno orario di servizio istituzionale. I compensi percepiti sono assimilati a reddito di lavoro dipendente.

**3.** Assicurati il volume di prestazioni ed il numero di ore di attività, individuali e dell'equipe di appartenenza, previsti dal programma dell'azienda per la eliminazione delle liste di attesa di cui al comma 2, il dirigente medico, fuori dall'impegno di servizio, può, altresì, svolgere ulteriore attività libero-professionale, individuale o in equipe, all'interno delle strutture aziendali nonché all'esterno delle strutture stesse per conto dell'azienda presso altre aziende e strutture, pubbliche e private non accreditate, a tal fine convenzionate con l'azienda, ivi compresi gli studi, singoli o associati, dei medici che svolgono attività di diagnostica strumentale, di radiologia, di laboratorio e di riabilitazione. I posti letto per l'attività libero-professionale devono essere ubicati in edifici, corpi, piani o reparti adeguati, separati e distinti da quelli ove si svolge l'attività di ricovero ordinario. Qualora l'azienda non provveda entro 6 mesi dall'entrata in vigore della presente legge a mettere a disposizione dei medici le strutture e gli spazi necessari per l'attività libero-professionale, i medici stessi sono autorizzati ad utilizzare a tali fini strutture private purché non accreditate. Le tariffe professionali e le modalità di esercizio delle attività libero-professionali, in regime di ricovero e non, ivi comprese quelle per assicurare all'azienda almeno il recupero di tutti gli oneri sostenuti, sono concordate dall'azienda stessa con il medico, sentite le OO.SS. aziendali maggiormente rappresentative. I compensi percepiti sono assimilati a reddito di lavoro dipendente.

**4.** Al dirigente medico è consentito anche l'esercizio di attività libero professionali in studi professionali privati o associati, nonché presso il domicilio del paziente o in strutture non accreditate, purché tali attività non siano prestate con rapporto di lavoro subordinato o equiparato al lavoro subordinato e non siano in contrasto con gli interessi ed i fini istituzionali dell'azienda. Le tariffe professionali sono assoggettate esclusivamente alle prescrizioni dell'Ordine professionale di appartenenza; le tariffe non possono, neanche in parte, essere posta a carico del Ssn.

Il passaggio del rapporto di lavoro da tempo pieno a quello

a tempo parziale e viceversa è disposto, a domanda, con le modalità stabilite dalla contrattazione collettiva nazionale.

#### ARTICOLO 2

##### (Disciplina del rapporto di lavoro delle altre professioni sanitarie)

**1.** Le disposizioni della presente legge si applicano, per quanto compatibili, a tutto il personale laureato del ruolo sanitario che, per la funzione svolta, debba essere in possesso di diploma di laurea di durata non inferiore a quattro anni, già assoggettato alle disposizioni del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, e successive modificazioni.

#### ARTICOLO 3

##### (Norma transitoria)

**1.** Fermo restando quanto previsto dall'articolo 1, comma 1, i rapporti di lavoro esclusivo e non esclusivo sono trasformati in rapporto di lavoro a tempo pieno; il rapporto di lavoro a tempo definito è trasformato in rapporto di lavoro a tempo parziale. La trasformazione dei rapporti non pregiudica il livello salariale in godimento fino alla stipula dei nuovi contratti collettivi di lavoro.

**2.** Fino alla stipula del primo contratto collettivo nazionale di lavoro il passaggio dal rapporto di lavoro a tempo pieno al rapporto di lavoro a tempo parziale è autorizzato dall'azienda tenendo conto dell'esigenze assistenziali. Al dirigente che passa dal rapporto di lavoro a tempo pieno al rapporto di lavoro a tempo parziale è attribuito il trattamento economico già previsto per il dirigente a tempo definito; ai dirigenti che passa dal rapporto a tempo parziale al rapporto a tempo pieno è attribuito il trattamento economico già previsto per il dirigente a rapporto esclusivo.

#### ARTICOLO 4

##### (Limite di età)

**1.** Fino al riordino della disciplina del sistema previdenziale per quanto concerne l'età pensionabile dei pubblici dipendenti, il limite massimo di età per il collocamento a riposo del personale medico del Servizio Sanitario Nazionale è stabilito al compimento del sessantasettesimo anno di età.

L'azienda può trattenere in servizio, di anno in anno e comunque non oltre il compimento del settantesimo anno di età, i dirigenti di struttura complessa. L'azienda può, altresì, concedere ai dirigenti di struttura complessa di rimanere in servizio fino al compimento dei settantaduesimo anno di età per le esigenze della formazione continua e della ricerca, con esclusione delle funzioni di assistenza.

#### ARTICOLO 5

**1.** Le disposizioni della presente legge costituiscono principi fondamentali ai sensi dell'articolo 117 della Costituzione e non incidono sul quadro finanziario complessivo delle risorse statali utilizzabili per finanziare la spesa sanitaria pubblica definito, per il triennio 2002-2004, dal punto 6 dell'Accordo tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano, sancito l'8 agosto 2001.

**2.** Sono abrogate tutte le disposizioni del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, e successive modificazioni incompatibili con le disposizioni della presente legge.

brevetto scaduto, con 58 nuovi principi attivi e 158 confezioni di riferimento. Sono stati aggiornati, al ribasso, anche i prezzi di alcuni medicinali a largo consumo. L'obiettivo della Regione è di limitare le spese farmaceutiche: il farmacista è tenuto a consegnare il farmaco con il costo minore e se il medico dovesse prescrivere la "non sostituibilità", o se l'assistito rifiutasse la sostituzione, il cittadino dovrà pagare la differenza tra il prezzo del medicinale e quello rimborsato dalla Regione.

## NO TICKET IN EMILIA

**N**on verrà imposto nessun ticket sulle medicine in Emilia Romagna, ma 98 farmaci dalla fascia A, gratuita, entreranno nella fascia C, a totale pagamento dei cittadini. Il provvedimento - hanno spiegato l'assessore regionale, Giovanni Bissoni, e il direttore dell'Agenzia sanitaria, Francesco Taroni - in vigore dal 15 aprile, servirà a mantenere la spesa

farmaceutica dell'Emilia Romagna entro il 14% del fondo sanitario regionale, con un risparmio di circa 200 mld di lire. In particolare, i farmaci a cambiare fascia saranno gli antidiarroeici, quelli per i problemi di digestione, molte pomate e colliri.

## CORSO TRAPIANTI A MATERA

**S**i è svolto lo scorso 16 aprile a Matera il corso nazio-

nale per coordinatori locali alla donazione e al prelievo di organi promosso dal ministero della Salute, in collaborazione con il Centro nazionale trapianti, il Centro per le donazioni e i trapianti della Basilicata e l'Università di Barcellona (Spagna). "L'iniziativa - ha spiegato il vicecoordinatore dei trapianti di organo per il Centro Sud, Vito Gaudiano - è finalizzata alla formazione di figure professionali capaci di coordinare tutte le fasi legate ai trapianti, gli aspetti clinici e le-

gislativi della donazione, e i rapporti con i familiari".

## GIORNATA DONAZIONI

**C**oncerti, dibattiti e incontri di sensibilizzazione sono stati organizzati dal 7 al 14 aprile in occasione delle "Giornate nazionali donazione e trapianto d'organi". In tutte le piazze d'Italia sono stati allestiti gazebo dove medici, volontari e pazienti rispondevano alle domande dei cittadini.

IL FORUM SANITÀ FUTURA A CERNOBBIO

# Ecm: un futuro troppo incerto

Relazioni e dibattito fanno emergere i temi irrisolti della formazione continua: assenza di finanziamento, ruolo marginale di Ordini e Associazioni professionali, incertezza sui poteri delle Regioni e, soprattutto, una grande carenza di offerta formativa per gli 800mila operatori coinvolti. Intanto il ministro Sirchia ripropone la "ricertificazione" professionale, criticata già dalle associazioni mediche europee

Un confronto tra chi opera nel mondo della sanità e soprattutto tra chi si occupa degli aspetti organizzativi e manageriali di questo universo. Era lo scopo dell'incontro di Cernobbio, tenutosi dal 15 al 18 aprile scorsi e dedicato a "I progetti che cambieranno la sanità italiana", titolo di questa seconda edizione che ha visto la presenza di 185 espositori e di oltre 6.000 visitatori, con ben 280 relatori che si sono alternati in conferenze, incontri e workshop.

Il primo elemento in evidenza è legato alle novità proposte dall'informatica, come dimostra anche la presenza nella giornata inaugurale accanto a Girolamo Sirchia, ministro della Salute, di Lucio Stanca, ministro dell'Innovazione tecnologica. Mentre Sirchia illustrava le linee del Piano sanitario nazionale, Stanca ha presentato il progetto "e-Health" che prevede la creazione di una rete telematica attraverso la quale mettere in comunicazione l'intero sistema sanitario, dando possibilità agli operatori di scambiarsi informazioni e strumenti conoscitivi e ai cittadini di entrare più facilmente in contatto con le strutture. Un progetto complesso e che richiederà senz'altro tempi di realizzazione piuttosto lunghi, ma che trova riscontro in molte iniziative in via di realizzazione e presentate negli stand di Cernobbio, rivolte proprio a mettere in comunicazione tra loro i segmenti di reti telematiche già attivi in alcune aziende sanitarie.

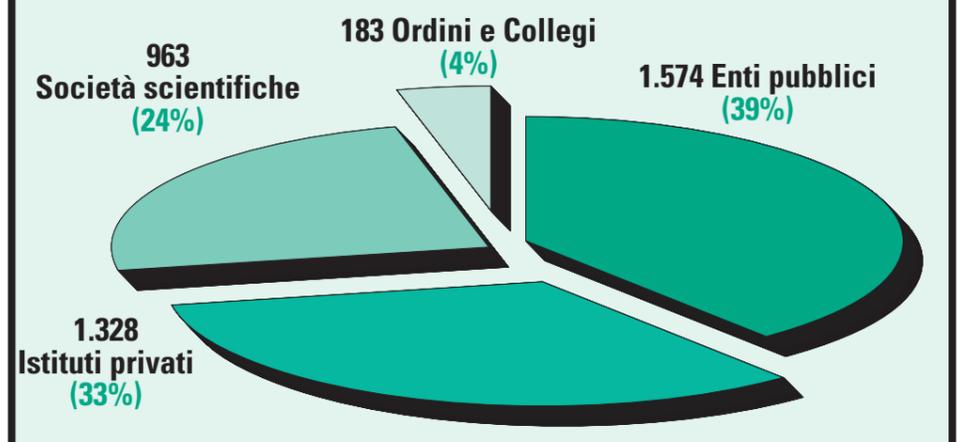
Vero fulcro dell'interesse generale è stato però il programma di Ecm, che dal 1° gennaio è ormai entrato nella fase attuativa. In un messaggio video registrato il ministro Sirchia ha spiegato che "il credito formativo sarà utilizzato per rinnovare la licenza professionale, partecipare a concorsi e ottenere nuovi incarichi". Sulla funzione dei crediti Ecm per il rinnovo della licenza professionale, che era stato già proposto da Sirchia nei mesi scorsi, la segreteria nazionale dell'Anaa Assomed aveva espresso parere contrario, trovandosi in sintonia con le posizioni espresse da molte associazioni professionali europee. Il sistema proposto dal ministro, infatti, esiste attualmente soltanto in Olanda mentre è in discussione in Irlanda e in Gran Bretagna, paesi in cui però non esiste un sistema di certificazione professionale garantito dallo Stato equivalente a quello che da noi è il diploma di specializzazione rilasciato dalle Università. Inoltre, sia il Comitato permanente dei medici europei (Cpme) che l'Unione europea dei medici

specialisti (Uems) avevano recentemente prodotto documenti in cui si sottolineava come il sistema Ecm, per produrre gli effetti desiderati, dovesse essere proposto ai medici in positivo e non come metodo di controllo, potenzialmente punitivo. Negli stessi documenti si sottolineava come l'applicazione della ricertificazione/rivalidazione si mostri poco utile ad individuare, ed "eliminare", medici incompetenti o che esercitano la professione al di sotto di standard accettabili.

Tornando a Cernobbio, seguitissima è stata la relazione del vicepresidente della Commissione nazionale Ecm, Raffaele D'Ari, che ha fornito un quadro della situazione attuale. Nella fase sperimentale i providers, cioè gli organizzatori, che hanno presentato proposte alla Commissione, sono stati in tutto 2.870, con un'offerta complessiva di 14.381 eventi, 8.306 dei quali hanno ottenuto l'accREDITAMENTO. Per la successiva fase, limitata agli eventi residenziali, gli aspiranti providers sono stati invece 4.048, come si vede nella tabella che pubblichiamo sotto. D'Ari non ha sorvolato sulle difficoltà ancora da superare nella realizzazione del progetto Ecm: in particolare quella derivante dalla modifica in senso federalista della Costituzione che oggi definisce la formazione come "materia concorrente" tra Stato e Regioni, assegnando dunque all'autorità centrale il compito di fornire linee di indirizzo e lasciando ai governi regionali i compiti di attuazione, organizzazione e gestione. Una questione aperta, sollevata anche dal presidente della Fnomceo e membro della Commissione Ecm, Giuseppe Del Barone, che ha chiesto un chiarimento urgente con la Conferenza Stato-Regioni, in merito al documento del 20 dicembre scorso che sembra voler assegnare un ruolo marginale agli Ordini e ai Collegi professionali nella fase di accREDITAMENTO. "Non possiamo accettare questa forma di ostracismo. - ha affermato Del Barone - Governo, Parlamento e ministro della Salute devono dirci, con estrema chiarezza, se Ordini e Collegi devono o no continuare a svolgere il ruolo di garanti della qualità professionale dei loro iscritti nell'interesse della salute dei cittadini".

Intanto la Commissione nazionale, che con il decreto legge 8/2002 è stata portata da 13 a 30 membri inserendo rappresentanti delle Regioni e delle diverse professioni sanitarie, ha un fitto programma di lavoro.

## La torta dell'Ecm Chi ha richiesto l'accREDITAMENTO



Nei prossimi mesi si dovrà infatti procedere alla messa a punto dei programmi di formazione intra-aziendale e a distanza, alla definizione dei controlli per la qualità e soprattutto stabilire le regole per il passaggio dall'accREDITAMENTO dei singoli eventi formativi all'accREDITAMENTO dei providers. Altra questione rilevante in agenda quella annunciata dal ministro Sirchia, ovvero l'utilizzo dei crediti per gli esami di abilitazione professionale, per il mantenimento della "licenza" ad esercitare la professione e per i progressi di carriera. Il segretario Nazionale dell'Anaa Assomed, Serafino Zucchelli, nel suo intervento ha messo in risalto il punto più delicato tra quelli ancora in attesa di soluzione: i finanziamenti. «Il problema dei costi sia diretti che indiretti - ha infatti affermato - è rimasto insoluto. Per i primi esiste uno stanziamento previsto nell'accordo Stato Regioni che ritengo assolutamente insufficiente e pertanto necessita di un ulteriore impegno senza il quale è impossibile programmare la formazione degli 800 mila operatori del settore. Quanto ai costi indiretti, mi chiedo, chi rimarrebbe sul posto di lavoro se ognuno di questi operatori utilizzasse le 4 ore di formazione settimanale previste dal contratto? A questi interrogativi i livelli istituzionali non sono ancora in grado di dare adeguate soluzioni. E come se non bastasse il clima di confusione in cui ci si muove - ha proseguito Zucchelli - assistiamo, in questa fase, ad un bisticcio tra i compiti delle Regioni e quelli della Commissione Nazionale che argomenta e decide come se le Regioni non fossero coinvolte in questo programma. È necessario, quindi, - ha suggerito Zucchelli - delineare un processo che definisca gli ambiti di azione di tutti i soggetti coinvolti. E tra questi non dobbiamo dimenticare gli ordini e le associazioni. Nonostante infatti il sito del ministero della salute dedicato all'Ecm li menzioni ripetutamente quali protagonisti, in realtà il loro

coinvolgimento è pari a zero!» E proprio da Zucchelli arriva una proposta concreta per dare maggiore spazio ai medici e per evitare che siano ignorati, sfruttando appieno gli strumenti già messi a disposizione dalla normativa in vigore. La formazione aziendale - è la proposta - deve trovare il suo centro nel dipartimento sia nella gestione che nella pianificazione, perché è quello il luogo in cui possiamo conoscere le reali esigenze formative.

L'ultima considerazione del suo intervento Zucchelli l'ha riservata alle "minacce" del ministro di non convalidare l'esame di stato nel caso in cui non si maturino i crediti richiesti. "Voglio ricordare al ministro che esiste una legge - il decreto legislativo 229 - che rinvia al contratto di lavoro la decisione circa le penalizzazioni per chi non assolve il compito della formazione. E comunque ci opporremo in tutti i modi nel caso fossero introdotte sanzioni che non rispettino i vincoli imposti dalle leggi".

Ma a Cernobbio si è discusso anche di ricerca, in un dibattito guidato dal sottosegretario Antonio Guidi che si è mostrato particolarmente sensibile alle richieste dei ricercatori sottolineando la necessità di un maggiore impegno anche finanziario nel settore della ricerca. Il dibattito sul rapporto tra comunicazione e salute, è stato invece presieduto dal sottosegretario Cesare Corsi che ha annunciato le prossime campagne di educazione sanitaria del ministero sui corretti stili di vita, campagne che, secondo quanto previsto dal collegato alla Finanziaria in discussione al Parlamento, dovrebbero essere finanziate da aziende private con lo scopo di averne un positivo "ritorno di immagine". Corsi ha inoltre avanzato una proposta in controtendenza, dal sapore un po' antico: rilanciare la medicina scolastica come canale privilegiato per attuare prevenzione ed educazione dei giovani cittadini agli stili di vita sani. (E. A.)

## Fiaso e Federsanità annunciano la fusione

Insieme rappresentano almeno 245 aziende sanitarie e ospedaliere, sulle 300 esistenti. L'avvio del processo di fusione tra le due organizzazioni, annunciato a Cernobbio dai presidenti Stefano Rossattini (Fiaso) e Giuseppe Fioroni (Federsanità Anci), mira così a creare una rappresentanza unica e autorevole, che possa essere interlocutore delle Regioni e del Governo nella definizione delle linee di politica sanitaria.

INTERVISTA A MAURO SALIZZONI, DIRETTORE DELL'UNITÀ OPERATIVA DEI TRAPIANTI AZIENDA MOLINETTE DI TORINO

## Quando la "libertà medica" è preoccupante

*"Si rischia di tornare indietro, a quando il primario in ospedale non c'era mai".*

*Le riflessioni sul progetto del ministro Sirchia di un professionista conosciuto in tutta Europa, che sogna di poter fare davvero l'intramoenia in azienda*

di Eva Antoniotti

Mauro Salizzoni ha 53 anni, è direttore dell'Unità Operativa dei Trapianti nell'Azienda S. Giovanni Battista di Torino, più conosciuta come Molinette, e componente del Consiglio Superiore di Sanità. La sua attività professionale vanta la più alta casistica di trapianti di fegato in Italia e la migliore sopravvivenza; per questo, il team da lui diretto - che ha raggiunto il traguardo di mille interventi - è considerato il primo in Europa. Ha avuto una lunga esperienza all'estero, in particolare a Parigi e a Bruxelles, sempre occupandosi di trapianto di fegato nell'adulto e nel bambino. Interessante, e nello stesso tempo curioso dal punto di vista professionale, il suo training in Vietnam dove ha perfezionato la tecnica della digitoclasia negli interventi al fegato.

Ma Salizzoni è anche un professionista attento ai problemi dell'organizzazione sanitaria, e iscritto da lungo tempo all'Anaa Assomed. Oggi si dichiara "stupefatto" del progetto presentato dal ministro Sirchia sul rapporto di lavoro dei medici del Ssn.

**Professor Salizzoni, si vogliono cambiare ancora una volta le regole della libera professione, in nome della libertà medica. Si tratta davvero di una difesa della libertà?**

Mi ha molto colpito l'intervista ad un collega che, dopo una spiegazione più o meno plausibile, ha concluso in un modo stupefacente dicendo "alla fine riacquistiamo la libertà di fare quel che vogliamo". Se la cosiddetta libertà medica è questo allora sono molto, molto preoccupato. Sono vecchio abbastanza per ricordare i tempi in cui effettivamente si facevano le cose che si volevano, quando era raro trovare in ospedale i direttori di cattedra o i primari e dunque era difficile combinare alcunché, perché tutto veniva rimandato al giorno dopo. Ricordo anche quando per poter parlare al proprio direttore bisognava prendere un appuntamento non nel suo studio in ospedale, ma in casa di cura privata. Non vorrei che questa libertà medica prelude ad un ritorno a quei tempi.

**Lei pensa che un medico possa fare il tempo pieno in ospedale e poi fare ancora molte altre attività fuori?**

Sicuramente no. Forse può succedere per alcune specialità non troppo coinvolgenti, ma anche lì è tutto da discutere, considerate anche le liste d'attesa che

ci sono nei reparti specialistici. Per quanto riguarda le attività che io conosco, quelle chirurgiche, credo che questo sia assolutamente improponibile, perché l'impegno in ospedale se fatto seriamente prende tutto il tempo e a volte non bastano le otto ore. Anche lasciando da parte le alte chirurgie, mi è difficile pensare ad esempio come un chirurgo generale, che faccia una chirurgia digestiva, addominale, possa seguire una corsia di quaranta letti e poi assentarsi al pomeriggio per andare in casa di cura. Oltretutto immagino che in casa di cura andrà presumibilmente per operare: chi segue quel paziente operato? I casi sono due: o fuori dall'ospedale opera casi banali, e allora non si capisce perché le banalità che rendano debbano essere fatte fuori e non in ospedale, oppure se opera casi seri, come un colon difficile o uno stomaco difficile, per non parlare poi di un fegato, di un pancreas, non vedo come questo chirurgo possa seguire costantemente il paziente privato avendo anche la sua attività in ospedale. La libera professione esterna è improponibile, a mio parere, in particolare per chi ha delle responsabilità all'interno dell'ospedale. Sono un difensore ad oltranza del tempo pieno, ma ho sempre sostenuto che debba partire dall'alto: io comincerei col mettere il tempo pieno obbligatorio per i primari, o direttori di struttura come si chiamano ora.

**Ma la legge, così com'è ancora in questo momento, andava bene o aveva comunque bisogno di qualche correzione?**

Credo che la legge sull'esclusività abbia rappresentato un enorme passo avanti sul piano concettuale, ma c'è an-

cora da fare per perfezionarne l'attuazione. Non mi convince ad esempio l'attività intramoenia fatta all'esterno, che nella sostanza lascia le cose a com'erano prima della legge, anche se consente almeno un controllo dell'attività. Il controllo è essenziale: in ospedale una cosa non può essere fatta senza che altri sappiano, perché c'è interdipendenza tra le varie specialità, e questa è una regola di sicurezza. Io verifico ancora che le stupidaggini chirurgiche più grosse sono quelle che vengono fatte in casa di cura senza nessun controllo. L'attività fatta in ospedale se non altro, oltre ad essere calmierata nelle tariffe, ha il controllo di tutto su tutti. La vera soluzione è fare intramoenia dentro gli ospedali, che è quello che si vede fare in tutta Europa. Conosco bene gli ospedali europei, in particolare quelli francesi e quelli belgi: è inconcepibile che il direttore, o anche il chirurgo di punta, nel pomeriggio si assenti per andare da un'altra parte. È possibile semmai che ogni tanto operino un

malato "privato", ma lo operano esattamente nella stessa sala operatoria dove vengono operati tutti gli altri, con gli stessi metodi e con gli stessi criteri.

**La libera professione può essere uno strumento valido per ridurre le liste d'attesa?**

Ho avuto modo di sentire il discorso di Sirchia proprio qui alle Molinette e mi ha lasciato parecchio perplesso. In sostanza lui dice: favoriamo l'intramoenia e chi la fa deve anche lavorare per garantire l'accorciamento delle liste d'attesa. Se però lo stesso medico può anche svolgere la libera professione esterna all'azienda c'è una contraddizione: se il paziente trova la lista d'attesa in ospedale, più facilmente andrà fuori, a pagamento. Perché dovrei preferire di operare a 60mila lire l'ora piuttosto che a 30 milioni ad intervento? Come si convinceranno i medici a lavorare per l'intramoenia?

**Quali sono i problemi più gravi ancora irrisolti per un medico ospedaliero?**

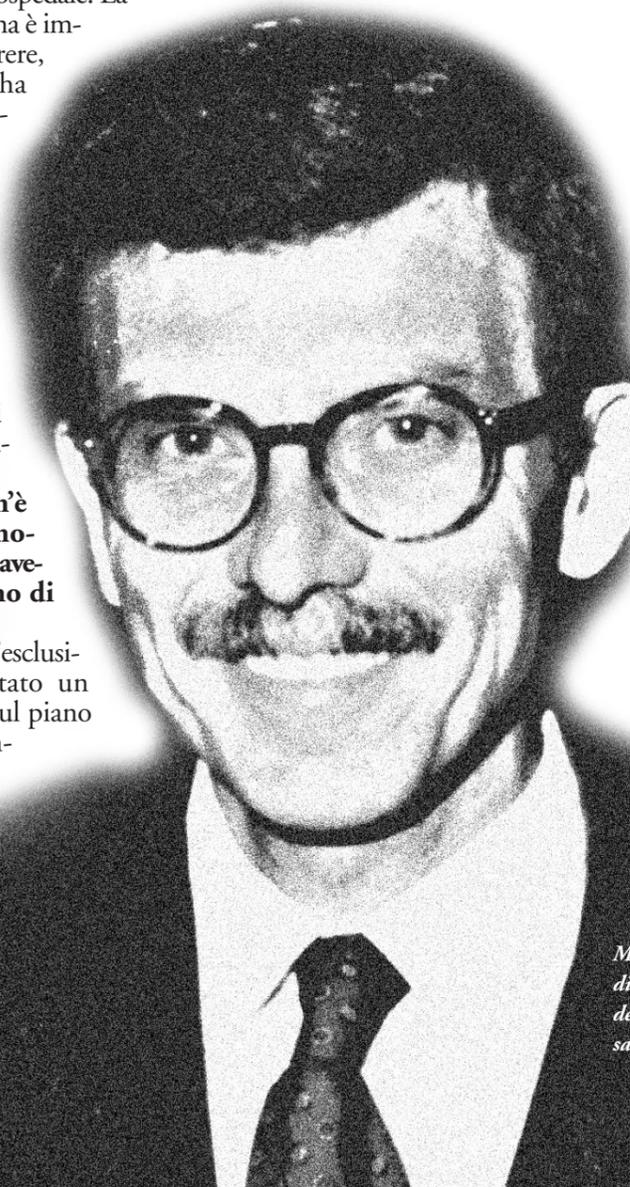
A volte si ha un senso di impotenza, perché mancano risorse umane e mezzi materiali. Far funzionare un reparto con il personale infermieristico ridotto della metà rispetto all'anno passato, quando era già scarso, è davvero un'impresa dura. Non metterei in prima linea invece il problema della retribuzione: non è che sia ideale, ma non siamo poi così lontani dai livelli europei. Ho conservato molte amicizie negli ospedali europei in cui ho lavorato e vedo che i nostri stipendi non sono lontanissimi da quelli di un medico belga o di un medico francese.

**Si parla di sviluppare molto la contrattazione regionale, fino ad arrivare a veri e propri contratti regionali. Le sembra una strada che potrebbe dare risultati positivi?**

Se volessi staccare definitivamente il Sud dal resto d'Italia le direi di sì. Se si arriverà a questo, infatti, le regioni ricche potranno pagare di più i loro medici e le altre li pagheranno meno: questo aumenterà sempre più la distanza. Ciò non vuol dire che tutti i medici debbano prendere lo stesso stipendio: posso capire, ad esempio, chi pensa ad una differenziazione tra un chirurgo che opera appendici ed ernie e un chirurgo cardiaco o che comunque fa chirurgia di alto livello, estremamente impegnativa e responsabilizzante. In questo caso potrebbero essere fatte alcune differenze, o meglio potrebbero essere dati degli incentivi maggiori a chi ha più carichi.

**Si parla da anni di razionalizzazione della rete ospedaliera ed incremento della medicina territoriale. Perché è così difficile realizzare questi propositi?**

Purtroppo tra l'ospedale e il medico di famiglia ancora c'è quasi niente. E così i cittadini si rivolgono sempre più spesso al pronto soccorso. D'altra parte se devo pagare per una visita domiciliare, non è meglio che mi rivolga al pronto soccorso, dove mi fanno anche gli accertamenti?



Mauro Salizzoni,  
direttore dell'Unità Operativa  
dei Trapianti Azienda  
sanitaria Molinette di Torino



# Campania

LA SANITÀ NELLA REGIONE CAMPANIA

## Primo obiettivo: il nuovo Piano sanitario regionale

LA SANITÀ CAMPANA È VENUTA SU DISORDINATA, CON CARENZE GRAVI E SPRECHI INACCETTABILI. TROPPO SPESSO I TENTATIVI

DI RIORGANIZZARLA, A COMINCIARE DALLA RETE OSPEDALIERA, SONO RIMASTI PROGETTI O PROVVEDIMENTI INATTUATI.

ORA LA SCOMMESSA È CHE IL PIANO SANITARIO REGIONALE 2002-2004 SIA LA BASE PER UN AUTENTICO RISANAMENTO, CON UN MODELLO FONDATO SUI DISTRETTI. E GLI OSPEDALI?

di Eva Antoniotti

La più popolosa regione del Sud, indicata spesso come paradigma di tutti i mali della sanità meridionale. La Campania è certamente una realtà difficile, ma anche una regione viva dalla quale arrivano impulsi e stimoli. Così, nell'attuale quadro federalista della sanità, gli amministratori campani sono stati in prima fila nel richiedere una revisione dei criteri di ripartizione del Fondo sanitario nazionale, insistendo perché venissero introdotti anche coefficienti capaci di tener conto di quanto il disagio sociale pesi sul sistema sanitario anche in termini di costi. Tuttavia, malgrado i cronici problemi di bilancio, oggi sembra che in Campania non saranno reintrodotti i ticket sui farmaci, mentre si punta piuttosto sui risparmi derivanti dalla distribuzione diretta attraverso le strutture del Ssn. Il problema più grande sembra essere comunque quello di una mancanza di programmazione e di governo centrale, che ha lasciato crescere il sistema sanitario regionale in modo disordinato, con carenze, soprattutto nelle aree delle province, e sovrapposizioni inutili nella città di Napoli. E con una quota importante affidata alla sanità privata, sia a quella accreditata (ancora oggi oltre il 30% dei posti letto è nelle strutture convenzionate) sia a quella che non ha neanche un rapporto di convenienza con il sistema pubblico (la Regione Campania è stata costretta, ad esempio, a prorogare la possibilità di ricorso all'assistenza indiretta per non lasciare senza prestazioni i cittadini, e in particolare gli emodializzati). Un intervento serio in questa situazione deve necessariamente fondarsi sull'approvazione di un nuovo Piano sanitario regionale, che fissi le linee di indirizzo, visto che l'ultimo, relativo al 1997-99, non è mai davvero decollato. E l'amministrazione guidata da Antonio Bassolino sembra fermamente intenzionata ad arrivare a questo risultato, malgrado la crisi che l'ha investita negli ultimi mesi e che ha prodotto anche un passaggio di consegne nella guida dell'assessorato alla Sanità, guidato prima da Teresa Armato ed ora da Rosalba Tufano, medico ginecologo. La bozza del nuovo Psr, messa a punto in collaborazione con l'Arsan, è stata già approvata dalla V Commissione Consiliare e do-

vrebbe a breve essere condotta alla discussione in Consiglio regionale. Si tratta di un progetto che punta molto sulla valorizzazione dei distretti, individuati come luogo di governo della domanda di salute, e sulla creazione di un sistema informativo regionale efficiente, che consenta un costante monitoraggio della sanità campana e dunque anche una razionalizzazione nell'impiego delle risorse. Come si legge nell'intervista al segretario regionale dell'Anao-Assomed, Carlo Melchionna, il timore è che in questo quadro non si riservi sufficiente attenzione alla realtà ospedaliera.

### AZIENDE ASL

Le 13 Aziende sanitarie campane hanno dimensioni molto diverse, compresa la situazione eccezionale di Napoli 1, che corrisponde all'intera area urbana della città capoluogo ed ha dunque oltre un milione di utenti. Le linee guida per l'emanazione dell'atto aziendale (D.G.R.C. n.1364 del 30/03/2001) suggeriscono di articolare le aziende in distretti che corrispondano il più possibile alle dimensioni ottimali indicate in 60.000 abitanti, anche procedendo ad una ricomposizione degli ambiti. La bozza del nuovo Psr assegna un ruolo cruciale alla creazione dei Centri di prenotazione unificata (Cup), ancora non presenti ovunque.

### AZIENDE OSPEDALIERE

È prevista la definizione di un piano di revisione della rete ospedaliera che dovrebbe avvenire entro sei mesi dall'entrata in vigore del Psr. Si ipotizza un contenimento del numero di posti letto, in favore di un maggiore ricorso al day-surgery. In Campania il fenomeno della migrazione sanitaria è inferiore a quanto si rileva in altre regioni del Sud: nel 1999 il 7,3% dei ricoveri di cittadini campani è avvenuto in strutture ospedaliere extraregionali.

### ASSISTENZA TERRITORIALE

Attualmente i distretti esistenti sono 113, di dimensioni assai variabili. Al distretto il Psr in discussione assegna un ruolo centrale individuandolo come "lo snodo fondamentale del processo assi-

stenziale: rappresenta il momento intermedio attivo di valutazione della domanda, presa in carico del bisogno espresso, orientamento verso l'offerta, modulazione dell'offerta in termini di rapporto efficacia/costi, verifica e controllo". L'obiettivo ipotizzato è quello di far crescere le capacità di risposta assistenziale sul territorio, e quindi nel distretto, riportando in ambiti di appropriatezza le risposte fornite attraverso l'ospedale.

### APPROPRIATEZZA

Entro il 31 maggio prossimo la Commissione tecnica istituita dall'amministrazione regionale dovrebbe rendere noto l'elenco delle prestazioni erogabili dal servizio sanitario regionale, individuate tra quelle degli allegati 2B (prestazioni erogabili solo secondo specifiche indicazioni cliniche) e 2C (prestazioni ad alto rischio di inappropriatazza) del Dpcm sui livelli essenziali di assistenza.

### PIANO SANITARIO REGIONALE

Il Piano sanitario regionale 2002-2004 è all'esame del Consiglio regionale e se ne prevede l'approvazione nei prossimi mesi. La bozza, approvata dalla V Commissione consiliare, individua come principi del piano l'universalità di accesso, l'eguaglianza nell'accessibilità e la condivisione del rischio finanziario, ovvero la garanzia che "il contributo individuale sia indipendente dal rischio di malattia e dai servizi ricevuti, ma determinato esclusivamente dalla capacità contributiva".

## LA SANITÀ CAMPANA IN CIFRE

Popolazione: 5.794.739 abitanti

Asl, Aziende per i servizi sanitari: 13

Aziende Ospedaliere: 9

Medici dipendenti del Ssn: 9.500 circa

Medici in convenzione: medici di medicina generale 5.000 circa; pediatri 1.000 circa; specialisti convenzionati 1.200 circa

# Integrare ospedale e territorio, per non sprecare le risorse

**INTERVISTA A CARLO MELCHIONNA, SEGRETARIO REGIONALE ANAAO-ASSOMED PER LA CAMPANIA**

**Dottor Melchionna, la Campania è una realtà difficile. Qual è la prima emergenza?**

In effetti, tutto è grave. Ma la cosa più grave è che non abbiamo un Psr e questo comporta grosse difficoltà organizzative. Per esempio abbiamo solo una parziale applicazione dell'articolo 20 sulla ristrutturazione degli ospedali, visto che non c'è un piano definito: finora abbiamo utilizzato soltanto il primo triennio, ma entro la fine dell'anno dovremmo avviare la seconda triennalità. Anche l'applicazione del contratto è quasi zero, perché, non avendo il Psr, non si sono potuti avviare i piani attuativi da parte delle Asl. Insomma, una situazione catastrofica.

**Ma ora il Psr dovrebbe essere pronto.**

È sempre pronto, o meglio sembra che sia pronto. Avevamo un piano ospedaliero, fatto dall'assessore

Calabrò durante la gestione del Polo nel '97-'98, che però è decaduto perché prevedeva che entro 180 giorni doveva seguire il Psr. Per una serie di circostanze, c'è stato anche il ribaltone, e siamo rimasti a questo piano ospedaliero che però non è mai decollato.

**Lei pensa che anche il Psr attuale non si tradurrà in fatti concreti?**

Attualmente c'è solo un Piano elaborato dalla quinta Commissione, che però non è stato approvato. Il lavoro fatto dalla Commissione in collaborazione con l'Arsan ancora non è stato approvato in consiglio, quindi è una bozza.

**Ma, nei contenuti, la bozza le sembra che vada bene?**

Absolutamente no. È troppo spostato sul piano sociale. Il Psr dovrebbe sì rispettare il distretto, perché

di fatto avevamo dato poco spazio al distretto negli anni precedenti, però dovrebbe esserci maggiore integrazione tra ospedale e territorio, che invece nel Piano non si vede, non si evince. Temo che si finisca per restare nella situazione attuale, con il distretto da una parte e l'ospedale dall'altra e con delle conseguenze gravi: mancanza di controlli, doppioni nelle visite, sovrapposizione dei protocolli. Attraverso l'integrazione tra ospedale e territorio, invece, potremmo abbattere almeno del 30% le spese.

**Ci può descrivere, per grandi linee, la situazione ospedaliera?**

Torniamo ancora alla mancanza del Piano sanitario regionale. Nel '95 l'assessore Santangelo aveva proposto un piano di riordino, che avrebbe fatto scendere il livello a 5,5 posti letto per mille abitanti. Questa legge rimase bloccata, sempre perché avrebbe dovuto essere inserita sempre in un Psr regionale complessivo, nel quale programmare l'integrazione e la distribuzione tra attività territoriale, ambulatoriale e ospedaliera. La situazione è che è stato ridotto il numero di posti letto, secondo quanto previsto dalla legge Santangelo, ma continua a mancare la programmazione. Per fare un esempio: Napoli 1, che comprende 1.100.000 abitanti, ha ben dieci ospedali e dieci distretti e dovrebbe dunque "tagliare" circa mille posti letto. Ma fino a quando non si decide quali ospedali mantenere, quali chiudere, quali trasformare ovviamente nessuno si muove. Il risultato è che sono tutti aperti, tutti col pronto soccorso, ma nessuno si sogna di aprire nuovi reparti, che pure sarebbero necessari, perché magari domani potrebbe essere chiuso. Sono assurdità, come quella del 118.

**Qual è il problema del 118?**

Sulla carta esiste, ma di fatto non è così. Se si chiama il 118, l'ambulanza arriva e porta il paziente nell'ospedale più vicino, ma senza sapere se in quell'ospedale c'è davvero la possibilità di curarlo perché manca una rete, un sistema di coordinamento.

**Ma i posti letto in ospedale sono sufficienti o eccedenti?**

Estrapolando i posti letto nel privato accreditato sono certamente inferiori. Ma il conto è difficile da fare perché noi abbiamo circa il 35% dei posti letto occupati dal settore convenzionato, quindi non possiamo dare una risposta precisa.

**Quali sono i rapporti del sindacato con l'assessorato alla Sanità campana?**

Abbiamo aperto una trattativa con l'assessorato sui fondi aggiuntivi di risultato, ovvero finalizzati all'abbattimento delle liste d'attesa, al miglioramento dei percorsi terapeutici e così via. Ma a causa della crisi regionale interna, che ha bloccato i lavori dal luglio scorso, probabilmente si resterà fermi fino a maggio. Oltretutto, mi risulta che proprio nei giorni scorsi Bassolino abbia bocciato i piani attuativi per Napoli 1, proposti dal nuovo assessore Tufano: un atto inconsueto che mostra come non ci sia accordo tra assessore e presidente della Regione.

**State pensando a cosa succederà se si arriverà alla regionalizzazione dei contratti?**

Ci stiamo pensando e tremiamo. Come regioni del Sud siamo stati sempre penalizzati, perché il nostro reale fabbisogno non è stato ben valutato anche nella precedente distribuzione. Così la quota capitaria, sia pure rivalutata, continua ad essere molto diversa, ad esempio, tra la Campania e il Veneto. È per questo che per noi sarà molto difficile condurre una trattativa decentrata a livello regionale.

**INTERVISTA A NORBERTO CAU, DIRIGENTE DELL'ASSESSORATO ALLA SANITÀ DELLA REGIONE CAMPANIA**

## "Per governare la nostra sanità ci vogliono i distretti"

**Direttore, l'ultimo Piano sanitario regionale approvato in Campania è quello 1997-99, ma ora è pronto il nuovo Piano 2002-2004. Pensa che potrà essere approvato in tempi brevi?**

Certamente sarà approvato entro quest'anno.

**Quali sono gli elementi del nuovo Piano che ritiene essenziali?**

Ciò che più conta è l'enfasi data al governo distrettuale della sanità campana. Essenziale, e urgente, è poi la revisione della rete ospedaliera, messa in connessione con il governo e il controllo della spesa nonché con l'appropriatezza dell'uso dell'ospedale e delle prestazioni. Diamo molta importanza, inoltre, al capitolo del Piano dedicato a qualità, formazione e ricerca.

**Dunque pensate soprattutto ad uno sviluppo del territorio attraverso i distretti. Non si corre il rischio di trascurare le realtà ospedaliere e di mantenere una sostanziale incomunicabilità tra i due livelli?**

Al contrario. La filosofia di questo Piano sanitario regionale è che il distretto deve governare la domanda, anche ospedaliera, di prestazioni, determinandola in base ai veri bisogni di salute che nascono dal territorio e non in rapporto all'offerta di prestazioni determinate autonomamente dall'ospedale, e indirizzandola in modo appropriato e non indiscriminato.

**Qual è la situazione della rete ospedaliera campana? Sarà necessario tagliare altri posti letto?**

In assoluto non sarà necessario, perché la Campania ha un rapporto di 4,2 posti letto per mille abitanti (comprensivo dei privati e della riabilitazione) nettamente al di sotto degli standard nazionali e di legge, in particolare dalla recente L. 405/01. Ma ci sarà bisogno di chiudere posti letto nella città di Napoli, dove invece siamo oltre il 5 per mille, e di crearne di nuovi in provincia, dove c'è una carenza estrema,

specialmente in quella di Napoli.

**Con quali strumenti interverrete per far quadrare i conti di una Regione perennemente in rosso in materia di sanità?**

Siamo già intervenuti nel 2001 con una serie di provvedimenti che hanno inciso su tutti i principali fattori di costo: farmaceutica, beni e servizi e tetti economici per i soggetti privati accreditati. I risultati sono positivi, visto che i costi per tali settori stanno dimostrando un notevole rallentamento nell'aumento, quando non addirittura una riduzione. Inoltre abbiamo condotto a livello nazionale una battaglia vincente per aumentare i ricavi, ovvero i denari a disposizione della sanità regionale, dal momento che i vecchi criteri di riparto del Fsn penalizzavano fortemente le regioni del Sud e quindi anche la Campania.

Quindi, tra maggiori ricavi da una parte e minori costi dall'altra pensiamo di riuscire se non proprio a far quadrare del tutto i conti, almeno, sicuramente ad invertire decisamente il trend, che comunque nel 2001 è stato già decisamente migliore rispetto al 2000.

**La Campania chiede da tempo una modifica dei criteri di riparto del Fsn. Perché?**

Ci sono due elementi su cui riteniamo urgente un cambiamento: innanzi tutto occorre esplicitare gli indicatori socio-economici, ovvero il peso di povertà relativa; in secondo luogo è necessario intervenire per definire una tariffa convenzionale per i ricoveri fuori regione, che tenga conto del costo marginale che questi determinano nell'ambito dell'attività complessiva delle strutture ospitanti.

Non si può ignorare che nel mezzogiorno una persona su 4 è sotto la soglia di povertà mentre nel Nord solo 1 su 25 e nel Centro 1 su 20. Questo comporta, come dimostrano numerosi studi, sia una maggiore probabilità di malattia in questa fascia di popolazione, sia un maggior ricorso al servizio pubblico.



# Valle d'Aosta

LA SANITÀ NELLA REGIONE VALLE D'AOSTA

## Laicismo e appropriatezza per vincere la sfida dell'efficienza

di Maria Gullo

UNA VISIONE LAICA DEL RAPPORTO PUBBLICO-PRIVATO, CHE PRIVILEGIA ESCLUSIVAMENTE LA TUTELA DEL FABBISOGNO DI SALUTE E LA QUALITÀ. E VEDE NELL'ULTERIORE POTENZIAMENTO DI UNA MEDICINA DISTRETTUALE GIÀ ALL'AVANGUARDIA E, NELL'APPROPRIATEZZA E NELLA REGOLAMENTAZIONE DEI SERVIZI EROGATI GLI UNICI STRUMENTI CON CUI COMBATTERE LA SFIDA PER L'EFFICIENZA DEL SISTEMA.

**L**e cifre parlano da sole. Nel servizio sanitario regionale valdostano sono disponibili 19,1 medici e ben 66,3 infermieri ogni 10mila abitanti, contro una media nazionale, rispettivamente, dell'11,5 e del 34,1: in sostanza quasi il doppio delle presenze. Dato confermato dal totale del personale del servizio sanitario che arriva a 147,9 dipendenti ogni 100mila abitanti a fronte dei 72,8 della media del Paese. Con una retribuzione, pare, superiore alla media italiana per tutte le categorie professionali.

Una regione, la Valle d'Aosta, che ha deciso di fondare tutta la ristrutturazione del proprio sistema sanitario sull'analisi puntuale del fabbisogno della popolazione, definendo le reali necessità di salute sul territorio, e facendo da qui derivare poi tutte le scelte programmatiche.

Un'impostazione molto schematica, ma leggibile, con obiettivi chiaramente esplicitati che non permettano in alcun modo di nascondersi o di dare adito ad ambiguità nelle scelte. Una posizione basata sulla funzionalità, per una gestione chiara e trasparente della politica per la salute, perseguita con coerenza già dal precedente Piano sanitario regionale.

Una linea di pensiero, quella delle istituzioni regionali valdostane che non permette di sbilanciarsi troppo a favore di logiche liberiste o meno, così saldamente ancorata alla realtà del fabbisogno.

Del resto non era uscita benissimo questa piccola regione dal rapporto "Prometeo" 2001 sulla sanità italiana, in merito al numero di morti evitabili per carenza di prevenzione primaria sul territorio. Ma, come ha precisato l'assessore Vicquery, dal '97 ad oggi la Regione ha avviato una campagna di prevenzione ad ampio spettro per un investimento di oltre 2,5 miliardi di lire, i cui risultati saranno probabilmente verificabili tra qualche anno.

Una visione laica, quella valdostana, del rapporto pubblico-privato che privilegia esclusivamente la tutela della salute e la qualità. I risultati sono evidenti nella capillarità dei servizi: secondo un'indagine Eurispes, la Valle d'Aosta ha il più alto numero di consultori materno-infantili del Paese: uno ogni 1.150 donne in età feconda, contro una media nazionale di uno su 5000. L'Istituto superiore di sanità l'ha citata ad esempio per il raggiungimento degli obiettivi

di copertura vaccinale per bambini auspicato dal Piano sanitario nazionale e, non ultimo, ha visto l'accordo sulla distribuzione dei farmaci che richiedono un controllo ricorrente del paziente anche nelle farmacie, secondo quanto previsto dalla 405 del 2001.

### AZIENDE ASL

L'aziendalizzazione è stata già avviata, l'atto aziendale è stato fatto e l'azienda, dunque, è stata costituita come tale. Il concetto di aziendalizzazione sta lentamente passando a livello trasversale. Non viene utilizzato il sistema capitolario di finanziamento perché vi è una sola azienda

### AZIENDE OSPEDALIERE

Sulla linea della razionalizzazione ospedaliera, già iniziata col precedente Piano sanitario regionale, si sta procedendo alla riconversione dell'Ospedale Centrale in Ospedale per acuti e di un Ospedale di Aosta in struttura per riabilitazione e lungodegenza, con un investimento pari a oltre 200 miliardi.

I criteri base per la razionalizzazione sono qualità e appropriatezza.

*Liste d'attesa.* Per ridurle il tentativo attuale è di "regolare il traffico" con linee guida di accesso ai servizi in via di elaborazione, ad uso dei medici prescrittori.

*Posti letto.* Siamo nel limite dei 4,5 posti letto per abitanti

### ASSISTENZA TERRITORIALE

Il servizio sul territorio è molto capillare e l'organizzazione distrettuale considerata fondamentale visto anche le caratteristiche geografiche della regione. La medicina del territorio è una realtà che va sviluppata specialmente in relazione ai medici di medicina generale, per i quali si è ipotizzato un forte potenziamento, incentivi per la medicina in associazione, ma in special modo per la medicina di gruppo.

*Distretti.* Ce ne sono uno ogni 1200 abitanti, con l'equipe di base già funzionante da anni, psicologi inclusi. A brevissimo la nomina dei Direttori che, formati con logiche aziendalistiche, dovranno essere il fulcro dell'attività di integrazione socio sanitaria.

*Assistenza domiciliare.* Rispetto alle politiche per gli

anziani tutto è delegato ai comuni e alle comunità montane, che la gestiscono in modo ottimale. Ad Aosta un accordo con la Croce rossa permette ad esempio di consegnare a domicilio i farmaci agli anziani soli. Molto da fare invece sui disabili, perché è necessario il coinvolgimento di tutte le figure professionali, dal medico di base allo specialista al fisioterapista allo psicologo. Si punta molto sui nuovi Direttori dei distretti per lo sviluppo dell'assistenza domiciliare semplice e integrata.

*Informatizzazione.* Il settore radiologico è all'avanguardia, grazie a un sistema tutto in rete e digitalizzato. Sulla diagnostica in generale la tecnologia è molto avanzata, mentre c'è da fare su trasmissione, raccolta e lettura critica dei dati sul territorio. Per la Cup c'è molta resistenza da parte dei medici: per quest'anno la Regione ha chiesto all'azienda Usl il raggiungimento di almeno il 30%. Le resistenze non sono solo da parte dei medici ospedalieri ma anche dei medici di base: pochissimi sono informatizzati, nonostante gli incentivi in merito nell'Accordo integrativo regionale.

### APPROPRIATEZZA

Parola d'ordine sull'appropriatezza i protocolli terapeutici, intra ed extra ospedalieri: dietro a questi si gioca la scommessa attuale. Ma per appropriatezza si intende anche linee guida di accesso ai servizi, per stabilire chi ha diritto a che cosa, soprattutto a beneficio del medico prescrittore, in particolare il medico di base, che oggi è sottoposto a troppe pressioni esterne.

### PIANO SANITARIO REGIONALE

Già approvato il nuovo Piano socio-sanitario 2002-2004, nell'ottica di una sempre maggior integrazione socio sanitaria. Obiettivo principe è stata la definizione del bisogno di salute della popolazione, da cui poi far derivare tutte le scelte di programmazione in termini di servizi.

### CONTRATTI AZIENDALI

La contrattazione decentrata è a livelli ottimali; già da tempo tutte le forme contrattuali sono state applicate, senza dubbio anche grazie all'unitarietà sindacale presente nella regione.

# Distretti e *country hospital*: la nuova frontiera della medicina

**INTERVISTA A ORIO ZOPPI,  
SEGRETARIO ANAAO ASSOMED  
PER LA VALLE D'AOSTA**

**Dottor Zoppi, è la razionalizzazione ospedaliera, in questo momento, l'obiettivo primario da perseguire per l'attuazione del nuovo modello sanitario valdostano?**

La ristrutturazione del settore ospedaliero è già in atto da 4/5 anni, con regole stabilite ogni volta in base al Piano sanitario regionale. Si sta ora procedendo alla ristrutturazione dell'Ospedale centrale.

Il vecchio piano sanitario prevedeva infatti già una razionalizzazione della rete ospedaliera, con una riduzione dei posti letto fino al raggiungimento di quella quota del 4 per 1000 stabilita a livello nazionale. Riduzio-

ne quindi e attivazione delle Rsa e dei distretti, vitali per una regione di montagna come la nostra. E razionalizzazione anche dell'attività del medico di famiglia, da integrarsi con quella distrettuale, cosa che assolutamente per il momento non è ancora stata fatta: non esiste un budget per il medico di famiglia, se non in alcuni casi in via sperimentale.

Uno degli ostacoli da superare, è la differenza di linguaggio che parliamo noi ospedalieri rispetto proprio ai nostri colleghi di base; abbiamo prospettive, linguaggi, "codice genetico" che sembrano del tutto differenti. L'accordo c'è; in alcuni casi si riesce già a collaborare, razio-

nalizzando le scelte diagnostiche e terapeutiche, ma in molti altri casi c'è ancora parecchia strada da fare.

**Quindi qual è il punto sulla medicina del territorio?** Per quanto riguarda Rsa e distretti siamo all'inizio, in una fase un po' più avanzata di quella del concepimento, possiamo definirlo uno stadio embrionale. In sostanza, non siamo ancora alla realizzazione completa. I distretti esistono, ma esistono soprattutto per i servizi che possono offrire, esistono come strumento passivo, non come strumento attivo che va a indagare sulle necessità reali della popolazione, razionalizzando gli interventi. Questo sarà il futuro. Finora il distretto è stato interpretato con una logica legata al passato, ma ci stiamo arrivando piano piano. In questo senso l'assessore si sta impegnando fortemente.

**Questo, dunque, è lo stato dell'arte attuale. Come si procederà per migliorarlo?**

A livello futuro l'idea è di spostare, anche a livello regionale, una certa quota di fondi dall'ospedale nel territorio, modificando le percentuali destinate, facendo passare ad esempio l'attuale 49% destinato agli ospedali a un 45/46%, e nello stesso tempo contribuire alla risalita di fondi indispensabili per il territorio, qualificandolo sia a livello tecnologico, ma anche a livello umano. Le risorse aziendali sono infatti sia tecnologiche, parliamo ad esempio di informatizzazione, sia economiche ma sono soprattutto umane. Il territorio dovrà essere concepito prima e poi realizzato intendendolo come la nuova frontiera della medicina. E non essere più quello che è finora è sempre stato, cioè il rifugio di coloro che non volevano essere in prima linea in ospedale. In caso contrario la riduzione dei posti letti non avrebbe più significato. Se riduciamo i posti letto, gli acuti restano in ospedale e il resto deve essere fatto fuori, il cosiddetto *country hospital*: questa è la realtà.

**Quali sono i rapporti in cui operate con l'assessorato alla Sanità e con l'azienda stessa?**

Come segretario Anaa dal settembre '99 trovo con l'azienda una perfetta sinergia. Del resto noi come Anaa (e siamo la più grossa realtà rappresentativa della regione) siamo stati in grado di coagulare praticamente intorno a noi tutti i sindacati medici presenti sul territorio, creando un'unitarietà che ha pagato molto. Parlo in particolare dell'Ampo, con cui viaggiamo in estrema sinergia (Cimo è praticamente inesistente, Cgil medici, per ragioni anche politiche, non è granché considerata). Con l'unitarietà abbiamo ottenuto moltissimo, facendo applicare le norme contrattuali senza prevaricazioni particolari, perché chiaramente la controparte non si è trovata mai di fronte frazioni di sindacati in disaccordo. Il punto è che noi qui non ci siamo mai legati a una parte politica in particolare. Quello che cerchiamo di far valere è l'impatto e la forza delle nostre idee, per questa ragione siamo tenuti in una certa considerazione, sia a livello aziendale che regionale, e le nostre istanze e proposte vengono sempre ascoltate.

È anche vero che qui in Valle d'Aosta la situazione è semplice, non è variegata come in altre regioni, perché siamo un solo ospedale e una sola azienda; non ci sono molte realtà di cui tener conto contemporaneamente.

**INTERVISTA A ROBERTO VICQUERY, ASSESSORE ALLA SANITÀ  
E ALLE POLITICHE SOCIALI DELLA VALLE D'AOSTA**

## Definiti i bisogni, superiamo gli individualismi

**Quali sono i punti cardine del sistema sanitario valdostano che si va delineando? E in che direzione vi state muovendo?**

Se non si definisce il bisogno è impossibile agire in qualsiasi direzione. Definire la programmazione in termini di servizi ma, fondamentalmente, sondare il reale bisogno di salute della popolazione è stato ed è l'obiettivo principe del nuovo Piano socio-sanitario appena approvato. Abbiamo definito gli obiettivi con un'analisi sul campo, settore per settore, e sugli obiettivi le azioni da intraprendere nel triennio di validità del Piano. Ciò si interseca con un altro punto: il bisogno lo individua la regione, per cui la programmazione è in capo alla regione e in questa logica a noi spetta autorizzare o meno nuove strutture o servizi. Una logica né troppo liberista né troppo restrittiva. Il punto è che noi siamo dell'idea che nel settore socio-sanitario l'offerta di servizi condizioni enormemente la domanda. E quindi, mi passi il termine, bisogna "regolamentare il traffico" e lo abbiamo fatto partendo dal bisogno di salute e definendo le necessità.

**Approfondiamo sul discorso pubblico-privato, elemento cruciale in molti assetti sanitari regionali del Paese?**

Beh, noi non abbiamo praticamente privato, almeno come posti letto. Ci sono pochi privati convenzionati perché se non sopravviverebbero nella nostra realtà. La nostra rispetto al discorso pubblico privato è una posizione laica, non troppo spinta in nessuna direzione. Se il privato mi chiede di realizzare qualcosa prevista nel Piano sanitario lo autorizzo, ma tutto in base al fabbisogno. Così come la struttura ospedaliera adibita a riabilitazione potrà in caso esser data al privato in gestione.

**Veniamo alla razionalizzazione. Quali i criteri?**

Riguardo alla razionalizzazione siamo già assolutamente in linea con lo standard nazionale prefissato. C'è solo quindi da spostare alcuni reparti da una struttura all'altra, seguendo del resto l'impo-

stazione che avevamo già dato nel piano precedente. Tutto viene giocato sull'appropriatezza e per appropriatezza si intende innanzitutto stabilire chi ha diritto e a che cosa, senza che il cittadino pretenda dal suo medico la tac o l'ecodoppler.

Seconda parola d'ordine i protocolli terapeutici, intra ed extra ospedalieri: dietro a questi si gioca la vera scommessa; perché non è come dice il ministro, che basti aumentare l'offerta per diminuire le liste di attesa, anzi. Noi abbiamo tentato più volte, ed abbiamo visto che è un sistema parossistico: più aumenti i servizi e più nel breve periodo aumenta la lista d'attesa per un servizio che prima non c'era.

**A che punto è invece il processo di aziendalizzazione?**

Guardi, mentre due, tre anni fa sembrava che i concetti legati all'aziendalizzazione, i budget, i contratti, rispettare i programmi, il decidere quali risorse umane e finanziarie impegnare fossero solo patrimonio delle Regioni, degli assessorati e dei direttori generali, quella cioè che era considerata la controparte, ora stanno diventando finalmente trasversali. Recentemente abbiamo organizzato delle *full immersion* obbligatorie per dirigenti, medici, primari. La controparte non esiste più e bisogna capire che siamo tutti parte della stessa azienda, se non il sistema crolla.

**Per concludere, assessore, veniamo agli step raggiunti sul "territorio"?**

Per quanto riguarda i distretti siamo decisamente all'avanguardia, ma ciò non significa che si riesca a fare da filtro sufficiente: malgrado ciò infatti spesso l'ospedale è sovraccarico. La medicina di gruppo è l'elemento su cui puntare maggiormente e da sviluppare: l'idea è di creare dei piccoli ambulatori gestiti direttamente dai medici di base. Ma dobbiamo superare l'eccessivo individualismo del medico di medicina generale che difficilmente, vediamo, si mette a lavorare insieme a un collega.

## LA SANITÀ VALDOSTANA IN CIFRE

**Popolazione:** 120.000 abitanti

**Aziende UsI:** 1

**Aziende ospedaliere:** 1

**Medici dipendenti del Ssn:** 240

**Medici in convenzione:** medici di base 103; pediatri 15; specialisti 19

## SENATO, COMMISSIONI AFFARI COSTITUZIONALI E IGIENE E SANITÀ

## Irccs-Fondazioni: parere favorevole, ma con modifiche

Dopo l'approvazione della Camera del 19 marzo scorso, il ddl "Disposizioni ordinamentali in materia di pubblica amministrazione", collegato alla legge finanziaria 2002, è attualmente all'esame della Commissione Affari Costituzionali del Senato, la quale, tuttavia, ha richiesto la collaborazione della Commissione Igiene e Sanità sulle questioni sanitarie. La XII Commissione di Palazzo Madama ha espresso "perplexità" in merito all'art. 28 - la trasformazione degli Irccs pubblici in fondazioni - e all'art. 29 - la nuo-

va disciplina per la produzione e importazione di emoderivati. Relativamente a quest'ultimo, la Commissione ha chiesto all'unanimità la totale soppressione dell'articolo, in considerazione del testo unico sulla produzione di emoderivati la cui discussione approderà presto all'Aula del Senato (si veda l'articolo relativo in questa stessa pagina). Per quanto riguarda gli Irccs, invece, nonostante l'opposizione del centro-sinistra, la maggioranza ha approvato un parere favorevole alla trasformazione degli istituti di ricerca in fondazioni private. Tale

parere, tuttavia, è condizionato all'introduzione di alcune modifiche: la delega al Governo deve essere limitata all'individuazione dei principi cardine, nel rispetto delle competenze delle Regioni in materia di salute e ricerca; estensione a tutti i membri del Cda delle future fondazioni i requisiti di professionalità e onorabilità; una migliore definizione dei benefici fiscali per chi farà donazioni a favore degli Irccs; una maggiore considerazione delle proposte della comunità scientifica nell'assegnazione dei progetti di ricerca. Nulla da eccepire per la Commissione sui restanti articoli del ddl di rilevanza sanitaria (somministrazione oppiacei, coinvolgimento privati nelle campagne di informazione del ministero della Salute, estensione all'Iss di alcuni benefici previsti per le Università; alla proroga dei termini per il recepimento della Convenzione di Oviedo sui diritti dell'uomo e della biomedicina.

## SENATO, COMMISSIONE IGIENE E SANITÀ

## Gli ospedali responsabili civilmente degli errori dei medici

La responsabilità civile per i danni a persone causati dal personale sanitario, medico e non medico, sia esso appartenente ad ospedali pubblici o privati, potrebbe essere nel prossimo futuro a carico delle strutture stesse. È quanto prevede il disegno di legge presentato dal senatore Antonio Tomassini riguardante "Nuove norme in materia di responsabilità professionale del personale sanitario", e attualmente all'esame della XII Commissione Igiene e Sanità del Senato. Con il ddl, la responsabilità civile è estesa a tutte le prestazioni erogate dalle strutture sanitarie - incluse le attività ambulatoriali e diagnostiche - e, nel caso in cui siano accertate una colpa grave del personale sanitario, un'azione di tipo doloso, oppure la relativa sentenza sia già passata in giudicato, le strutture ospedaliere potranno avviare azioni disciplinari contro i dipendenti ritenuti responsabili del danno, mentre nel caso del dolo è pre-

vista anche un'azione di rivalsa degli ospedali nei confronti del dipendente.

Secondo la normativa vigente, tutte le strutture ospedaliere pubbliche e private, per potere esercitare l'attività di assistenza nei confronti dei pazienti devono necessariamente aver stipulato polizze assicurative finalizzate alla copertura della responsabilità civile nei confronti dei propri assistiti. Tuttavia, per l'adempimento dell'obbligo previsto all'art. 1 del ddl, il contratto delle strutture «deve essere stipulato per somme non inferiori a quelle stabilite con apposito decreto del ministro della Salute, di concerto con il ministro della Giustizia e con il ministro delle Attività produttive». Tale decreto dovrebbe essere emanato entro tre mesi dalla data di entrata in vigore del presente ddl ed essere adeguato ogni qualvolta se ne ravvisi la necessità. Il disegno di legge, inoltre, lascia alle strutture ospedaliere la libertà di scegliere

con quali compagnie assicurative autorizzate stipulare il proprio contratto. «Le tariffe dei premi e le condizioni generali di polizza sono approvate e modificate con decreto del ministro delle Attività produttive ed inserite ed applicate di diritto nei contratti di assicurazione con decorrenza dalla prima scadenza di premio successiva alla data di pubblicazione del relativo decreto nella Gazzetta Ufficiale e comunque dal trecentosessantunesimo giorno successivo alla pubblicazione della stessa». Nei restanti articoli, il disegno di legge regola i rapporti, i tempi e gli obblighi del paziente ritenuto danneggiato e della compagnia assicuratrice. In mancanza di accordo tra le parti, è prevista, su proposta del danneggiato e previa accettazione della controparte, la possibilità di deferire la controversia ad un collegio arbitrale composto da 3 membri, 2 dei quali proposti dalle parti. A tal proposito il ddl prevede l'istituzione dell'albo nazionale degli arbitri e dei consulenti tecnici d'ufficio per vertenze di responsabilità medica, oltre che quella della Commissione per la costituzione e l'aggiornamento dell'albo. I requisiti richiesti per l'iscrizione all'albo sono la laurea in medicina e chirurgia e l'abilitazione alla professione. La specializzazione in medicina legale «è titolo di per sé sufficiente per l'ottenimento dell'iscrizione all'albo».

## SENATO

## In Aula il ddl trasfusioni

Il ddl che prevede una "nuova disciplina delle attività trasfusionali e della produzione nazionale degli emoderivati" ha ottenuto il via libera da parte della Commissione Igiene e Sanità del Senato. Fatta eccezione per due emendamenti - riguardanti la riduzione del tempo per regolarizzare le convenzioni produttrici di farmaci emoderivati e l'aumento delle pene per sog-

getti o aziende che contravvengono alla legge - il testo è stato approvato all'unanimità dalla Commissione, ed ora passa all'esame dell'Aula di Palazzo Madama.

Il ddl, che risponde ad esigenze di sicurezza per quel che riguarda il sangue e i suoi derivati, oltre che al soddisfacimento del fabbisogno nazionale, è una sorta di legge quadro che detta le linee generali nel settore

delle attività trasfusionali e lascia alle Regioni autonomia organizzativa e libertà di adattamento delle direttive nazionali alle esigenze locali. Al ministero restano funzioni di indirizzo e programmazione del settore trasfusionale, mentre all'Agenzia per i servizi sanitari regionali e all'Istituto superiore della sanità sono affidati compiti di coordinamento e controllo.

### PRINCIPALI PROVVEDIMENTI IN DISCUSSIONE AD APRILE 2002

SENATO	TEMA	N.	RELATORE	ITER ATTUALE
	Abrogazione del comma 4 dell'art. 15-quater del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n.502 inerente l'irreversibilità della scelta del medico in ordine all'esclusività del rapporto di lavoro	A.S. 397	Sen. Alberti Casellati (FI)	All'esame della XII Commissione Igiene e Sanità
	l'irreversibilità della scelta del medico in ordine all'esclusività del rapporto di lavoro	A.S. 1310	Sen. Ettore Liguori (Mar-DL-U)	Assegnato alla XII Igiene e Sanità : non ancora iniziato l'esame
	Disegno di legge Costituzionale	Modifiche all'articolo 117 della Costituzione	Iniziativa: Governo	Assegnato alla I Commissione Affari Costituzionali il 13/03
CAMERA	TEMA	N.	RELATORE	ITER ATTUALE
	Disposizioni in materia di formazione e di occupazione	AC n. 2239	On. Giuseppe Lumia (Dem.Sin.-Ulivo)	da assegnare in Commissione
	Disposizioni per la corresponsione di borse di studio ai medici specializzandi ammessi alle scuole di specializzazione negli anni dal 1983 al 1991.	AC n. 2242	On. Giuseppe Molinari (Margherita, DL-Ulivo)	All'esame delle Commissioni riunite VII (Cultura) e XII (Affari Sociali)
	Disposizioni in materia di deducibilità delle spese per la frequenza di programmi di formazione continua da parte degli operatori sanitari.	AC 2499	On. Luana Zanella (Misto)	da assegnare in Commissione
	Delega al Governo in materia previdenziale, misure di sostegno alla previdenza complementare e riordino degli enti di previdenza e assistenza obbligatoria. (Collegato alla legge finanziaria 2002)	Disegno di Legge AC n. 2145	Governo	Esaminato dalla Commissione Bilancio per la verifica dei contenuti

# SIRCHIA E BINDI: DUE PIANI SANITARI A CONFRONTO

di Concetta Vaccaro\*

Il nuovo "Schema di Piano Sanitario Nazionale 2002-2004", presentato al Consiglio dei ministri dal ministro della Salute e dal presidente del Consiglio alla fine di marzo e approvato il 19 aprile scorso, si propone come un Piano del tutto nuovo, che interviene dopo le modifiche legislative del titolo V, cap. II della Costituzione, l'accordo Stato - Regioni dell'8 agosto 2001 e la successiva legge 405/2001, e, di fatto, dopo le profonde modificazioni della sanità italiana contrassegnate dai nuovi poteri attribuiti alla Regioni in materia sanitaria, che consentono di parlare di un anno zero della sanità decentrata. Lo stesso presidente del Consiglio ha dichiarato che il Piano "prende in considerazione per la prima volta alcuni problemi mai considerati nei precedenti piani. Pone l'accento sulla qualità del servizio sanitario, sulla formazione del capitale umano, sugli stili di vita per la prevenzione delle malattie, sulla cultura dell'alimentazione, sulla particolare cura nell'assistenza a domicilio per anziani e malati cronici", pertanto, con esso, "parte la ridefinizione del Servizio sanitario nazionale". Come sottolineato nello stesso testo, il nuovo Piano si configura come "un documento di indirizzo e di linea culturale" diretto alle Regioni chiamate a svolgere un ruolo decisivo nella realizzazione degli obiettivi indicati. Forse è per questa consapevolezza di essere il "primo Piano Sanitario Nazionale dopo il cambiamento" che esso vuole indicare una cesura con i precedenti piani. Si tratta di una posizione che nega l'esistenza di un filo di continuità con precedenti atti di programmazione e ciò assolutamente in controtendenza con quanto fatto, ad esempio, dal provvedimento immediatamente precedente (il c.d. piano Veronesi relativo al 2001-2003, approvato dal Consiglio dei Ministri nel febbraio del 2001 ma poi accantonato), che esordisce proprio con un richiamo alle realizzazioni del Piano sanitario nazionale relativo al 1998-2000, sostituito da quello attuale. Al contrario il confronto tra i diversi provvedimenti, e soprattutto tra quello realmente entrato in vigore, il Piano 1998-2000, e quest'ultimo evidenzia la riproposizione sostanziale di tematiche ed obiettivi che, peraltro, riecheggiano, in larga misura addirittura quelli della prima riforma sanitaria, la ormai "mitica" 833/78. Una sostanziale conformità riscontrabile sia a livello di principi di riferimento che di obiettivi strategici che si evidenzia nettamente nella tavola allegata. Non che di questo ci si possa realmente stupire; è difficile, infatti, creare cesure reali rispetto ad obiettivi di promozione della salute ormai ampiamente entrati e consolidati nella cultura collettiva, laddove il richiamo a concetti come l'equità, la promozione della salute e la prevenzione, la qualità, ma anche l'efficacia, l'efficienza e l'appropriatezza delle prestazioni, la centralità e la dignità del paziente, l'importanza dell'innovazione appaiono ormai condivisi e riproposti sistematicamente anche a livello internazionale. Stupisce, caso mai, l'affermazione di aver elaborato un piano "diverso" ed in controtendenza, in grado di determinare una svolta nel sistema, a fronte della riproposizione di gran parte degli obiettivi strategici già presenti ed ampiamente richiamati nei piani precedenti. Certo i punti di differenziazione non mancano, ma non attonano tanto ai principi ed obiettivi generali. Semmai, ciò che si può notare è che:

- a fronte di una riaffermazione di obiettivi già centrali nel sistema nazionale della salute, mutano le indicazioni di priorità e alcune di tali diverse enfattizzazioni possono talvolta apparire difforni proprio rispetto alla scelta di proporsi come punto di riferimento di una sanità ridefinita a partire dai suoi fondamenti culturali, cosa a cui si è voluto da-

	SCHEMA DI PIANO SANITARIO NAZIONALE 2002- 2004	PIANO SANITARIO NAZIONALE 1998-2000
<b>Il criterio di fondo</b>	Primo Piano post federalismo Non atto programmatico per le Regioni, ma progetto di salute condiviso e attuato con le Regioni	Patto di solidarietà per la salute che coinvolge cittadini, operatori, istituzioni, volontariato, produttori (profit e non profit), mondo della comunicazione, comunità internazionale
<b>I principi fondamentali</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Il diritto alla salute</li> <li>2. L'equità all'interno del sistema</li> <li>3. La responsabilizzazione dei soggetti coinvolti</li> <li>4. La dignità ed il coinvolgimento "di tutti i cittadini"</li> <li>5. La qualità delle prestazioni</li> <li>6. L'integrazione socio-sanitaria</li> <li>7. Lo sviluppo della conoscenza e della ricerca</li> <li>8. La sicurezza sanitaria dei cittadini</li> </ol>	Universalità d'accesso Uguaglianza nella accessibilità ad un ampio spettro di servizi uniformemente distribuiti Condivisione del rischio finanziario Da questi tre principi derivano i punti salienti della politica sanitaria: <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Rafforzare l'autonomia decisionale degli utenti</li> <li>2. Diminuire le disuguaglianze nei confronti della salute</li> <li>3. Promuovere l'uso appropriato dei servizi sanitari</li> <li>4. Migliorare la qualità del sistema</li> <li>5. Favorire comportamenti e stili di vita per la salute</li> <li>6. Contrastare le patologie più importanti</li> <li>7. Aiutare a convivere attivamente con la cronicità</li> <li>8. Percorrere le strade dell'integrazione sanitaria</li> <li>9. Rilanciare la ricerca</li> <li>10. Investire nelle risorse umane e nella qualità del sistema</li> </ol>
<b>La struttura</b>	2 parti: gli obiettivi strategici per il cambiamento; gli obiettivi generali	3 sezioni: il patto di solidarietà per la salute; gli obiettivi di salute; le strategie per il cambiamento
<b>Gli obiettivi</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Attuare l'accordo sui Livelli Essenziali ed Appropriati di Assistenza e ridurre le liste d'attesa</li> <li>2. Creare una rete integrata di servizi sanitari e sociali per l'assistenza ai malati cronici, agli anziani e ai disabili</li> <li>3. Garantire e monitorare la qualità dell'assistenza sanitaria e delle tecnologie biomediche</li> <li>4. Potenziare i fattori di sviluppo (o "capitali") della sanità</li> <li>5. Realizzare una formazione permanente di alto livello in medicina e sanità</li> <li>6. Ridisegnare la rete ospedaliera e i nuovi ruoli per i Centri di Eccellenza e per gli altri Ospedali</li> <li>7. Potenziare i Servizi di Urgenza ed Emergenza</li> <li>8. Promuovere la ricerca biomedica e biotecnologica e quella sui servizi sanitari</li> <li>9. Promuovere gli stili di vita salutari, la prevenzione e la comunicazione pubblica sulla salute</li> <li>10. Promuovere un corretto uso dei farmaci e la farmacovigilanza</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Promuovere comportamenti e stili di vita per la salute (alimentazione, fumo, alcool, attività fisica)</li> <li>2. Contrastare le principali patologie (malattie cardio e cerebro vascolari, tumori, malattie infettive, incidenti e malattie professionali)</li> <li>3. Migliorare il contesto ambientale (aria, acqua, alimenti, radiazioni, rifiuti)</li> <li>4. Rafforzare la tutela dei soggetti deboli (immigrati, tossicodipendenti, salute mentale, fasi della vita e salute)</li> <li>5. Portare la sanità in Europa (trapianti, riabilitazione, innovazione tecnologica, sorveglianza patologie rare, autosufficienza sangue ed emoderivati, sanità pubblica veterinaria, sistema informativo sanitario)</li> </ol>

re rilievo a partire dalla stessa ridenominazione del dicastero;

- da molti dei principi e degli obiettivi generali, scaturiscono spesso soluzioni operative molto connotate su cui le posizioni regionali, chiamate a collaborare alla realizzazione del piano, possono divergere anche in modo sostanziale (come peraltro

è già emerso nelle prime fasi del dibattito con i diversi responsabili regionali della sanità);

- la scelta di porsi in una sorta di "punto zero" della programmazione può portare con sé il rischio di non far tesoro delle esperienze pregresse, sia sul piano dei risultati che delle carenze e difficoltà sperimentate;

- il carattere di provvedimento condiviso che, correttamente, il piano si propone di avere, alla luce del ruolo sicuramente centrale delle Regioni, ha finito per penalizzare alcuni aspetti strategici per uno strumento programmatico, quali la chiara definizione dei metodi e la quantificazione dei risultati attesi, indispensabili per dare concretezza agli obiettivi indicati;
- proprio in un documento programmatico che intende rappresentare un punto di svolta per la "ridefinizione del Servizio sanitario nazionale" manca un esplicito e peculiare richiamo ad un progetto culturale che vada al di là del semplice e necessario adeguamento al mutato contesto istituzionale segnato dalla devolution sanitaria.

E così, può sorprendere che, per il ministero che ha scelto di chiamarsi della Salute, tra gli obiettivi strategici del piano, altrimenti detti Progetti-obiettivo, proprio quello della promozione di stili di vita salutarie, della prevenzione e della comunicazione pubblica sulla salute, sia citato alla fine (progetto-obiettivo 9 su 10), mentre il più tradizionale ministero della Sanità, nel Piano 1998-2000, lo indicava come primo tra i suoi obiettivi prioritari.

Ciò che nei fatti viene riaffermata è invece una impostazione in cui è prevalente la cultura dell'offerta, nella quale molto peso viene dato agli obiettivi centrati su servizi e prestazioni, sulla parte "hard" dell'organizzazione e del modello di offerta (dai problemi cruciali dei livelli di assistenza e delle liste d'attesa all'assistenza integrata ai disabili e anziani non autosufficienti, dalla formazione ad una revisione complessiva dell'assetto ospedaliero) a fronte degli ultimi due obiettivi relativi a comportamenti e condizioni della domanda.

Inoltre, a partire da alcuni obiettivi centrali su cui è certamente difficile dissentire, dalla necessità dell'innovazione al carattere strategico della promozione della qualità, sono indicate alcune soluzioni che esprimono una, pur legittima, opzione di fondo su cui è altrettanto legittimo aspettarsi dibattito a livello regionale. L'apertura a capitali privati come fonti di finanziamento, ad esempio, o una nozione di qualità secondo alcuni troppo strettamente ed automaticamente collegata all'accreditamento.

L'opzione ricorrente di porsi al "punto zero", negando il richiamo a precedenti esperienze di programmazione sanitaria, si evidenzia anche su alcune proposte strategiche, come quella di un sistema assicurativo obbligatorio contro i rischi dei non autosufficienti, per la quale il Piano sembra prescindere da una istruttoria precedente già esistente e ritorna alla proposta di base (citata tra gli obiettivi per i prossimi tre anni relativi al progetto obiettivo 2) di "avviare lo studio per l'identificazione di una adeguata sorgente di risorse per la copertura dei rischi di non-autosufficienza".

Qualcosa di analogo accade anche per alcuni aspetti relativi ai livelli essenziali di assistenza, di cui ampiamente già si discuteva nel Piano 1998-2000, nel quale erano indicati come i principali strumenti opera-

	SCHEMA DI PIANO SANITARIO NAZIONALE 2002- 2004	PIANO SANITARIO NAZIONALE 1998-2000
<b>Le articolazioni di dettaglio</b>	Obiettivi strategici/ obiettivi per i prossimi tre anni	Il problema/ gli obiettivi/ le azioni
<b>Gli obiettivi generali (parte II, Piano 2000-2004) Le strategie per il cambiamento (parte II, piano 1998-2000)</b>	<p><b>1. La promozione della salute</b> (Vivere a lungo, vivere bene; Combattere le malattie; Ridurre gli incidenti e le invalidità; Sviluppare la riabilitazione; Migliorare la medicina trasfusionale; Promuovere i trapianti di organo)</p> <p><b>2. L'ambiente e la salute</b> (I cambiamenti climatici e le radiazioni ultraviolette; L'inquinamento atmosferico; La carenza dell'acqua potabile e l'inquinamento; Le acque di balneazione; L'inquinamento acustico; I campi elettromagnetici; Lo smaltimento dei rifiuti; Pianificazione e risposta sanitaria in caso di eventi terroristici ed emergenze di altra natura; Salute e sicurezza nell'ambiente di lavoro)</p> <p><b>3. La sicurezza alimentare e la sanità veterinaria</b></p> <p><b>4. La salute e il sociale</b> (Le fasce di povertà e di emarginazione; La salute del neonato, del bambino e dell'adolescente; La salute mentale; Le tossicodipendenze; La sanità penitenziaria; La salute degli immigrati)</p>	<p>Sette principi guida :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Il principio della dignità umana</li> <li>2. Il principio della salvaguardia dello stato di salute</li> <li>3. Il principio dell'attenzione al bisogno</li> <li>4. Il principio della solidarietà verso i soggetti più vulnerabili</li> <li>5. Il principio dell'efficacia e dell'appropriatezza degli interventi</li> <li>6. Il principio dell'efficienza produttiva</li> <li>7. Il principio dell'equità</li> </ol> <p>Definizione dell'ambito delle garanzie assicurate dal Ssn mediante l'individuazione dei <b>livelli essenziali di assistenza</b>, cioè appropriati e necessari per rispondere ai bisogni di promozione, mantenimento e recupero della salute, da garantire uniformemente, a tre livelli:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• l'assistenza sanitaria collettiva in ambiente di vita e di lavoro</li> <li>• l'assistenza distrettuale</li> <li>• l'assistenza ospedaliera</li> </ul>

tivi per dare attuazione ai sette Principi generali (cfr. tavola). Anche nell'ipotesi di una assoluta innovazione nell'impostazione dei nuovi livelli essenziali di assistenza va considerato che la scelta di azzerare i riferimenti al passato può portare con sé il rischio di non far tesoro di esperienze realizzate, risultati raggiunti ma anche errori già compiuti.

Allo stesso modo, l'efficacia complessiva dello strumento programmatico può risultare penalizzata dalla carenza di puntualizzazioni su metodi ed obiettivi, seppure in parte giustificata, come già affermato, dall'insieme delle nuove competenze e responsabilità regionali. Ma al di là della contrapposizione "continuità sì - continuità no" può essere segnalato che, nonostante si proponga come piano di svolta e come "documento di indirizzo e di linea culturale", stavolta realmente in controtendenza con i piani precedenti, tralasci di richiamare un progetto strategico più generale, culturale per l'appunto, come la scelta alla base del c.d. Piano Bindi, 1998-2000, di prendere le mosse da un patto di solidarietà per la salute

(in grado di coinvolgere cittadini, soggetti istituzionali, solidaristici, imprenditoriali, professionali) e di affermarne la natura di bene pubblico da promuovere e condividere. Anche nel progetto Veronesi ci si richiamava ad uno schema concettuale peculiare come quello che coniugava salute ed impatto strategico dell'innovazione, con riferimento alle sfide del futuro legate alla cosiddetta rivoluzione genetica, a quella trapiantologia, etica e immaginologica. Senza entrare nel merito dei contenuti, ciò che si vuol sottolineare è che, in un piano di svolta, a fronte dell'inevitabile necessità di richiamarsi (seppur negando) a obiettivi e strategie già ampiamente affermati e descritti nei provvedimenti di programmazione precedenti, il riferimento generale al mutamento del contesto istituzionale (il "primo piano post-federalista") appare quanto meno parziale, senza contare che lo stesso processo di devoluzione ha radici ben remote e attuazioni progressive, seppur oggi realmente giunte ad un momento decisivo.

\* Responsabile Settore Welfare del Censis

## Università e Policlinico "Tor Vergata" di Roma attivano master in "Comunicazione nelle strutture ospedaliere"

È partito il primo corso di perfezionamento in "Comunicazione nelle strutture ospedaliere". Ad attivarlo è l'Università degli studi di Roma Tor Vergata in collaborazione con l'Azienda Ospedaliero-Universitaria Policlinico Tor Vergata perché, è noto, la qualità dei servizi sanitari dipende anche dalla capacità di comunicazione tra tutti i giocatori in campo.

Il master, iniziato a maggio e che avrà la durata di un anno, darà vita a una nuova figura: lo specialista della comunicazione nell'ambito delle strutture ospedaliere, che supporterà il direttore del dipartimento nelle attività di carattere amministrativo permettendogli, quindi, un reale 'governo clinico'. Durante il corso saranno allora analizzate le

diverse tipologie di relazioni che si creano durante le fasi di assistenza e che riguardano sia gli operatori che i pazienti, sia i familiari che l'opinione pubblica.

Il corso si dedicherà, inoltre, alla realizzazione e allo sviluppo di servizi di informazione per i cittadini riguardo l'utilizzazione delle strutture ospedaliere. Importante sarà anche affrontare le problematiche di inter-comunicazione tra gli operatori sanitari, al fine di favorire la realizzazione di un rapporto professionale basato su una logica di équipe. Per queste ragioni il master si impegnerà a rispecchiare l'intreccio tra la struttura che eroga i servizi e il contesto sociale nel quale lavora. Per l'attivazione del corso, tra l'università e il policlinico Tor Vergata è stata firmata, il 3 di-

cembre 2001, una convenzione che riconosce a entrambe le parti l'interesse a determinare i compiti e le responsabilità per la migliore realizzazione, nell'ambito delle rispettive finalità istituzionali, del corso di perfezionamento in "Comunicazione nelle strutture ospedaliere".

Il corso è aperto a tutti coloro che sono in possesso di laurea in discipline economiche, giuridiche e umanistiche. L'attività didattica sarà svolta da docenti messi a disposizione dall'Università e dal Policlinico, ai quale sarà possibile affiancare docenti e ricercatori di altri Enti, Università e Istituzioni private per ottenere un programma didattico più completo.

Lucia Conti

IL PUNTO

## Responsabilità professionale: oltreoceano si cambia

di Alberto Andrion

Una prima notizia è di quelle forti: il presidente Bush si appresta forse a modificare uno dei capisaldi che negli ultimi decenni hanno caratterizzato il rapporto medico-paziente, meglio sarebbe dire medico-consumatore, nell'opulenta società americana. Vale a dire, tu medico non puoi fare nulla e non puoi agire senza che io consumatore ti abbia dato il permesso preventivo. Detta così è un po' cruda, ma è l'essenza del problema. Succedeva quindi che non solo occorreva avere il consenso del paziente per eseguire rilevanti interventi, soprattutto in presenza di possibili diverse opzioni - e ciò è sacrosanto e da noi continua ad essere spesso inapplicato -, ma si giungeva all'assurdo: nel caso dell'effettuazione di un esame in più o in meno, o di un parere chiesto a un collega, calava la scure della possibile denuncia per mancata richiesta di consenso o violazione della privacy. Festa per gli avvocati, dolori per i medici. Forse qualcuno si è accorto che il saldo finale di questo esasperato meccanismo di tutela andava in fin dei conti a detrimento dell'obiettivo finale che lo stesso consumatore chiedeva, quello di essere curato in modo adeguato e, nel caso degli Usa, rimborsato in termini sufficienti e rapidi a fronte della presentazione di una esaustiva documentazione sanitaria.

I pericoli di instabilità finanziaria che possono sorgere in caso di eccesso di contenzioso medico-consumatore sono ulteriormente testimoniati dalla notizia, di fonte australiana, del quasi fallimento della maggiore compagnia assicurativa che curava la stipula delle polizze per la copertura del rischio di "malpractice". Anche in questo caso, vengono alla luce i grandi limiti dei sistemi che orientano le attività sanitarie in termini prevalenti di mercato; se alcuni meccanismi sfuggono di mano, rischiano di rimetterci tutte le parti: i medici che, non più tutelati, limiteranno gli interventi; i pazienti che sconteranno le "paure" dei medici; la parte imprenditoriale che non sarà più in grado di stare sul mercato.

Infine, la Corte Suprema canadese ha sancito che un medico può, sì, compiere un errore ed è anche giusto che paghi, ma non gli si può chiedere di pagare per tutta la vita. Anche la società deve farsi carico di eventuali storture del sistema. In Italia e in Europa molto di quanto i medici al di là dell'oceano stanno tentando di recuperare esiste già. Si tratta di non perderlo.

AUSTRALIA

## Le assicurazioni di fronte al crack finanziario per i rimborsi della "malpractice"

Migliaia di medici australiani potrebbero essere costretti ad interrompere la loro attività professionale in seguito al fallimento della United Medical Protection, la compagnia assicurativa cui si rivolge circa il 60% dei medici del paese per coprirsi dal rischio di denuncia per "malpractice", con la conseguente paralisi di tutto il sistema sanitario australiano. Neurochirurghi e ostetrici - due delle categorie più a rischio di denunce per malpractice - hanno già ridotto il loro intervento ai soli casi di emergenza, cancellando operazioni e chiudendo gli ambulatori.

La Ump aveva accumulato un arretrato di indennizzi da pagare per un valore pari a circa 250 mln di euro, oltre ai 50 mln di euro già pagati lo scorso anno per risarcire 1240 cause (circa il triplo di quelle intentate 5 anni prima). Lo scorso 20 marzo, la compagnia assicurativa aveva ricevuto un temporaneo e inatteso aiuto economico da parte del governo federale, una manovra che tuttavia non ha evitato il collasso finanziario. Il primo ministro John Howard ha anche provveduto i medici di una "garanzia d'acciaio" fino al 30 giugno, ossia dell'assicurazione che, fino a quella data, sarà lo Stato australiano a pagare per i risarcimenti di malpractice. Tuttavia, i medici non si fidano della "garanzia d'acciaio" offerta dal governo, dal momento che, spesso, le cause vengono intentate con alcuni anni di ritardo rispetto all'accaduto, e un governo futuro potrebbe decidere di non onorare l'impegno.

La presidente della Australian Medical Association, Kerryn Phelps, ha lanciato un appello al governo perché «agisca in fretta con una legge che garantisca i medici», mentre la United Medical Protection ha dichiarato che l'attuale sistema di assicurazioni dei casi di "malpractice australiana" sono insostenibili e necessitano di una rilevante riforma.

Il Ministro federale per la sanità, Kay Patterson, ha affermato che la United Medical Protection stava affrontando problemi finanziari in seguito ad un'ondata di richieste di risarcimenti. Le cause di tali problemi finanziari, infatti, sono state individuate proprio nella crescita esponenziale delle richieste di indennizzi in campo sanitario. Le compagnie assicurative sono fondate esclusivamente sui contributi dei loro associati, come era il caso della Ump, e, senza una riforma radicale, la soluzione all'aumento dei risarcimenti potrebbe essere l'aumento delle polizze dei medici. «Stiamo affrontando una situazione che vede i servizi medici australiani seriamente minacciati - ha aggiunto Kerryn Phelps -. Il governo federale e quello statale devono lavorare assieme per trovare una soluzione di lungo termine».

CANADA

## La Corte Suprema fissa limiti alla responsabilità risarcitoria del medico

Un medico giudicato colpevole di negligenza per la nascita di un bambino affetto da sindrome di Down, non sarà obbligato a pagare le spese necessarie alla sua assistenza dopo il raggiungimento dell'età adulta. È quanto ha stabilito lo scorso gennaio la Corte Suprema del Canada, accogliendo il ricorso del dr. Stanley Morril dello stato della British Columbia, affermando che è compito del sistema sociale coprire tali costi.

Nel 1997, il dr. Morril, colpevole di aver trascurato la prescrizione di un'amniocentesi per la 36enne Pam Krangle, era stato condannato dalla Corte Suprema della British Columbia a pagare 500.000 dollari canadesi per coprire le spese necessarie alla crescita del bambino nato con sindrome di Down, più altri 80.000 dollari canadesi per coprire il 5% di rischio (5% chance) di "smantellamento" del sistema di assistenza sociale statale, dal momento della sentenza fino al raggiungimento della maggiore età del ragazzo - che all'epoca aveva 10 anni.

Un caso analogo si era già verificato in Francia, dove la madre aveva dichiarato che avrebbe preferito optare per un aborto, se avesse conosciuto in anticipo la disabilità del figlio.

Difficoltà di interpretazione erano sorte in seguito ad alcune modifiche legislative attuate dal governo dello stato della British Columbia al Family Relations Act, in merito alle responsabilità dei genitori nei confronti di un bambino divenuto adulto, nel caso in cui i genitori fossero diventati inabili al suo sostentamento a causa di malattia, disabilità o per altre cause.

La famiglia Krangle, a sua volta, aveva convinto la Corte d'Appello della British Columbia ad aumentare le responsabilità finanziarie di Morril a circa 1,5 milioni di dollari.

Invece, la Corte Suprema del Canada ha dichiarato che le modifiche legislative non rappresentano un onere per i Krangle perché il loro figlio non rientrerebbe più sotto la tutela (charge, nel testo originale) dei genitori nel momento in cui compisse i 19 anni di età.

Citando l'Oxford Dictionary of Current English, in cui la definizione del termine "charge" include il concetto di "cura, custodia, responsabilità", il Primo Giudice della Corte, Beverley McLachlin, ha affermato che quando il figlio raggiunge la maggiore età i genitori non sono più finanziariamente responsabili. «Per una società non è immorale - ha affermato il giudice - che quando ciò accada, il peso del mantenimento non sia confinato nella singola sfera dell'individuo o della sua famiglia, ma che sia condiviso dalla società intera».

STATI UNITI

## Marcia indietro sulla privacy in sanità

In seguito ad una istanza presentata all'Amministrazione Bush, i medici e gli ospedali statunitensi potrebbero non essere più obbligati a richiedere sempre e comunque il consenso dei pazienti prima di usare o rivelare informazioni mediche per eseguire trattamenti diagnostico-terapeutici o procedere a rimborsi delle spese sostenute per questi trattamenti.

L'istanza presentata va nella direzione opposta alla legislazione attualmente vigente. Le regole a protezione della privacy dei pazienti fanno parte dell'Health Insurance Portability and Accountability Act, approvato dal Congresso americano nel 1996. Il Presidente Clinton aveva emanato la

legge nel dicembre 2000, definendola "la più ampia protezione della privacy mai scritta".

Tommy Thompson, segretario di stato del Department of Health and Human Services, ha detto di voler eliminare la richiesta del consenso perché crede che questo possa ritardare la prestazione delle cure.

Gli ospedali e le compagnie assicurative hanno elogiato la proposta dell'Amministrazione Bush. Inoltre, il presidente dell'Associazione Americana dei Programmi di Assistenza Sanitaria, Karen Ignani, che rappresenta più di 1.000 organizzazioni che offrono piani di assistenza sanitaria, ha affermato che le procedure che verrebbero eliminate hanno probabil-

mente causato in questi anni un ingiustificato restringimento del flusso di vitali informazioni mediche tra ospedali, medici, organizzazioni sanitarie a danno della qualità e della offerta di assistenza sanitaria.

Al contrario, le associazioni dei consumatori e i membri Democratici del Congresso hanno definito le intenzioni dell'Amministrazione Bush una "minaccia per la privacy" e un "cambiamento distruttivo". Il Senatore Edward M. Kennedy, responsabile dei Democratici per la sanità, si è detto "molto preoccupato", sostenendo che "un individuo dovrebbe fornire il proprio consenso prima che informazioni mediche che lo riguardano siano divulgate".

# FISCO & PREVIDENZA

## Rinnovo della polizza per l'assistenza sanitaria dell'Enpam

Il 31 maggio 2002 scade il primo biennio di validità della polizza di assistenza sanitaria integrativa per medici e loro familiari stipulata dall'Ente con la Assicurazioni Generali.

Il Consiglio di Amministrazione, dopo ampio ed articolato dibattito e presa visione del parere della Commissione Paritetica, valutando positivamente l'esperienza biennale precedente, accogliendo e recependo i suggerimenti e le istanze emerse in più occasioni, ha deciso di articolare la proposta assicurativa su due tipi di polizza:

**1) La polizza sanitaria integrativa "base",** in caso di grandi interventi chirurgici e gravi eventi morbosi che ha un premio annuo che rimane fissato in € 52,00 (pari a Lire 100.000 ca.) migliorata per alcuni aspetti:

- in caso di rimborso per Grave Evento Morboso non viene più richiesta la cessazione definitiva dell'attività professionale, bensì un'invalidità permanente pari o superiore al 66% (sia per l'iscritto in attività che per il pensionato);
- in caso di day-hospital i giorni festivi non interrompono più la continuità della degenza;
- l'anticipo che la Società assicurativa corrisponderà, in caso di richiesta da parte dell'assicurato, sale dal 50% all'80% delle spese preventivate dall'istituto di cura;
- in caso di acquisto di protesi ortopediche, l'importo corrisposto dalla Società salirà da 5 milioni a 10 milioni di lire (€ 5.165,00).

**2) La polizza sanitaria integrativa di II livello,** che copre indistintamente tutti gli interventi chirurgici di qualsiasi tipo (infatti non si fa più riferimento all'allegato "A" della polizza "base"), le cui caratteristiche principali sono:

- copertura assicurativa per tutti i ricoveri con intervento chirurgico, anche in day-hospital ed in regime ambulatoriale;
- ampliamento della disciplina del day-hospital: abrogata la franchigia dei 2 gg., prevede la corresponsione dell'indennità sostitutiva (non prevista nella polizza "base");
- estensione della garanzia per le terapie da effettuarsi a seguito di malattia oncologica, fino ad € 5.200 per anno assicurativo;
- abolisce la differenziazione per gli assicurati con età di entrata superiore a 75 anni: anche per costoro infatti il minimo dello scoperto del 20% è mantenuto

in € 516, anziché € 1.530 come previsto nella polizza "base".

Il premio annuo per tale polizza è di € 160,00 (pari a L. 310.000 circa per ogni iscritto Enpam).

Entrambe le polizze sono estensibili al nucleo familiare a fronte del pagamento dei seguenti premi:

### POLIZZA SANITARIA INTEGRATIVA "BASE"

#### Costo dei premi assicurativi annui

Iscritto ENPAM	€ 52,00	(£. 100.686) cui si deve aggiungere
Per 1 familiare	€ 103,00	(£. 199.435)
Per 2 familiari	€ 207,00	(£. 400.807)
Per 3 o più familiari	€ 258,00	(£. 499.577)

### POLIZZA SANITARIA "DI 2° LIVELLO"

#### Costo dei premi assicurativi annui

Iscritto ENPAM	€ 160,00	(£. 309.803)
Iscritto ENPAM con 1 familiare	€ 310,00	(£. 600.243)
Iscritto ENPAM con 2 familiari	€ 430,00	(£. 832.596)
Iscritto ENPAM con 3 o più familiari	€ 570,00	(£. 1.103.673)

Un gruppo di lavoro misto ha provveduto a riscrivere, aggiornandolo, l'elenco degli interventi chirurgici coperti dalla polizza base e quello riferito ai gravi eventi morbosi coperti da entrambe le polizze.

La corresponsione del premio annuo avverrà non più tramite bollettini di c/c postale, bensì attraverso bonifico bancario con la medesima procedura già sperimentata positivamente per l'incasso sia del contributo proporzionale al reddito, sia dei contributi speciali.

Il testo integrale delle due polizze per gli iscritti Enpam nonché quello delle polizze estese ai familiari, verrà pubblicato su "Il Giornale della Previdenza" e si procederà, inoltre, ad una comunicazione personalizzata agli iscritti attivi e pensionati attraverso una lettera, a firma del Presidente, illustrativa dell'iniziativa. A tale lettera verrà allegata la modulistica necessaria per l'effettuazione del bonifico bancario e per la necessaria adesione alla polizza nella forma prescelta.

**Gian Mario Santamaria**

Componente del Consiglio di Amministrazione Enpam  
Presidente dell'Ordine dei medici, chirurghi e odontoiatri di Alessandria

## La dichiarazione dei redditi

La dichiarazione semplificata non è aperta a tutti, anche se negli anni il Fisco ha ampliato la platea degli interessati alla compilazione del 730. Possono utilizzare il 730 i dipendenti, i pensionati e i collaboratori co.co. che devono dichiarare al Fisco uno o più dei seguenti redditi: terreni e/o fabbricati; prestazioni occasionali di lavoro autonomo e diritti d'autore; capitali non soggetti a ritenuta definitiva o a imposta sostitutiva; redditi diversi come la cessione di terreni edificabili; redditi soggetti a tassazione separata (ex. rimborsi di imposte e/o spese dedotte in anni precedenti). Devono invece compilare l'Unico 2002: titolari di partita Iva che esercitano, in via abituale, attività artistiche o professionali; chi ha redditi d'impresa o di partecipazione in società di persone; chi ha un datore di lavoro non obbligato a effettuare ritenute d'acconto (ex. le colf); chi deve presentare almeno una tra le dichiarazioni Iva, Irap e 770; i non residenti in Italia nel 2001 o nel 2002.

Col 730 marito e moglie possono compilare insieme la dichiarazione, purché entrambi abbiano redditi ammessi al 730, anche se solo uno dei due ha il sostituto in grado di effettuare il conguaglio. Al 730 non devono essere allegati documenti, da conservare però fino al 31/12/06 e esibire a richiesta dell'amministrazione finanziaria.

**Detrazioni.** Le novità più rilevanti per la liquidazione e i conguagli del 730/02 sono le variazioni delle aliquote Irpef e l'aumento delle detrazioni di imposta per carichi di famiglia, lavoro dipendente e pensione. Si tratta delle modifiche introdotte con la Finanziaria 2001, che si applicano a decorrere dal periodo d'imposta 2001. La detrazione per i figli a carico è stata portata da un minimo di € 266,49 ad un massimo di € 285,08 a seconda che il reddito complessivo superi o no la soglia di € 51.645,68; se il reddito è infe-

riore la detrazione a partire dal secondo figlio viene aumentata a € 318,14.

**Co.co.co.** A partire da quest'anno, chi ha svolto prestazioni di collaborazione coordinata e continuativa può indicare il proprio reddito nel quadro C-sez. 1 del Mod 730, essendo stato "assimilato al lavoro dipendente" dalle modifiche introdotte dall'art. 34 della L. 342/00.

**Oneri detraibili.** È possibile ripartire in 4 quote annuali le detrazioni per spese sanitarie che superano i 30 mln di lire. È prevista anche la detrazione per canoni di locazione dei lavoratori dipendenti, che trasferiscono la propria residenza per motivi di lavoro.

**Oneri deducibili.** Oltre a quelli già previsti nel 730/2001, i contributi versati alle forme pensionistiche complementari e i contributi corrisposti alle forme pensionistiche individuali. I limiti di deducibilità sono diversi a seconda del regime previsto dal dlgs n.47/2000: quello ordinario, che si applica a contributi e premi versati a decorrere dal 01/01/01, per il quale l'importo massimo deducibile non può superare il livello minimo tra il limite del 12% del reddito complessivo e il limite di € 5.164,57; quello transitorio, applicabile fino al 31/12/05 e riguarda i soggetti iscritti entro il 28/04/93 alle forme pensionistiche complementari esistenti alla data del 15/11/92 (entrata in vigore del dlgs 47/00), per il quale, fermo il limite percentuale del 12%, il limite quantitativo è maggiorato della differenza tra i contributi effettivamente versati nel 1999 e il limite dei 10 mln. Sono inoltre deducibili, in misura non superiore a € 1.032,91, i contributi versati ai Fondi integrativi del Ssn, previsti dell'art.10, comma 1, lettera e-ter del vigente Testo Unico Imposte Dirette.

**Claudio Testuzza**

# SANITÀ PRIVATA

## Lombardia: le novità del Piano Socio-Sanitario Regionale

Pagina a cura di **Fabio Floraniello**

È stato definitivamente approvato dal Consiglio Regionale della Lombardia il "Piano Socio-Sanitario (Pssr) 2002/2004 - libertà e innovazione al servizio della salute", che viene a completare l'impostazione prevista dalla legge sanitaria regionale 31/97. Libera scelta del paziente, parità tra pubblico e privato, separazione tra soggetto acquirente ed erogatore delle prestazioni sono gli elementi caratteristici della legge che vengono riaffermati ed ulteriormente consolidati nel Piano, con nuove modalità organizzative. Per quanto riguarda il settore ospedaliero pubblico e privato accreditato vi sono due sostanziali cambiamenti.

Il primo prevede una riorganizzazione della rete ospedaliera con un notevole ridimensionamento del numero dei posti letto (5400) in applicazione della normativa nazionale. La riorganizzazione verrà effettuata in collaborazione con le Aziende ospedaliere del Ssn attraverso lo strumento dei Piani sanitari triennali (previsto per il settore pubblico, per gli Irccs e gli Ospedali Classificati, escluse le case di cura accreditate). Ecco il testo:

1. "...La riorganizzazione della rete ospedaliera è una linea di in-

tervento... a tal fine si dà mandato alla Giunta regionale di predisporre in collaborazione con le Aziende Ospedaliere accreditate e previo parere della Commissione consiliare competente un progetto di ristrutturazione della rete ospedaliera... (nuovi ospedali, riconversione ospedali esistenti, adeguamento offerta posti letto per acuti, per riabilitazione, per lungodegenza, per alta specialità, ospedali diurni)..."

2. "...la rivalutazione del dimensionamento dell'offerta di posti letto ospedalieri sia acuti, sia riabilitativi, sia di lungodegenza deve essere posta ed affrontata in un'ottica che consideri in modo integrato e sinergico tutti i servizi di tipo sanitario e socio-sanitario che già oggi spesso erogano prestazioni di tipo quasi equivalente nella sostanza ma decisamente differenti in termini di costi di erogazione..."

3. "...si conferma il valore di strumento programmatico dei piani strategici triennali... Le aziende ospedaliere pubbliche, compresi gli Irccs e gli ospedali classificati presenteranno i piani strategici triennali per il periodo di vigenza del Piano indicando: linee di sviluppo aziendale, rimodulazione dell'offerta ospedaliera, previsioni triennali del qua-

## Ospedali pubblici/Case di Cura accreditate. Confronto: personale, strutture, ricoveri, servizi urgenza-emergenza

	Accreditate	Pubblici
Personale dipendente	8.478	80.953
Medici Dipendenti	596	11.187
Medici a rapporto Lib.Prof.	1.162	-
N. Strutture	54	119
Posti letto	8.635	37.251
N. Ricoveri	284.092	1.162.446
Pronto Soccorso/DEA	18	87
Rianimazione	8	37
Centro Trasfusionale	1	43
Centro Dialisi	3	43
Posti in camera Iperbarica	24	-

dro economico-finanziario e delle risorse umane..."

4. "...L'accordo Stato-Regioni dell'8 agosto 2001 ha previsto l'impegno delle regioni di portare il tasso di posti letto per acuti al 4 per mille abitanti: il raggiungimento di tale obiettivo nel medio-lungo periodo comporterà una riduzione di 5400 posti letto..."

Il secondo cambiamento comporta una revisione dell'organizzazione dell'emergenza-urgenza a partire dalle attuali strutture (per la quasi totalità ospedali pubblici):

1. "...si tratta di differenziare strutture facenti parte della rete dell'emergenza-urgenza da quelle strutture accreditate che per caratteristiche strutturali e organizzative svolgono solo attività programmata..."

2. "...In questa seconda fase di riforma si tratta di valorizzare la di-

versificazione esistente nell'offerta ospedaliera non certo sulla base della natura giuridica del soggetto, ma su caratteristiche oggettive legate a variabili assistenziali e organizzative che, se correttamente descritte e riconosciute, rappresentano una ricchezza e non certo una criticità..."

3. "...All'interno della rete ospedaliera coesistono realtà organizzative e assistenziali solo apparentemente simili. Il riconoscimento e la corretta caratterizzazione di tali realtà deve portare ad un servizio sanitario più chiaramente leggibile per il cittadino e ad una migliore valorizzazione dei punti di eccellenza..."

4. "...Si dà mandato alla Giunta regionale, previo parere della Commissione competente, entro 12 mesi dalla approvazione del presente Piano, di provvedere al-

la revisione della rete ospedaliera dell'emergenza-urgenza..."

5. "...e di definire le modifiche della remunerazione delle prestazioni con particolare riferimento alla rete dell'emergenza..."

6. "...contemporaneamente deve essere attivato un processo di elaborazione di standard di accreditamento che rendano ragione delle differenze qualitative esistenti anche all'interno delle stesse discipline riconoscendo la differenza del ruolo svolto da diversi soggetti erogatori..."

Come si vede due modifiche sostanziali, che non mancheranno di incidere in modo significativo sugli assetti dell'ospedalità regionale e che necessitano, pertanto, di una attenta e corretta applicazione per non innescare elementi di squilibrio nella competizione tra pubblico e privato.

## Emilia Romagna: siglato il nuovo accordo per il triennio 2001-2003

Con una delibera della Giunta regionale è stato siglato il nuovo accordo di budget con gli Ospedali Privati Accreditati associati ad Aiop ed Aris (Associazione Italiana Ospedalità Privata e Associazione Religiosa degli Istituti Sociosanitari) che per l'anno 2001 ammonta a 201 mln e 644 mila euro (390.437.228.000 di lire). L'accordo siglato, che prevede un'estensione anche per l'alta specialità, contiene per la prima volta un budget specifico per le attività di tipo psichiatrico e neuropsichiatrico ed istituisce un fondo di oltre 7 mln di euro (e precisamente 7 mln e 747 mila, pari ad oltre 15 miliardi di lire) per la revisione dei tetti di spesa complessivi.

A tal fine è prevista la possibilità di una oscillazione del 5% all'interno dei singoli budget di struttura, oltre la quale scatterà la penalizzazione. Inoltre, se le strutture saranno in grado di raggiungere alcuni

obiettivi strategici quali:

- ridurre i livelli di inappropriatazza dei ricoveri
- ridurre i tempi di attesa
- ridurre il tasso di ospedalizzazione
- migliorare la continuità assistenziale
- è previsto un sistema di abbattimento differenziato.

Per quanto si riferisce all'assistenza indiretta, erogata solo dall'ospedalità privata non accreditata e dalle Unità operative non accreditate delle strutture di alta specialità, il budget disponibile è di 3mln. 615 mila euro (circa 7 miliardi).

### Ricoveri - dati 1999

	Osp. Priv. Accreditati	%	Osp. Pubblici	%	Irccs	%	Totali parziali
<b>N. Ricoveri</b>							
Acuti	91.642	13,6	568.355	84,2	15.048	2,2	675.045
Day-Hosp. Acuti	12.625	5,4	220.244	94,6	-	-	232.869
Riabilitazione	8.767	66,9	4.336	33,1	-	-	13.103
Day-Hosp. Riabilitazione	174	5,6	2.945	94,4	-	-	3.119
Lungodegenza	8.849	38,1	14.354	61,9	-	-	23.203
<b>Totale</b>	<b>122.057</b>	<b>12,9</b>	<b>810.234</b>	<b>85,5</b>	<b>15.048</b>	<b>1,6</b>	<b>947.339</b>

Fonte: Ministero della Salute

## Ospedalità pubblica e privata a confronto - dati 1999

N. Abitanti 3.992.411

	Ospedalità Privata Accreditata	Ospedali pubblici
N. strutture	41	44
Posti Letto	4.882	17.825
PL/1000 abitanti	1,22	4,46
Personale dipendente	4.347	37.101
Medici Dipendenti	183	6.652
Medici a rapporto Lib.Prof.	980	-
Pronto Soccorso/DEA	1	62
Rianimazione	-	19
Centro Trasfusionale	-	14
Centro Dialisi	2	30
Posti in camera Iperbarica	22	17

segue dalla prima

## NON C'È SPAZIO PER PROPOSTE SOLITARIE

status all'altro. Si lascia intendere che la possibilità di effettuare attività extra-moenia sia offerta anche a chi opta per il tempo pieno, mantenendo per ora gli attuali livelli stipendiali. Non si comprende bene se l'esercizio dell'intramoenia rimane un diritto di tutti coloro che non hanno optato per l'attività extra-moenia, oppure se si tratta di una scelta opzionale della direzione strategica che potrà valutare, caso per caso, se consentire tale esercizio oppure no. Si tratta di una variabile di grande importanza perché è strettamente collegata con l'obbligo, per l'Azienda, di allestire spazi adeguati e con l'erogazione dell'indennità di esclusività di rapporto. La bozza "Sirchia" fa riferimento all'obbligo, per le Aziende, di acquistare prestazioni dai propri dirigenti medici per giungere all'azzeramento delle liste d'attesa, come atto preliminare all'autorizzazione ad effettuare attività intra-moenia. Appare un'iniziativa velleitaria e basata su risorse che le Aziende dovranno reperire all'interno dei propri bilanci, in applicazione peraltro di una norma contrattuale già esistente e mai attuata che non ha trovato finanziamento, impedendo la soluzione del problema delle liste d'attesa e, quindi, l'esercizio dell'attività intra-moenia. Il Ministro sappia che, secondo dati in nostro possesso, solo il 4-5 % di tutti i dirigenti medici dipendenti ha esercitato, ad oggi, l'opzione per l'attività extra-moenia. Pur ammettendo che alcuni colleghi, per conservare la responsabilità di una struttura, semplice o complessa, siano stati costretti a rinunciare all'opzione per l'extra-moenia, rimane l'impressione che questo grande movimento "libertario" riguardi una stretta minoranza di colleghi, molto rumorosa, a fronte di una maggioranza silenziosa che aveva accettato

la riforma Bindi, pur con le sue rigidità, e che era in attesa di piccoli aggiustamenti legislativi o piuttosto di decisi interventi da parte delle direzioni aziendali miranti a garantire il rispetto delle norme e la soluzione del problema delle liste d'attesa, che anche e non soprattutto per la disonestà di pochissimi, viene usato per gettare discredito sull'intera categoria.

Un'altra novità è l'abolizione dell'incompatibilità della responsabilità di struttura, semplice o complessa, per tutti coloro che esercitano l'opzione per l'extra-moenia, abolendo uno dei capisaldi della riforma Bindi: com'è noto tale vincolo si basava sull'assunto che la responsabilità di struttura comporta un complesso di responsabilità da non consentire impegni esterni all'azienda e che la "fidelizzazione" all'azienda veniva ritenuta condizione indispensabile per chi eserciti funzioni di responsabilità di struttura. Ulteriore proposta riguarda l'età pensionabile portata a 67 anni più tre più due: sappiamo tutti che si tratta di una norma voluta da alcuni apicali, che, senza risanare i bilanci previdenziali, bloccherà ulteriormente le carriere aumentando i sensi di insoddisfazione e di frustrazione per l'assoluta maggioranza dei colleghi: ai cittadini ogni commento sulla potenziale sicurezza offerta da colleghi anziani e molto spesso logorati da lunghi anni di una professione molto bella, ma sicuramente altrettanto impegnativa.

Il presupposto di questo cambiamento ipotizzato dal ministro, non concordato con la sua maggioranza, è che le Regioni si facciano carico delle somme necessarie a finanziare l'acquisto di prestazioni per l'azzeramento delle liste di attesa e del mantenimento del finanziamento dell'attuale esclusività di rapporto nonostante la caduta del vincolo. Le Regioni, immediatamente e ufficialmente incontrate dall'Anaa Assomed e dall'Intersindacale hanno rifiutato, seppur con toni diversi, l'assunzione di simili oneri. Sappia allora il Ministro che si sta inoltrando in vicolo cieco. La maggioranza dei dirigenti sanitari che noi rappresentiamo ha già deciso all'unanimità che non accetterà mai di rinunciare alle conquiste ottenute: - diritto soggettivo per tutti alla libera professione intramoenia e ove questa fosse impossibile in strutture convenzionate con l'azienda; - mantenimento, fino all'ultima lira, delle somme individualmente percepite per l'esclusività di rapporto e del loro meccanismo di progressione. Solo la certezza di non perdere quanto già pattuito ci indurrà a prendere in considerazione nuove proposte. Il Ministro dovrà comunque convincersi che non c'è spazio per proposte solitarie. L'attuale quadro normativo impone di dare finalmente vita al tavolo a tre: Governo, Regioni, senza le quali è impossibile procedere, e Associazioni mediche, la cui volontà lui crede, sbagliando, di interpretare.



# La forza DI SEMPRE

**Un'associazione medica legata alla difesa dei valori della professione, dell'equità e della giustizia nella tutela della salute**

**XIX CONGRESSO NAZIONALE ANAAO ASSOMED**  
12-15 GIUGNO 2002

**MERCOLEDÌ 12 GIUGNO 2002**

**ORE 15.00** REGISTRAZIONE PARTECIPANTI  
**17.00** APERTURA DEL CONGRESSO  
E ADEMPIMENTI STATUTARI  
**19.00** COCKTAIL DI BENVENUTO

**GIOVEDÌ 13 GIUGNO 2002**

**ORE 09.30** RELAZIONE DEL SEGRETARIO NAZIONALE,  
SERAFINO ZUCHELLI  
**11.00** TAVOLA ROTONDA  
**14.00** COLAZIONE DI LAVORO  
**15.00** SALUTO DELLE AUTORITÀ  
**16.00** DIBATTITO  
**19.00** PRESENTAZIONE DELLE MODIFICHE STATUTARIE  
E CONSEGUENTI VOTAZIONI

**VENERDÌ 14 GIUGNO 2002**

**ORE 08.30** DIBATTITO  
**13.30** COLAZIONE DI LAVORO  
**15.00** DIBATTITO  
**21.00** CENA SOCIALE

**SABATO 15 GIUGNO 2002**

**ORE 08.30** PRESENTAZIONE  
DELLE MOZIONI E DELLE LISTE  
**09.30** DIBATTITO SULLE MOZIONI  
**11.00** SVOLGIMENTO DELLE ELEZIONI  
PROCLAMAZIONE DEGLI ELETTI  
**14.00** CHIUSURA DEL CONGRESSO

**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**  
Su questo numero:  
**Eva Antoniotti, Lucia Conti,  
Fabio Florianello, Maria Gullo,  
Gian Mario Santamaria, Claudio Testuzza,  
Gerardo Tommasiello, Concetta Vaccaro**

Segreteria di redazione:

**Arianna Alberti**

Progetto grafico e impaginazione:

**Giordano Anzellotti**

Abbonamento annuo € 20,66

Prezzo singola copia € 2,50

Editore

**Italpromo Esis Publishing**

Via del Commercio 36, 00154 Roma  
Telefono 065729981 - fax 0657299821/2  
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 maggio

**Auditorium Comunale, Piazza Sedile, Matera**

**ANAAO  
ASSOMED**  
ASSOCIAZIONE MEDICI DIRIGENTI