

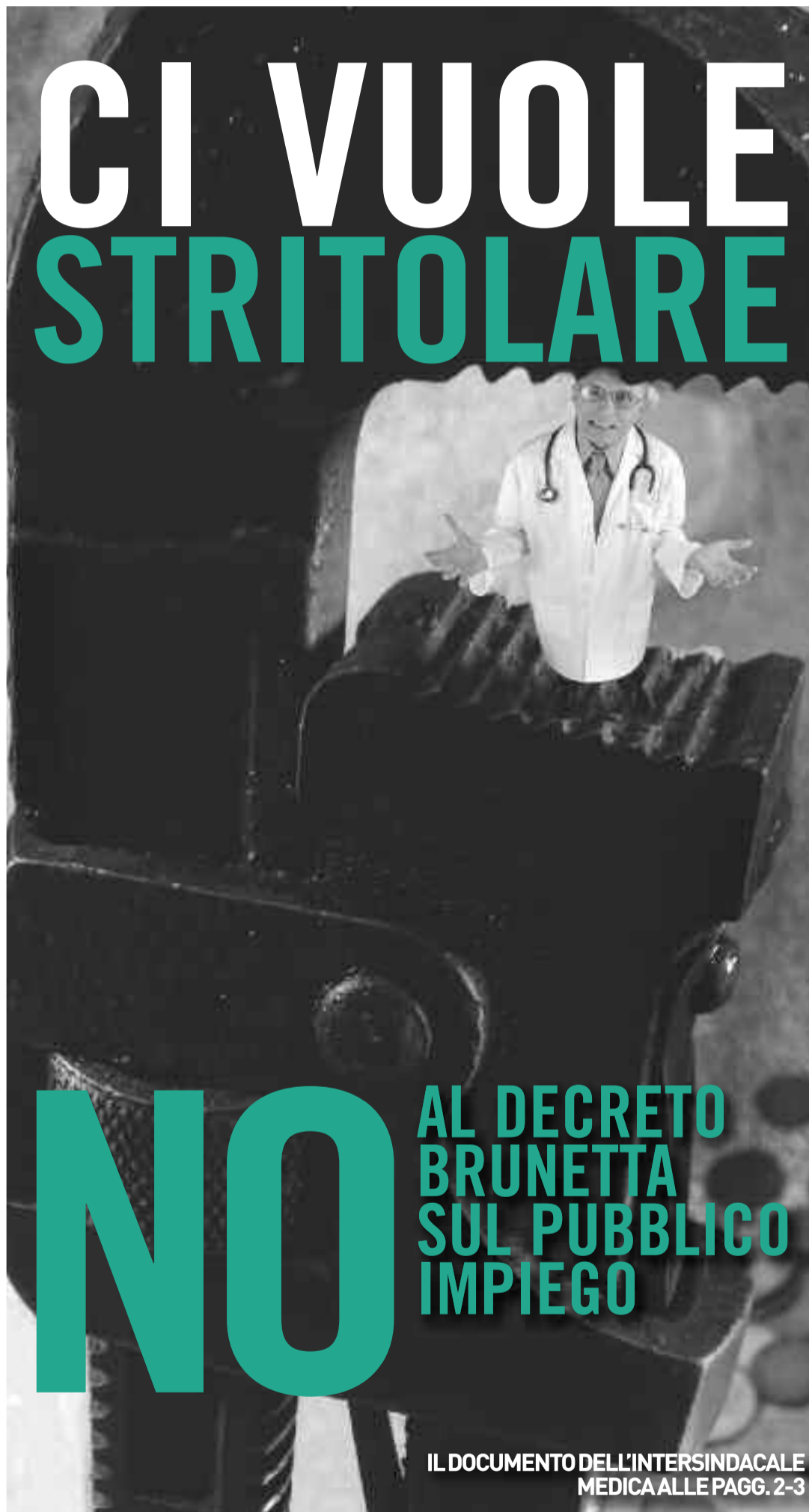
CARO BRUNETTA, COSÌ NON VA

Altro che riforma del Pubblica impiego. Quello che il ministro Brunetta sta mettendo in atto con il Decreto delegato è un vero e proprio terremoto che taglia a fette il Ssn e mina l'identità professionale dei medici che lavorano seriamente e con passione.

Per questo nove sigle sindacali della dirigenza medica e veterinaria Anaa Assomed, Cimo Asmd, Aaroi, Fp Cgil Medici, Fvm, Federazione Cisl Medici, Fassid, Fesmed, Federazione Medici Uil Fpl, hanno protestato a Roma il 9 luglio.

Armati di bandiere e cartelli, i camici bianchi dopo una manifestazione al cinema Farnese hanno fatto sentire la loro voce in un sit in organizzato sotto palazzo Vidoni ricordando al ministro che non sono spie, né macellai, né fannulloni, ma medici. Professionisti che, come ha sottolineato Carlo Lusenti, segretario nazionale dell'Anaa Assomed "lavorano in un Paese in cui il falso di bilancio non è più reato, ma che vengono accusati del reato di falsa certificazione". Medici che ogni giorno "si prendono cura della salute del Paese, con dieci milioni di ore di straordinario all'anno, e che esigono quindi più rispetto". Per questo i sindacati di categoria hanno chiesto che il decreto delegato sulla pubblica amministrazione, che dovrebbe essere approvato in via definitiva dal Governo entro il 24 luglio, venga corretto prima del suo definitivo via libera.

L'affondo di Lusenti al ministro della Pubblica amministrazione è duro: "Il suo paradigma è 'tutto e subito', in barba al confronto con



le parti sociali". Brunetta, ha spiegato Lusenti, ha confezionato una legge che riforma profondamente un settore importante come quello della Pubblica amministrazione senza alcun accenno di consultazione: "Questo è sbagliato e pericoloso. Anche perché tutto viene proposto sull'onda dello slogan ideologico che dipinge i dipendenti pubblici come monatti, i medici come macellai, tutti come fannulloni cronici". È la prova che il ministro Brunetta vuole liquidare la Pubblica amministrazione. E non siamo solo noi medici a manifestare perplessità, ha aggiunto Lusenti: tutta la Conferenza delle Regioni ha espresso un'unanime critica sia nei confronti del decreto. Ma quante e quali saranno le ricadute sui professionisti della sanità se il decreto verrà approvato senza alcun correttivo? Numerose, e provocheranno un terremoto profondo nella vita professionale dei medici (nelle pagine successive pubblichiamo il documento stilato dai sindacati che analizza le criticità contenute nel decreto Brunetta). La riforma non tiene conto delle specificità del Sistema sanitario nazionale il quale ha già provveduto a introdurre sistemi di verifica; centralizza le decisioni in netto contrasto con il federalismo, sostituisce un sistema basato sul raggiungimento del risultato da parte di tutti nell'interesse dei cittadini, con un sistema rigido di premi individuali. E ancora, colpisce la buona contrattazione, stravolge le relazioni sindacali prorogando i dati della rappresentatività dal 2006 al 2012 e si accanisce contro i medici per le certificazioni di malattia su cui si adombra una generica falsità. Insomma, "stritolare" i medici. È una "medicina" che seppellisce il paziente non lo cura. (E.M.)

Sommario

I 50 ANNI DELL'ANAAO

Cronaca dell'evento cui hanno partecipato tra gli altri Sacconi, Fazio, Turco, Palumbo e Bissoni

pagina 4

LE NOSTRE INTERVISTE

In questo numero a colloquio con Corsi, neo responsabile sanità Pdl e Bianco, presidente Fnomceo

pagine 5-6

RAPPORTO OCSE

Sempre più bassa la spesa per la sanità in Italia, ormai al di sotto della media Ocse

pagina 8

CONTRIBUTI

Montante e Benazzato sull'integrazione sanitaria e Costantino e Palermo sul diritto al riposo

pagine 9-15

IL DOCUMENTO DELL'INTERSINDACALE



DECRETO BRUNETTA I TANTI PERCHÉ DEL NOSTRO NO

UNA RIFORMA CHE NON TIENE CONTO DELLA SPECIFICITÀ DEL SSN CHE HA GIÀ PROVVEDUTO DA TEMPO AD INTRODURRE SISTEMI DI VERIFICA E DI FLESSIBILITÀ NELL'INTERESSE DEI CITTADINI UTENTI

La dirigenza del servizio sanitario nazionale ha già provveduto con il contratto nazionale del lavoro del 7 dicembre 1996 a realizzare un sistema di norme contrattuali che hanno consentito flessibilità in termini di orario di erogazione delle prestazioni ai cittadini, un sistema di valutazione dei dirigenti sia per quanto riguarda i compiti istituzionali che per quanto riguarda la verifica di obiettivi, la periodica verifica annuale per quanto concerne il raggiungimento degli obiettivi sia dal punto di vista professionale che gestionale, la verifica triennale per quanto riguarda gli incarichi

dirigenziali, l'abolizione degli automatismi contrattuali e la variabilità del salario in funzione delle valutazioni e del raggiungimento degli obiettivi. Inoltre le Regioni hanno già insediato da tempo gli organismi di verifica e di controllo: collegi tecnici e nuclei di valutazione esterni all'amministrazione. La proposta contenuta nei decreti delegati, ancorché rispondente alla necessità di modernizzare la pubblica amministrazione, nel caso della dirigenza del Ssn rischia di duplicare la normativa esistente con quella già in atto con moltiplicazione degli organismi e degli adempimenti burocratici e ritardo nella programmazione degli obiettivi e della loro valutazione oltre che alla quantificazione e liquidazione del salario accessorio.

UNA RIFORMA CHE NON TIENE CONTO DELLE COMPETENZE DELLE

Il decreto di Riforma del Pubblico Impiego targato Brunetta colpisce duramente la professione medica. Contiene, infatti, criticità che le sigle sindacali - Anao Assomed, Cimo Asmd, Aaroi, Fp Cgil Medici, Fvm, Federazione Cisl Medici, Fassid, Fesmed, Federazione Medici Uil Fpl - hanno analizzato e messo nero su bianco in un documento presentato in occasione della manifestazione Intersindacale del 9 luglio 2009 a Roma. Con un obiettivo ben preciso: correggerle prima della definitiva approvazione del provvedimento

REGIONI IN MATERIA DI ORGANIZZAZIONE DEL LAVORO

Nonostante l'impostazione federalista della Legislatura e la recente approvazione del federalismo fiscale, i decreti delegati impongono un modello unico di dirigenza pubblica anche in termini di organizzazione del lavoro non tenendo neppure in considerazione il fatto che la tutela del-

la salute è oggetto di legislazione concorrente già nell'attuale assetto costituzionale. Anche gli istituti contrattuali, vengono centralizzati e disposti attraverso la legificazione. Agli istituti contrattuali già previsti nella contrattazione integrativa decentrata (retribuzione di posizione variabile aziendale, retribuzione di risultato, premio per la qualità della prestazione indi-

viduale, retribuzione accessoria collegata al fondo per il disagio) vengono aggiunti ulteriori voci stipendiali (bonus annuale delle eccellenze, premio annuale per l'innovazione) e si ipotizzano nuove forme di progressioni economiche, di carriera e di accesso riservato a percorsi di alta formazione. Tutto questo si dovrebbe sovrapporre all'impianto contrattuale esistente sen-

za ulteriori oneri per la finanza pubblica, ovvero senza nuove risorse, ma semplicemente frantumando le già scarse risorse esistenti. Ne deriva che il cosiddetto sistema premiale sarebbe autofinanziato dagli stessi dirigenti che rinuncerebbero a voci stipendiali fisse già acquisite per alimentare con le proprie risorse un sistema di premi e penalizzazioni. Da tale spartizione deriverebbe una tale inconsistenza delle risorse disponibile da vanificare del tutto l'effetto premiale della contrattazione decentrata. Le prerogative delle Regioni e delle Aziende sarebbero del tutto confinate in un rigido schema economico e normativo. Emblematico l'allungamento degli obiettivi da annuali a triennali con verifiche e liquidazione delle spettanze entro il 30 giugno dell'anno successivo. Si tratta di un differimento e di una diluizione del sistema degli obiettivi attualmente in vigore nel Ssn, su base annuale, che non può che contribuire ad una perdita totale di credibilità del sistema.

ATTACCO ALL'INDIPENDENZA ED ALL'AUTONOMIA DEI DIRIGENTI PUBBLICI

Il ruolo del Dirigente della pubblica amministrazione è quello di mero esecutore delle direttive politiche. Infatti, gli obiettivi sono programmati e definiti "dagli organi di indirizzo politico-amministrativo" (art. 5), monitorizzati e verificati dagli "organi di indirizzo politico-amministrativo" (art. 6) tramite un "organismo indipendente di valutazione", talmente indipendente da essere nominato esclusivamente "dall'organo di indirizzo politico-amministrativo" (art. 14). L'organo di in-

dirizzo politico-amministrativo naturalmente verifica il conseguimento effettivo degli obiettivi strategici (art. 15). L'art. 52 completa il quadro modificando la legge 165/01 precisando che "sono, in particolare, escluse dalla contrattazione collettiva le materie attinenti all'organizzazione degli uffici, (...), la materia del conferimento e della revoca degli incarichi dirigenziali". In definitiva mano libera al potere "politico-amministrativo" su incarichi, premi e retribuzioni.

SOSTITUZIONE DEL SISTEMA BASATO SUL RAGGIUNGIMENTO DEI RISULTATI CON UN SISTEMA RIGIDO DI PREMI INDIVIDUALI

Il sistema del raggiungimento dei risultati viene completamente stravolto: i risultati non vengono più valutati in quanto tali a consultivo ma viene redatta una graduatoria dei risultati raggiunti in cui i dipendenti e dirigenti vengono divisi in tre classi di merito a prescindere dalla percentuale di raggiungimento degli obiettivi: la prima fascia costituita dal 25% dei soggetti divide il 50% del fondo, la seconda costituita dal 50% dei soggetti divide il restante 50% del fondo, mentre un 25% viene collocato a prescindere nella terza fascia priva di salario accessorio. Poco importa chi è meritevole o demerita l'importante è essere più bravo o avere meno demeriti rispetto ai colleghi. Lo stesso concetto di risultato viene stravolto in quanto si prescinde da dati obiettivi e ci si limita a dividere in fasce di merito il personale. Un risultato misurato a priori in termini meramente relativi e comparativi. Lo stesso dettato costituzionale (articolo 36: "Il la-

voratore ha diritto ad una retribuzione proporzionata alla quantità e qualità del suo lavoro") viene sacrificato alla necessità di realizzare una competizione tra dipendenti e dirigenti finalizzata al raggiungimento di un premio. Si ignora inoltre la necessità di un lavoro di équipe in organizzazioni complesse come sono le strutture pubbliche nelle quali il soddisfacimento delle esigenze del cittadino non può che essere il frutto di un lavoro coordinato di più soggetti che relazionano tra di loro, non certo impegnati in ancestrali competizioni individuali. Anziché perseguire il raggiungimento degli obiettivi da parte di tutti nell'interesse dei cittadini si istituisce per legge una differenziazione rigida ed obbligatoria a prescindere dai risultati ottenuti. Si ribadisce un'ideologia che dietro un'apparente meritocrazia sostiene l'affermazione dei più forti e la penalizzazione dei più deboli in un sistema in cui i giudizi e le sentenze sono inappellabili e unicamente formulate dall'organo di vertice. Nessuno spazio quindi alle valutazioni collegiali, al giudizio di organi esterni all'amministrazione (fatta salva l'ennesima authority nazionale) a criteri condivisi nella contrattazione decentrata e allo stesso giudizio degli utenti chiamati quasi esclusivamente a formulare reclami da utilizzare in senso punitivo. La presunzione del Dirigente "politico-amministrativo" al vertice della struttura inteso come datore di lavoro, ancorché sprovvisto di capitale di rischio proprio, pervade l'intera ideologia del sistema, con un'assimilazione impropria con l'imprenditore privato. Del tutto "ancillare" e relegato in un ruolo di mero prestatore d'opera risulta il

Il ruolo del Dirigente della pubblica amministrazione è quello di mero esecutore delle direttive politiche

compito del dirigente non gestionale ovvero dei professionisti che operano nella struttura pubblica.

SVUOTAMENTO DELLA CONTRATTAZIONE SINDACALE

L'ultima stesura del decreto delegato recepisce un suggerimento formulato in sede di dibattito parlamentare ovvero la non necessità dell'accordo sindacale in sede di contratto integrativo decentrato e la facoltà dell'amministrazione di procedere unilateralmente. È il senso della modifica dell'articolo 40 della Legge 165/01 al comma 3-ter: "Al fine di assicurare la continuità e il migliore svolgimento della funzione pubblica, qualora non si raggiunga l'accordo per la stipulazione di un contratto collettivo integrativo, l'amministrazione interessata può provvedere, in via provvisoria, sulle materie oggetto del mancato accordo, fino alla successiva sottoscrizione. Agli atti adottati unilateralmente si applicano le procedure di controllo di compatibilità economico-finanziarie". È il colpo finale di una contrattazione già svuotata di competenze che perfino nel trattamento accessorio è stata contingentata sia nelle risorse economiche che nella loro ripartizione.

STRAVOLGIMENTO DELLE RELAZIONI SINDACALI

L'articolo 63 interviene pesantemente sulle relazioni sinda-

cali, viene prorogata la validità della rappresentatività valida per il 2008-2009 al triennio successivo, in tal modo la rilevazione in corso delle deleghe al 31/12/2008 viene privata di qualunque validità. Non solo, ma prorogando per il successivo triennio gli organismi di rappresentanza unitaria del personale viene cancellata per il comparto una scadenza elettorale prevista. La riduzione a soli due aree e comparti distrugge le molte specificità e le specializzazioni di molti comparti pubblici riconducendoli ad un modello unico rigido e non adeguato ai diversi servizi da erogare ai cittadini. L'area medica e veterinaria viene ricondotta come sezione contrattuale alla dirigenza del ruolo sanitario.

ACCANIMENTO CONTRO I MEDICI: FALSE CERTIFICAZIONI MEDICHE EQUIPARATE AI DELITTI PIÙ GRAVI

Senza spiegare quante certificazioni mediche siano state accertate come false in questi anni, il Ministro Brunetta ha diffuso nell'opinione pubblica il falso convincimento di una loro numerosità tale da costituire allarme sociale. In realtà la quasi totalità dei certificati di malattia sono confermati dalle visite di controllo. Non solo, ma l'assurdo obbligo della visita di controllo sin dal primo giorno di malattia, solo per i dipendenti pubblici oggetto di regime discriminatorio, sta producendo costi assai elevati per tutte le amministrazioni. Sarebbe interessante quantificare il costo sostenuto per le visite di controllo e quali divergenze si sono riscontrate tra queste ed i certificati rilasciati in prima istanza. Su questo terreno si deve valutare l'efficacia del provvedimento. L'equiparazione della falsa certificazione medica ai delitti più efferati, senza specificare le modalità di accertamento di tali falsità e la loro consistenza, sono un elemento inquietante per la categoria.



Convegno nazionale ANAAO ASSOMED 1959-2009

50 ANNI DALLA PARTE DEI MEDICI

Ricordare e imparare dal passato per guardare al futuro. È questa la sfida ambiziosa che l'Anaa Assomed ha voluto "regalarsi" per i suoi 50 anni. Perché da sempre questo è stato, ed è, un sindacato che guarda avanti per difendere i diritti dei medici e curare al meglio tutti in un Ssn universale e solidaristico. E il convegno nazionale "Anaa Assomed 1959-2009: da 50 anni con i medici per una sanità migliore" organizzato a Roma il 19 giugno al quale hanno partecipato, tra i molti, il ministro del Welfare Maurizio Sacconi e il viceministro alla Salute Ferruccio Fazio è stata l'occasione, non solo per celebrare il sindacato, ma anche per puntare i riflettori sui temi più caldi della sanità. Che non sono pochi: si va dalla difficile situazione nelle Regioni in grave deficit finanziario alla riorganizzazione dell'assistenza sanitaria, dalle ricadute negative del decreto Brunetta sulla categoria medica al rinnovo contrattuale ancora in alto mare. Proprio sulla spesa sanitaria e sulla tenuta del Ssn è intervenuto il ministro del Welfare, **Maurizio Sacconi**, che ha bacchettato le Regioni in rosso profondo – Abruzzo, Lazio, Molise, Campania, Sicilia e Calabria – responsabili di un buco stimato dal Governo in 3-3,5 miliardi di euro: per loro non ci sono più scuse, ha detto il ministro annunciando l'arrivo di azioni risolutive entro la fine di luglio.

La manifestazione organizzata dall'Anaa Assomed per i suoi cinquant'anni di attività non è stato solo un momento celebrativo, ma l'occasione per fare il punto della situazione. Per capire quali sono i nodi più duri da sciogliere. Per comprendere quali sono le sfide con le quali dovranno confrontarsi i camici bianchi... nei prossimi cinquant'anni

Non solo spesa, Sacconi è intervenuto anche sulla questione scottante delle retribuzioni dei medici: in accordo con la linea sposata dal ministro Brunetta si è dichiarato favorevole nel legare gli stipendi ad una componente meritocratica collegata agli esiti ed alla verifica dei risultati. Un'affermazione che ha incassato la replica del segretario nazionale dell'Anaa Assomed, **Carlo Lusenti**: "Sul concetto di meritocrazia siamo tutti d'accordo, tant'è vero che gli stipendi dei medici non sono tutti uguali. Ma la meritocrazia – ha precisato – si attua mettendo nel sistema delle retribuzioni nuove risorse, poiché se queste non ci sono, anche premiare il merito diventa impossibile". In altri termini, ha avvertito Lusenti, essendoci al momento fondi insufficienti, diventa difficile differenziare le retribuzioni, con il risultato che "si determina soltanto lo 'schiacciamento' di tutte le figure mediche verso il basso. Si pensi soltanto che per il prossimo triennio, le risorse stanziare per il Pubblico impiego, ed i medici, sono pari alla cifra di un euro al giorno".

Nonostante il momento storico sia difficile, il viceministro alla Salute **Ferruccio Fazio** si è dichiarato ottimista sul futuro. "Ho cercato per un anno di capire se un sistema sanitario diverso da quello che abbiamo sarebbe preferibile. La risposta – ha sottolineato – è che non ho trovato nulla di meglio. Un sistema universalistico a governance pubblica, con un privato che deve avere regole sicuramente migliori, ma comunque inserito in una dimensione pubblica, con un sistema multiregionale dove le esperienze migliori vengono mutualizzate è perfetto". Certo, alcune cose, ha riconosciuto Fazio, vanno cambiate, razionalizzate. Sicuramente bisogna perfezionare il rapporto ospedale territorio. "La sanità di domani – ha detto – deve garantire al cittadino l'assistenza territoriale e dunque va resa centrale la figura del medico di medicina generale. Le diagnosi dovranno essere fatte il più possibile al di fuori degli ospedali, mentre al loro interno dovranno essere concentrate alte tecnologie e multidisciplinarietà".

Per il viceministro, la parola d'ordine deve essere "appropriatezza". Appropriatezza delle cure, dell'acquisto di beni e servizi, della spesa farmaceutica che verrà costantemente monitorata dall'Agenas. E su questo fronte una delle atout da giocare è quella delle linee guida che, ha annunciato, verranno emanate a breve: "Se seguite – ha affermato – ci possono salvare dai rischi di inappropriata spesa". Il controllo della spesa è sta-

to il fil rouge della tavola rotonda organizzata nell'ambito del convegno per celebrare i 50 anni dell'Associazione. **Livia Turco**, capogruppo Pd in Commissione Affari sociali, ha ricordato che le politiche dei piani di rientro, avvia-

ventare la chiave di lettura per misurare e capire l'efficienza e le differenze tra le regioni. Ed anche per governare la spesa. Ma Stato e Regioni devono trovare una dirittura condivisa di governo del sistema, anche per realizzare insieme i Piani di rientro. "Bisogna costruire un sistema competente capace di affiancare quelle realtà regionali in affanno" ha detto. E comunque, ha aggiunto, i finanziamenti previsti per i prossimi anni sono troppo esigui anche per le Regioni efficienti. "Il servizio sanitario – ha concluso Bissoni – è la massima espressione

Manifestazione dell'Anaa Assomed nel 1996 a Roma



te dal centro sinistra, sono necessarie per la qualità del sistema e che quindi è necessario proseguire su questa strada per raggiungere la piena efficienza del sistema. Servono però risorse adeguate per garantire l'efficienza del sistema pubblico. Secondo il senatore **Cesare Cursi**, responsabile Sanità del Pdl, bisogna invece saper spendere bene le risorse quando ci sono e non lasciarle inutilizzate come è avvenuto nel caso dei fondi ex articolo 20 rimasti inutilizzati. Soprattutto, con l'avvio del federalismo fiscale, occorrerà vigilare per evitare disuguaglianze tra i cittadini. Per **Giovanni Bissoni**, assessore alla sanità dell'Emilia Romagna, bisogna trovare meccanismi di finanziamento trasparenti, soprattutto il tema della qualità complessiva del governo della sanità deve di-

di una società solidale, se ci troviamo d'accordo su questo, forse diventerà un po' più facile guardare al futuro". Ha richiamato l'attenzione sulla professione medica **Amedeo Bianco**, presidente della Fnomceco, ha chiesto un po' più di rispetto per una categoria che: "avrà i suoi vizi, ma anche grandi virtù. Merita, quindi, da parte della politica un approccio diverso. Non sono giustificabili quei cortocircuiti che registriamo nella politica e nella quotidianità delle cose". Un invito al quale ha risposto **Giuseppe Palumbo**, presidente della commissione Affari sociali della Camera, che ha sottolineato come da parte del Governo ci sia invece la volontà a costruire un nuovo rapporto con la classe medica come dimostra il disegno di legge sul governo clinico. (E.M.)

Il IX Congresso nazionale dell'Anaa Assomed nel giugno 1973 a Palermo



50^{anni}
1959-2009
DALLA PARTE DEL MEDICO
PER UNA SANITÀ MIGLIORE

Intervista a **CESARE CURSI**, responsabile Sanità del Pdl

“LO STATO DEVE GARANTIRE IL SSN PER TUTTI”

Lo Stato centrale deve fare in modo che tutte le Regioni abbiano stessi livelli di assistenza, stesse prestazioni e stessi costi. È una garanzia irrinunciabile per i cittadini

↳ Eva Antoniotti

Il senatore Corsi, nella sua esperienza parlamentare, si è sempre occupato di sanità, con una visione che si potrebbe definire “statalista”, pur avendo realisticamente accettato l’evoluzione federalista che da oltre dieci anni investe il sistema sanitario italiano, resa irreversibile dalla modifica del Titolo V della Costituzione. “Quando si votò il federalismo fiscale – ricorda Cesare Corsi in questa intervista – io mi battei perché vi fosse una norma che impegna lo Stato centrale a fare in modo che tutte le Regioni abbiano stessi livelli di assistenza, stesse prestazioni e stessi costi. È una garanzia irrinunciabile per i cittadini”. Dopo aver avuto l’incarico di sottosegretario al ministero della Salute nel terzo Governo Berlusconi, nella successiva legislatura “breve” ha mantenuto rapporti di dialogo costruttivo con il Governo di centro sinistra guidato da Prodi e in particolare con la ministra Livia Turco. Nella legislatura in corso, però, era stato “spostato” su altri temi, assumendo la presidenza della Commissione Industria, Commercio e Turismo del Senato. Ora, con la definizione dell’organigramma seguita alla costituzione del Partito della Libertà, Corsi torna al mondo sanitario, come responsabile nazionale per la Sanità del partito di centro destra. E conferma il suo atteggiamento dialogante: “Sul problema della salute abbiamo tutti un Dna comune: la salute del cittadino. Per questo penso che riusciremo a tenere aperto il

dialogo anche con l’opposizione”.

Presidente Corsi, lei prende questa importante responsabilità proprio pochi giorni dopo la decisione del Governo di ripristinare un ministero autonomo per la Salute, scelta che lei ha sempre apertamente sostenuto.

Ho sempre dichiarato che ritenevo opportuno che vi fosse un ministero della Sanità, capace di regolare questa materia anche nell’articolazione tra Stato e Regioni. Dobbiamo avere un ministero della Sanità che abbia la capacità, dal centro, di garantire il Ssn per tutti i cittadini, a cominciare dai Lea. Senza un controllo dello Stato, i Lea possono essere diversificati a seconda della spinta più o meno positiva delle Regioni.

Ma con il federalismo fiscale le Regioni dovranno anche fare i conti con le proprie risorse.

Quando si votò il federalismo fiscale io mi battei perché vi fosse una norma che impegna lo Stato centrale a fare in modo che tutte le Regioni abbiano stessi livelli di assistenza, stesse prestazioni e stessi costi. È una garanzia irrinunciabile per i cittadini.

Il nodo politico in sanità è sempre la sostenibilità economica del sistema, che si tratti di risorse centrali o regionali non cambia. Nel Libro Bianco presentato dal ministro del Welfare Maurizio Sacconi a questo proposito si parla di fondi integrativi ma anche di sistemi assicurativi. Lei cosa ne pensa?

Fondi integrativi forse sì, organizzati dai datori di lavoro,

ma credo che da noi ancora non ci sia la cultura e la maturità per arrivare alle assicurazioni. L’assicurazione è un costo che una certa parte della popolazione non può sopportare: come fa a pagare l’assicurazione chi non ha reddito o chi ha un reddito basso? Personalmente sono un tifoso del Ssn, l’ho sempre voluto e difeso, anche se non c’è dubbio che in questo sistema possano esserci delle deviazioni. Scoprire che in Calabria, ad esempio, un ospedale da 12 posti letto registra 320 unità di personale è un fatto drammatico. Per questo lo Stato deve controllare, che i soldi gestiti dalle Regioni siano utilizzati al meglio, con la massima trasparenza. La domanda è sempre: perché il centro nord non ha problemi di deficit? Sicuramente c’è una cultura diversa, ci sono più controlli, c’è anche un atteggiamento diverso da parte dei medici. E sicuramente non ci sono quei piccoli e piccolissimi ospedali, costosi e inutili.

Lei sa bene che molti piccoli ospedali del sud corrispondono a interessi di gruppi di potere politico locale e sono anche una risposta al problema occupazionale.

Certamente è anche così, ma allora occorre creare altre occasioni di lavoro, sostenere la localizzazione diversa di alcune aziende, lo sviluppo di nuovi settori. Ma la sanità oggi deve cambiare, sviluppando soprattutto la sanità sul territorio. Una scelta che io sostengo da anni e che richiede un maggiore ruolo dei medici di famiglia, una riqualificazione

con la quale lo Stato chiede ai medici di famiglia un aiuto perché facciano una selezione seria, rigorosa perché è inutile far andare le persone in ospedale quando possono essere curate sul territorio con minore disagio e minori costi. Questo vuol dire creare nuove strutture, cosa che chiede investimenti.

In Puglia, l’attuale ministro delle regioni Fitto credè gli ospedali territoriali che, a un terzo del costo, danno alle persone, e soprattutto agli anziani, la stessa assistenza che ricevono in un ospedale per acuti. Sono soluzioni possibili e poi dovremmo anche immaginare forme sperimentali di cogestione tra pubblico e privato delle strutture territoriali.

Lei sottolinea la possibilità di ridurre gli sprechi, ma la sanità italiana è tra le meno costose in Europa pur essendo di buona qualità. E i costi per la sanità sono, per ragioni strutturali, costantemente in crescita. Questo Paese può contare su maggiori risorse per la salute o dobbiamo rassegnarci a una sanità meno completa?

Sono certo che possiamo stare al passo col resto d’Europa, avendo però l’accortezza di inventare, cosa che in parte è già stata fatta, nuove norme di comportamento e maggiori controlli nella gestione del denaro da parte delle strutture pubbliche e private. Per esempio si potrebbero usare i Drg, finora applicati solo al privato, anche per il servizio pubblico.

Resta il fatto che le Regioni chiedono un incremento dei fi-



Cesare Corsi

nanziamenti previsti a partire dal 2010, senza il quale non firmeranno il nuovo Patto per la Salute. Sarà possibile recuperare queste risorse?

In questa fase non credo, con la situazione che c’è anche a livello internazionale. Penso che noi dovremo lavorare molto sull’ottimizzazione nell’utilizzo degli stanziamenti attuali, spostando risorse e facendo crescere i controlli e anche le sanzioni: se nel privato qualcuno sbaglia viene licenziato, possibile che nel pubblico questo non accada mai? **Per migliorare la gestione della sanità, senza appiattirsi su criteri esclusivamente economici, si discute da tempo di una legge sul governo clinico, che dia spazio ai professionisti nella gestione delle aziende sanitarie e ospedaliere. Pensa che vedrà la luce a breve?** Si tratta di ridefinire alcuni passaggi, ma quella è una legge che deve andare avanti e ne sono convinti anche il ministro Sacconi e il viceministro Fazio.

Lei ha avuto rapporti molto collaborativi con il precedente Governo. Pensa di poter garantire un clima altrettanto positivo per questa legislatura? Al di là della stima personale verso l’allora ministro Turco, sul problema della salute abbiamo tutti un Dna comune: la salute del cittadino. Per questo penso che riusciremo a tenere aperto il dialogo anche con l’opposizione.

Intervista ad **AMEDEO BIANCO**, presidente della Fnomceo

DAT: IL PRIMATO DEL "DIRITTO MITE"

“Le differenze di posizione in merito ad un tema delicato come quello sulle Dichiarazioni anticipate di trattamento (Dat) sono fisiologiche, ma ciò non significa che ci sia una lacerazione all'interno della Fnomceo. Parlare di scisma mi sembra esagerato”. Così Amedeo Bianco all'indomani dell'approvazione del documento sulle Dat da parte del Consiglio nazionale

↳ Stefano Simoni

Presidente Bianco, la vostra è una lettura critica al testo Calabrò?

No. Se lei legge il documento nota come il riferimento al testo Calabrò è solo un atto dovuto stante ad indicare come la proposta di legge rifletta una specie di necessità insorta dopo il caso Englaro e sul fatto che dopo questa drammatica vicenda è impossibile pensare di non legiferare sulle dichiarazioni anticipate di trattamento, visti i conflitti che si sono accesi tra potere legislativo e potere giudiziario e tra le istituzioni. La nostra idea è che il Codice di Deontologia costituisce la base di una buona relazione di cura e per questo in grado di governare queste difficilissime situazioni.

Giovanni Maria Flick ha detto che esiste un problema giuridico oltre che bioetico e tecnico, per cui non è possibile paragonare una volontà attuale ad una anticipata. È d'accordo?

Sicuramente c'è una differenza e questa va in qualche modo prevista e normata da un provvedimento legislativo. Su questo abbiamo espresso due concetti molto chiari. Il primo, se legge deve esserci questa deve limitarsi a definire gli ambiti di efficacia delle Dat sotto il profilo giuridico, senza invadere la relazione di cura. Secondo, la relazione di cura è fondata sulla scelta del paziente. È la scelta della bioetica moderna che nessuno mette in discussione. Però attenzione, perché

la complessità di alcune scelte è tale che accanto alla libertà del paziente deve esserci il pieno riconoscimento della libertà, autonomia e responsabilità del medico che in quella relazione esercita una funzione di garanzia.

Dunque il problema non è il testo Calabrò quanto la funzione di garanzia che deve esercitare la legge?

Noi pensiamo che la funzione di garanzia, che la legge pensa di poter esercitare compiutamente legiferando, debba invece limitarsi alla cornice essenziale mentre il merito andrebbe lasciato all'incontro forte di due autonomie e di due responsabilità. Quelle del medico e del paziente che vivono in quel momento un incontro particolare e unico, che non può essere previsto da nessuna legge e al cui interno si potranno trovare le risposte più idonee. Fermo restando alcuni principi, an-

che di carattere bioetico e deontologico per noi intoccabili, e cioè: no a pratiche attive eutanasiche, no a forme di abbandono terapeutico, no ad attività diagnostiche o terapeutiche futili o sproporzionate rispetto all'obiettivo di migliorare la malattia o di migliorare la qualità della vita, della sofferenza del paziente.

Qual è la posizione della Federazione sulla questione della nutrizione artificiale?

Noi sosteniamo quello che le società scientifiche sostengono all'unisono e cioè che sotto il profilo tecnico, la nutrizione e l'idratazione, sono a tutti gli effetti trattamenti assicurati da competenze medico sanitarie che richiedono prescrizioni, monitoraggi ed esami.

Questo documento verrà posto all'attenzione della politica? Sì, all'attenzione della politica, della nostra categoria e di quelle coinvolte come noi in queste

situazioni. Il nostro obiettivo era offrire un contributo, non abbiamo nessuna presunzione di aver sancito delle verità. Mi auguro di essere riusciti a suggerire una possibilità doverosa di incontro e di dialogo tra sistemi di valori che, pur rimanendo diversi, necessitano comunque di risposte adeguate. Il senatore Calabrò a Terni ha cercato di spiegare il suo testo, ma non ha convinto molto la platea.

Ha detto che questa legge si riferisce solo agli stati vegetativi ma nessuno l'aveva capito e ha cercato di fornire un elemento di chiarezza sul testo, pur lasciando insoluta la questione delle disposizioni anticipate di trattamento in tutte quelle situazioni in cui si concretizza una perdita irreversibile della capacità di intendere e di volere. Questo è un punto importante, perché accanto alle persone (circa 2.000) in stato vegetativo, ci sono decine di migliaia di persone che, arrivate nelle fasi terminali delle proprie malattie tumorali, degenerative, croniche etc., sviluppano una condizione di non capacità. In quei casi cosa facciamo? Dobbiamo capire a chi ci riferiamo. Noi vorremmo che questo tema fosse sviscerato a tutto tondo. Un semplice decreto "anti-Englaro" non avrebbe senso.

Il documento di Terni è stato approvato con 85 voti favorevoli, 5 contrari (tra cui Milano e Bologna) e 7 astensioni. Siamo davanti a uno scisma?

Le motivazioni di Milano le co-



Amedeo Bianco

nosciamo da tempo, stante la presenza nella consulta deontologica di Valerio Brucoli che è anche responsabile della commissione etica dell'Ordine di Milano. Giancarlo Pizzani (Bologna) è una new entry nello scenario, perché lui in passato aveva espresso altre motivazioni. Mi sembra però che il risalto che è stato dato al dissenso sia esagerato. Loro condividono gran parte del documento, ci sono alcuni richiami, un'affermazione che per loro è equivoca che volevano fosse tolta dal testo, relativamente ai limiti della terapia nutrizionale. La loro motivazione è stata che definendo i limiti si rischiava la sospensione delle cure.

Lei ha detto che le obiezioni di Milano si conoscono da tempo. Quali sono?

Mettere al centro di ogni riflessione il tema dell'invulnerabilità della vita. Ma questo è un principio riconosciuto da tutti noi. Il dissenso merita tutto il rispetto e non voglio sminuirlo, la cosa non mi sconvolge né mi sorprende, trovo solo un po' grottesco leggere che si è trattato di "scisma" perché gli scismi li fanno le religioni e le chiese e noi non siamo né l'uno, né l'altro.

↳ Le "Dat" secondo Fnomceo

Su nutrizione artificiale decidano paziente e medico

La nutrizione artificiale, si legge nel documento, "è trattamento assicurato da competenze mediche, in grado di modificare la storia naturale della malattia, calibrato mediante la prescrizione di nutrienti somministrati attraverso procedure artificiali e infine richiedente il consenso informato del paziente in ragione dei rischi connessi". In queste circostanze, "le finalità che ne legittimano l'utilizzo definiscono anche i suoi limiti, quelli sui quali può intervenire la scelta informata e consapevole, attuale o dichiarata

anticipatamente del paziente, e la libertà di scienza e coscienza del medico".

Obiezione coscienza medici

Va previsto per il medico e per tutto il personale sanitario il diritto all'obiezione di coscienza rispetto ai contenuti delle Dat, ma il medico deve continuare la sua assistenza fino a quando un altro collega assumerà quelle volontà. La Fnomceo chiede anche che si preveda che "gli atti commessi o omessi dai medici in osservanza delle volontà giuridicamente valide del paziente, escluse quelle eutanasiche o di assistenza al suicidio, li

esonerino da qualsivoglia responsabilità civile e penale".

Osservatorio nazionale su Fine vita

La Fnomceo ritiene indispensabile l'istituzione di un Osservatorio nazionale sui comportamenti e le scelte di fine vita, implementando e diffondendo sul territorio la cultura delle cure di fine vita e gli strumenti affidabili e confidenziali di rilevazione dei fenomeni. anche attraverso campagne di informazione del pubblico e formazione del personale, in particolare finalizzate a chiarire gli scopi, i limiti etici e giuridici delle dichiarazioni anticipate.

DECRETO "ANTI CRISI"

Torna la "rottamazione"?

Per fine luglio il voto della Camera, poi il passaggio definitivo al Senato. Salvo sorprese dell'ultima ora è stato ripristinato il pensionamento con 40 anni di contributi. Le novità in materia di sanità

Al momento di andare in stampa (21 luglio) il decreto legge "anti crisi" è stato licenziato dalla Commissione Bilancio della Camera e si appresta ad iniziare l'iter di approvazione in Aula. Probabile il voto di fiducia. Il testo che approda in Aula contiene l'emendamento ventilato dai sindacati medici (contro il quale è stata indetta la protesta del 9 luglio) che ripristina la norma "Brunetta" sul pensionamento al compimento di 40 anni di contributi (compresi il riscatto laurea e la leva militare). Esclusi solo i capi dipartimento.

Per la sanità, invece, poche novità. Viene prorogato al 15 settembre 2009 (dal 31 ottobre 2008) il termine per la stipula della specifica intesa tra Stato e Regioni. Vi è pure lo spostamento, sempre al 15 settembre 2009, del termine ultimo per la stipula dell'intesa, pena l'intervento del Welfare e dell'Economia, per la fissazione di standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi, utili a garantire uniformità su tutto il territorio nazionale dei Livelli essenziali di assistenza sanitaria. La normativa prevede, in caso di mancata intesa entro il termine sovra ci-

tato, comunque il mantenimento nella misura del 7% dello standard dimensionale del disavanzo sanitario strutturale rispetto al finanziamento ordinario e alle entrate regionali, al cui raggiungimento scatta obbligatoriamente la sottoscrizione dei piani di rientro. Si introducono anche nuovi adempimenti regionali. Gli Enti territoriali dovranno trasmettere entro il 30 settembre 2009, e comunque con cadenza annuale, un provvedimento ricognitivo delle prestazioni aggiuntive rispetto ai Lea, con indicazione della specifica provenienza del finanziamento non a carico del Ssn e l'accertamento della qualità delle procedure amministrativo-contabili sottostanti alla corretta contabilizzazione dei fatti aziendali, previa fissazione di criteri con decreto del Welfare, sentite le regioni, da emanarsi entro il 31 ottobre prossimo. Viene istituito presso

l'Economia, un fondo di 50 milioni di euro, a decorrere dall'anno 2009, (alimentato da un contributo annuo fisso) a favore dell'Ospedale pediatrico Bambino Gesù. Sarà istituito un fondo con dotazione pari a 800 milioni di euro a decorrere dall'anno 2010 destinato a interventi relativi al settore sanitario. La sua definizione sarà definita da apposito decreto del Ministro del lavoro, salute e politiche sociali di concerto con il Ministro dell'economia, sentita la Conferenza Stato-regioni. Sempre a partire dal 2010 lo Stato ridurrà il finanziamento della spesa farmaceutica nell'ordine di 800 milioni di euro. Ultima novità riguarda le Visite fiscali (articolo 17, commi 23 e 24). Saranno pagate dalle Usl, che avranno per questo fine un finanziamento ulteriore. Torna, poi, di 4 ore la reperibilità a casa del personale pubblico malato: dalle ore 10 alle ore 12.

DPEF

Nel 2013 spesa sanitaria a 127 miliardi di euro

Spesa sanitaria in crescita esponenziale nel prossimo quadriennio. Lo dice il Dpef 2010-2013 approvato il 15 luglio in Consiglio dei Ministri, dove si annoverano le previsioni per i prossimi anni. Se nel 2008 la spesa è stata di 108,747 miliardi di euro, la previsione per il 2009 fa lievitare la cifra a 112,929 mld. Nel 2010 sarà di 114,719 mld, mentre per il 2011 arriverà alla quota di 118,364 mld. Trend di crescita stimato anche per il 2012 (122,769 mld), che proseguirà nel 2013 fino a raggiungere i 127,677 mld.

La spesa sanitaria, nel periodo 2010-2013, è stata valutata su un tasso di crescita medio nel periodo del 3,1 per cento che tiene conto dei criteri previsti concernenti la spesa per il personale che nel periodo si incrementa mediamente del 2,4%, di una crescita media della spesa per acquisti beni e servizi del 5,3% e di un incremento medio della spesa per prestazioni fornite da produttori in regime di mercato del 3,6%. La previsione sconta gli effetti delle misure di contenimento della spesa varate con le precedenti Leggi fi-

nanziarie nonché gli effetti delle manovre contenute nei Piani di rientro. Il Dpef precisa comunque che "è intenzione del Governo assicurare il completamento del risanamento dei budget sanitari delle Regioni in disavanzo". Ma la vera partita per il controllo della spesa sanitaria, secondo il ministero dell'Economia, dovrebbe giocarsi con l'avvio del federalismo fiscale e l'individuazione dei costi standard dei servizi, dai quali dovrebbero arrivare "generose economie di spesa" generate "dalla diffusione sul territorio nazionale del-

le best practice osservate nella gestione dei servizi pubblici". Risparmi di cui, però, "prudenzialmente non si è tenuto conto nella definizione dello scenario programmatico". Questo potrebbe spiegare la differenza tra la previsione di spesa sanitaria del Dpef e l'attuale stanziamento previsto dall'art.79 della manovra economico finanziaria del luglio 2008, che fissava in 103.945 miliardi il finanziamento per il Ssn nel 2010 (-10,7 mld rispetto al tendenziale) e in 106.265 miliardi per il 2011 (-12 mld rispetto al tendenziale).

GOVERNO-REGIONI

Nessun incontro. Il Patto per la Salute slitta ancora

Molto tesi i rapporti tra Governo e Regioni. Queste ultime lamentano di essere state "scavalcate" dal Governo in più occasioni, con scelte non conseguenti al principio di leale collaborazione tra istituzioni. Per la sanità sono almeno due i temi caldi: la definizione del Patto per la Salute 2010-2012, che avrebbe dovuto essere siglato entro lo scorso ottobre e che ora il decreto anticrisi mette in scadenza per il prossimo 15 settembre, e le proce-

dure per la definizione dei Piani di rientro e per gli eventuali commissariamenti, che dovrebbero realizzarsi d'intesa mentre, a cominciare dal caso della Calabria, il Governo sta procedendo senza alcuna consultazione. Il 14 luglio si è tenuto un "incontro interlocutorio" a Palazzo Chigi fra una delegazione della Conferenza delle Regioni e alcuni membri dell'esecutivo che non ha però prodotto passi avanti significativi, tanto che è stato poi annullato

l'incontro previsto per il 16 luglio tra i rappresentanti regionali e il presidente del Consiglio Berlusconi. In quella data si è tenuta invece una Conferenza delle Regioni che ha ribadito le posizioni già espresse. "C'è un ritardo di diversi mesi da parte del Governo rispetto alla proposta di un nuovo Patto della Salute", ha detto Vasco Errani. "Chiediamo che si apra subito il tavolo per discutere nel merito i problemi relativi alle risorse, alle norme e alle

regole che devono, per il prossimo triennio, garantire la qualità della sanità e il governo dei conti. Un impegno peraltro previsto - ricorda Errani - in un'intesa in quattro punti tra il Presidente Berlusconi e il sottoscritto". Una ripresa del dialogo potrebbe esserci già per la fine di luglio, oppure se ne parlerà dopo la pausa estiva, in condizioni rese sempre più complesse dall'avvicinarsi della scadenza delle elezioni regionali del 2010.

RAPPORTO HEALTH DATA 2009: la spesa sanitaria italiana scende sotto la media Ocse

L'ITALIA SPENDE MENO, PER LA SANITÀ

Il nostro Paese spende sempre meno in sanità. Dal 2000 al 2007 la spesa pro-capite degli italiani è infatti cresciuta dell'1,9% all'anno, quasi la metà del tasso di crescita della media Ocse che ha fatto segnare un aumento della spesa sanitaria del 3,7% all'anno. E così, se nel 2007 l'Italia ha speso per la sanità l'8,7% del Pil (6,7 a carico dello Stato), la media dell'Ocse ha segnato l'8,9% (6,5 di spesa pubblica).

La fotografia arriva dall'ultimo confronto sui 30 Paesi più ricchi del mondo dell'Organizzazione per la Cooperazione e lo Sviluppo Economico, che pur non valutando gli eventuali cambiamenti dello stato di salute dei Paesi in esame, osserva come il nostro Paese riesca a spendere meno senza dover rinunciare alle risorse e alle tecnologie. Anzi, il numero di Tac e Rmn per milioni di abitanti sono al di sopra di Canada, Francia e Germania, che pure spendono più del nostro Paese (rispettivamente 10,1% del Pil, 11,0% e 10,4%).

Confronti un po' "grezzi", ma che danno il senso di un trend. Che vede l'Italia far crescere la spesa sanitaria meno

degli altri: dal 2000 al 2007 – sottolinea l'Ocse – la spesa pro-capite degli italiani è cresciuta dell'1,9% all'anno, quasi la metà del tasso di crescita della media Ocse che ha fatto segnare un aumento della spesa sanitaria del 3,7% all'anno. Insomma, siamo abbastanza "risparmiosi". Senza però avere meno risorse e tecnologie degli altri (come dimostrano i dati su posti letto, Tac e Rmn). Come riportato nelle tabelle in questa pagina, quasi la metà dei Paesi più industrializzati ha una spesa sanitaria maggiore dell'Italia. Anche gran parte dei Paesi europei supera o sfiora una quota di Pil pari al 10% per la spesa sanitaria. Francia, Germania, Belgio e Danimarca, ad esempio, anche se con pic-

cole variazioni di partecipazione pubblica.

Dei Paesi europei più avanzati, spendono meno dell'Italia la Spagna e il Regno Unito, segnando rispettivamente l'8,5% del Pil (6,1 a carico dello Stato) e l'8,4% del Pil (6,9 a carico dello Stato).

Anche la spesa sanitaria pro capite è in Italia inferiore alla media: ogni italiano spende all'anno per curarsi 2.686 dollari contro i 2.964 dollari dell'Ocse. Per questa voce, invece, il Regno Unito ci supera con un 2.992, mentre la Spagna resta subito sotto con 2.671. In generale, il range varia tra i 4.763 dollari della Norvegia e i 2.150 del Portogallo, escludendo il dato "fuori classifica" degli Usa, dove ogni cittadino spende 7.290 dollari all'anno per curarsi.

L'Italia si distingue anche per numero di posti letto: 3,9 per mille abitanti contro, ad esempio, gli 8,2 della Germania e il 7,1 della Francia. Meno di noi, in Europa, fanno solo Spagna (3,3), Regno Unito (3,4) e Danimarca, Norvegia e Portogallo con il 3,5.

MENO MEDICI IN ITALIA, MA CRESCONO LE MIGRAZIONI

Diminuisce, seppure lentamente, il numero di camici bianchi in Italia. Se nel 1990 ce ne erano 3,8 ogni mille abitanti, nel 2007 erano 3,7. Un dato che non stupirebbe, se non fosse così in controtendenza rispetto a quel che accade nel resto dei Paesi Ocse. In Olanda, per dirne uno, il rapporto tra medici e abitanti è passato da 2,5 nel 1990 a 3,9 nel 2007. In Grecia è ad-

dirittura cresciuto dal 3,4 al 5,4. E anche in Francia, Germania e Regno Unito si reclutano medici, considerato però che in questi Paesi ne scarseggiavano in passato.

Meno medici attivi nel Ssn e anche meno laureati, passati da 10.439 nel 1990 a 6.816 nel 2007. Un numero comunque maggiore che nel resto dei Paesi Ocse. Se la media è infatti del 9,9 ogni 100mila persone, l'Italia registra un 11,6, contro il 10,2 del Regno Unito e l'8,7 della Spagna.

Dati che servono a spiegare un fenomeno crescente in Europa, ma anche nel resto del mondo, cioè il reclutamento di medici stranieri per supplire alla mancanza di quelli del proprio Paese. Sta già avvenendo in Svizzera, Svezia, Irlanda, Finlandia, dove il numero di medici stranieri è addirittura triplicato. In Irlanda, per esempio, la percentuale di medici stranieri è passata dal 16,1 del 2000 al 43,2 del 2007. E un trend in crescita si inizia a registrare anche negli Usa e nel Regno Unito. Un fenomeno dal quale l'Italia è ancora estranea, anzi, spesso sono i nostri medici ad andare a lavorare all'estero, dove l'offerta occupazionale è più alta. Ma il trend che si registra invita comunque a tenere alta l'attenzione, soprattutto nel valutare i posti a disposizione negli Atenei universitari. Se infatti la regola del "numero chiuso" ha contribuito al calo del numero dei medici, ora in molti Paesi si assiste a un aumento progressivo dei posti nelle università, contro il rischio di ritrovarsi

Spesa sanitaria totale procapite In dollari - Anno 2007	
Paese	Spesa procapite
Stati Uniti	7.290
Norvegia	4.763
Svizzera	4.417
Canada	3.895
Austria	3.763
Francia	3.601
Germania	3.585
Olanda	3.527
Belgio	3.452
Irlanda	3.424
Danimarca	3.362
Svezia	3.323
Islanda	3.319
Regno Unito	2.992
Ocse	2.964
Finlandia	2.840
Grecia	2.727
Italia	2.686
Spagna	2.671
Giappone	2.581
Nuova Zelanda	2.510
Portogallo	2.150

Fonte: Ocse Health Data 2009

tra qualche anno alle prese con una inaspettata carenza di camici bianchi.

Un altro fenomeno è la crescita della componente femminile nel mondo medico. In alcuni Paesi i camici rosa sono già maggioranza: come in Finlandia (55,9%), Polonia (55,6), Ungheria (52,6) e Repubblica Ceca (52,7). Ma anche negli altri Paesi la crescita è consistente: come in Portogallo (49,2%), Spagna (47,4%), Danimarca (43,2%) e Svezia (43,1 per cento). L'Italia è ancora un po' indietro, con il 38,3% di donne medico. Il nostro Paese resta indietro anche per quanto riguarda le professioni sanitarie. Continua, infatti, la carenza di infermieri, che in Italia sono 7 ogni mille abitanti, contro, ad esempio, il 14,3 della Danimarca, il 10 del Regno Unito, e il 9,9 della Germania.

Spesa sanitaria in % al Pil Anno 2007

Paese	Spesa totale	Spesa sanitaria pubblica
Stati Uniti	16,0	7,3
Francia	11,0	8,7
Svizzera	10,8	6,4
Germania	10,4	8,0
Belgio	10,2	7,2
Canada	10,1	7,1
Austria	10,1	7,7
Portogallo	9,9	7,1
Olanda	9,8	7,6
Danimarca	9,8	8,2
Grecia	9,6	5,8
Islanda	9,3	7,7
Nuova Zelanda	9,2	7,3
Svezia	9,1	7,4
Ocse	8,9	6,5
Norvegia	8,9	7,5
Italia	8,7	6,7
Australia	8,7	5,9
Spagna	8,5	6,1
Regno Unito	8,4	6,9
Finlandia	8,2	6,1
Giappone	8,1	6,6
Slovacchia	7,7	5,2
Irlanda	7,6	6,1
Ungheria	7,4	5,2
Lussemburgo	7,3	6,6
Corea	6,8	3,7
Rep. Ceca	6,8	5,8
Polonia	6,4	4,6
Messico	5,9	2,7
Turchia	5,7	4,1

Fonte: Ocse Health Data 2009

Un modello VINCENTE

INTEGRAZIONE OSPEDALE, TERRITORIO, SI PUÒ

Negli ultimi dieci anni ruolo e organizzazione dell'ospedale hanno subito cambiamenti profondi. Uno scenario che rende necessaria l'integrazione con il territorio e quindi la necessità di individuare un modello innovativo di organizzazione in grado di soddisfare le esigenze di entrambe le realtà sanitarie. E il modello proposto dall'Anao prevede poliambulatori organizzati per ridurre il disagio del percorso clinico

↳ a cura di **Giuseppe Montante** - Vicesegretario Nazionale Anao Assomed e **Adriano Benazzato** - Segreteria Anao Assomed Regione Veneto

PREMESSA

MOTIVAZIONI GENERALI

Il costante aumento della domanda di salute nonché la crescente diffusione nella popolazione delle conoscenze scientifiche e l'aumento nel singolo cittadino della coscienza dei propri diritti hanno determinato, negli ultimi anni, un incremento (spesso non governato) del numero di prestazioni sanitarie e della domanda di qualità in sanità. Di converso, il costo crescente di queste prestazioni e la limitatezza delle risorse a disposizione hanno reso ormai ineludibile la necessità di una profonda revisione dell'organizzazione sanitaria della nostra Regione, finalizzata anche a creare effettive condizioni di alta integrazione fra la realtà sanitaria ospedaliera e quella territoriale.

Tale necessità, purtroppo, si è spesso scontrata fino ad ora

con le profonde differenze strutturali, organizzative e culturali specifiche presenti fra le due realtà, non giustificabili solamente con le diverse "missions" assegnate, ma conseguenti soprattutto a consolidate abitudini organizzative che hanno ostacolato la comunicazione e la comprensione specifica fra i due mondi.

MOTIVAZIONI SPECIFICHE

Negli ultimi 10 anni si sono verificati inoltre, al livello nazionale e soprattutto regionale, i seguenti profondi cambiamenti che rendono ormai improcrastinabile la necessità di revisione dell'organizzazione sanitaria:

- ruolo dell'ospedale e quindi dell'organizzazione delle sue attività (oggi lo stesso si deve occupare quasi essenzialmente delle patologie acute o delle riacuzie di quelle croniche, qualora

queste non possano essere risolte ambulatorialmente ed abbiano bisogno di assistenza protetta e/o tecnologia sofisticata);

- filosofia del ricovero ospedaliero (appropriatezza dei ricoveri e riduzione dei tempi di degenza dei ricoveri di elezione);
- aumento crescente della coscienza del disagio vissuto dal paziente ricoverato per la lontananza dal proprio ambiente familiare (il ricovero pertanto deve essere sempre più ridotto al tempo strettamente necessario all'allettamento protetto);
- crescita della necessità di soddisfare contemporaneamente la domanda essenziale di salute, le esigenze di bilancio e di mantenere un elevato livello di qualità (tentativo difficile ma non impossibile).

OBBIETTIVO DELLA PROPOSTA

Tutto ciò rende non più ritardabile la necessità di un'alta integrazione fra la realtà sanitaria ospedaliera e quella territoriale e non più giustificabili i ritardi conseguenti alle motivazioni sopra riportate.

Da ciò ne deriva la necessità di individuare un modello innovativo di organizzazione delle strutture polispecialistiche territoriali, in grado di favorire un'alta integrazione funzionale fra l'ospedale ed il territorio e di soddisfare anche le nuove esigenze di entrambi.

MODELLO ORGANIZZATIVO PROPOSTO

Il modello organizzativo che si propone per contribuire a creare le condizioni di alta integrazione funzionale ed organizzativa fra la realtà sanitaria ospedaliera e quella territoriale è in buona parte innovativo rispetto a quello esistente.

Il tentativo per attuarlo integralmente, perseguito recentemente nel Veneto presso il Poliambulatorio del Css dei Colli (Azienda Ulss 16 di Padova), ha dato fino ad ora ri-



sultati positivi e questo costituisce una conferma concreta della correttezza della sua impostazione.

Di seguito vengono trattati e spiegati sinteticamente gli aspetti peculiari di questo modello.

DEFINIZIONE

Il modello organizzativo proposto, adeguato a soddisfare l'esigenza di alta integrazione fra le due realtà sanitarie, è costituito dalla creazione di una aggregazione funzionale di specialisti e di servizi, provenienti sia dal mondo ospedaliero (dirigenti medici dipendenti) sia dal territorio (specialisti convenzionati interni), allocata organizzativamente presso strutture aziendali territoriali già esistenti (Centri Sanitari Polifunzionali o Poliambulatori di Distretto) adeguate a tale compito da un punto di vista strutturale, organizzativo e tecnologico.

Tale aggregazione deve essere in grado di erogare in quantità necessarie prestazioni specialistiche di tipo diagnostico e/o terapeutico, non solo a bassa complessità e bassa tecnologia come quelle di "base" (prestazioni di I° livello di norma erogate al livello dei Poliambulatori distrettuali), ma anche quelle a maggiore complessità clinico - diagnostica ed a elevata dotazione tecnologica (prestazioni di II° livello di norma erogate in ambito ospedaliero), nel rispetto di protocolli, linee guida e procedure condivise fra i diversi attori professionali del sistema.

MISSION

La "mission ideale" da perseguire mediante questo nuovo modello organizzativo è duplice ed è costituita dalla:

- soddisfazione delle motivazioni specifiche, citate in premessa;
- creazione concreta di un'alta integrazione fra le sensibilità e le esigenze sanitarie complesse del territorio (crescenti in seguito al nuovo ruolo dell'ospedale) ed il rigore metodologico ed orga-

nizzativo della realtà ospedaliera.

OBIETTIVI STRATEGICI

Il suddetto modello organizzativo permette di perseguire obiettivi, coerenti alle indicazioni programmatiche nazionali e regionali in ambito sanitario, e di tentare di soddisfare le sempre più crescenti esigenze di sanità e di qualità e flessibilità dell'organizzazione. Si elencano a questo proposito i più importanti: favorire la deospedalizzazione precoce dei pazienti (dimissione precoce protetta); permettere lo spostamento di un numero crescente di prestazioni diagnostiche e/o terapeutiche strumentali ed invasive dall'ambito ospedaliero al territorio in ambito ambulatoriale protetto; ottimizzare la dotazione tecnologica al livello ambulatoriale; favorire la riduzione degli accertamenti diagnostici impropri, nel rispetto comunque dei livelli qualitativi; ridurre la durata delle liste di attesa per le diverse prestazioni specialistiche ambulatoriali e per gli interventi chirurgici in regime di ricovero; ridurre il disagio del percorso clinico ambulatoriale per il paziente; favorire la piena integrazione a diversi livelli fra l'ospedale e gli ambulatori specialistici territoriali; favorire un dialogo più proficuo e costruttivo fra la realtà ospedaliera e territoriale; incrementare la comunicazione fra gli Specialisti ed i Medici di Medicina Generale; ridurre la durata media della degenza; contribuire alla riduzione dell'indice di ospedalizzazione.

ATTORI DEL NUOVO MODELLO ORGANIZZATIVO

Gli attori di questo nuovo modello sono molteplici e si possono suddividere in: attori beneficiari, attori professionali diretti.

Attori beneficiari

I pazienti (beneficiari principali) che mediante queste innovazioni organizzative ed il

ritrovato dialogo e raccordo professionale fra le due realtà subiranno un minor disagio nell'affrontare l'iter diagnostico e/o terapeutico, sia perché questo gli verrà in buona parte pianificato e sia perché lo spostamento di attività cliniche diagnostiche-terapeutiche complesse ed in alcuni casi invasive dall'ospedale al regime ambulatoriale territoriale consentirà di rendere le stesse più accessibili e meno impegnative sul piano sociale e psicologico.

I medici di medicina generale avranno così:

- interlocutori professionali più sensibili alla realtà in cui operano;
- un nuovo punto di riferimento, meglio organizzato e funzionalmente più vicino, verso cui indirizzare i loro quesiti clinici, anche impegnativi, da risolvere con iter eventualmente complessi.

I medici specialisti dipendenti ospedalieri potranno così:

- meglio comprendere le esigenze del territorio e di conseguenza instaurare un dialogo più proficuo con i colleghi medici di medicina generale;
- ampliare gli spazi strutturali presso cui effettuare le loro prestazioni professionali rispetto a quelli spesso an-

Un nuovo modello organizzativo che permette di perseguire obiettivi, coerenti alle indicazioni programmatiche nazionali e regionali in ambito sanitario, e di tentare di soddisfare le sempre più crescenti esigenze di sanità e di qualità e flessibilità dell'organizzazione

gusti presenti in ospedali congestionati;

- avere alternative professionali altrettanto valide sul piano qualitativo e per importanza strategica a quelle esistenti all'interno della realtà ospedaliera.

Gli specialisti ambulatoriali interni potranno così:

- meglio comprendere le esigenze della realtà ospedaliera;
- aumentare la complessità delle prestazioni da loro effettuate;
- meglio conoscere le metodologie ospedaliere e partecipare attivamente all'eventuale loro adeguamento ed alla definizione di quelle nuove.

Le strutture ospedaliere che potranno così avvalersi dell'attività ambulatoriale di queste aggregazioni funzionali di specialisti, dell'alta integrazione con loro instaurata e della maggiore facilità di dialogo professionali per:

- spostare nel territorio prestazioni ed attività, ormai improprie in un ospedale moderno;

- selezionare meglio ed in modo più appropriato i ricoveri;
- ridurre i tempi di degenza;
- aumentare la deospedalizzazione precoce pur mantenendo elevato il grado di sicurezza (dimissioni protette).

Attori professionali diretti

I dirigenti medici specialisti dipendenti ospedalieri che operano per parte o per tutto il loro tempo lavoro in questa particolare aggregazione funzionale di specialisti allocata nel territorio, mettendo a disposizione di quest'ultimo la conoscenza della realtà ospedaliera, l'abitudine a lavorare in correlazione stretta con altri professionisti, l'esperienza di tipo organizzativo-professionale nonché l'accuratezza e rigosità metodologica, acquisita in anni di lavoro;

gli specialisti ambulatoriali interni che operano anch'essi in questa particolare aggregazione funzionale di specialisti, mettendo a disposizione la conoscenza della realtà territoriale, dei suoi particolari bisogni e degli aspetti socio-sanitari spesso concomitanti.



CARATTERISTICHE PECULIARI DELL'AGGREGAZIONE FUNZIONALE DI SPECIALISTI

L'aggregazione funzionale di specialisti e di servizi, allocata organizzativamente presso strutture aziendali territoriali già esistenti (Centri Sanitari Polifunzionali o Poliambulatori di Distretto), per poter costituire il volano del modello innovativo d'alta integrazione fra le due realtà sanitarie e per poter raggiungere gli obiettivi strategici, prima elencati, deve possedere delle caratteristiche organizzative peculiari fondamentali. Di seguito elenchiamo quelle più importanti:

- il numero di specialità mediche e chirurgiche presenti in questa aggregazione deve essere elevato (possibilmente tutte le specialità a più elevata domanda ed a più elevata potenzialità ambulatoriale);
- la dotazione tecnologica e strumentale presente deve essere adeguata ad espletare attività diagnostiche e terapeutiche di II° livello;
- all'interno di questa aggregazione funzionale deve essere funzionante un servizio di diagnostica radiologica e per immagine, dotata di tec-

nologia adeguata a soddisfare l'iter diagnostico di base, ed un centro prelievi;

- devono essere presenti ambulatori chirurgici con dotazione tecnologica e strumentale e con requisiti strutturali idonei ad eseguire interventi delle varie specialità chirurgiche in regime ambulatoriale protetto;
- deve essere presente un'attività anestesiológica ambulatoriale di affiancamento all'attività chirurgica che possa eseguire anestesie locali e locoregionali;
- all'interno della struttura aziendale dove opera tale aggregazione deve essere presente una stazione funzionante del Cup.

TIPOLOGIA GENERALE DI PRESTAZIONI ED ATTIVITÀ CORRELATE ESPLETATE

La tipologia generale di prestazioni eseguibili da questa aggregazione funzionale di specialisti è molteplice ed è costituita da:

- prestazioni specialistiche di base a bassa complessità ed a bassa tecnologia;
- indagini strumentali ambulatoriali più complesse anche di tipo invasivo;
- interventi terapeutici mediante l'utilizzo di strumentazione invasiva;
- interventi chirurgici ambulatoriali (chirurgia ambulatoriale protetta).

La 1° tipologia di prestazioni è tipica dei Poliambulatori che espletano attività di I° livello, le altre invece (tipologie 2°, 3° e 4°) abbisognano di Poliambulatori o Centri multispecialistici organizzati per espletare attività di II° livello e pertanto a maggiore complessità professionale e tecnologica.

Le due tipologie di attività possono coesistere ed anzi integrarsi fra di loro all'interno del modello organizzativo proposto e pertanto all'interno del Poliambulatorio multispecialistico del Centro Sanitario Polifunzionale o del Distretto entro cui viene attuato.

Fra le diverse tipologie di prestazioni, quelle di II° livello costituiscono una delle caratteristiche peculiari dell'attività di questa aggregazione di specialisti e servizi, nel modello proposto, e sono strategiche ai fini del raggiungimento degli obiettivi di questo. Fra queste assumono particolare importanza:

- gli interventi di chirurgia specialistica superficiale;
- le prestazioni diagnostiche e terapeutiche di tipo endoscopico;
- le prestazioni diagnostiche invasive strumentali (ad es.: biopsie);
- la terapia endocavitaria di farmaci antiblastici ed immunologici;
- la diagnostica strumentale di deficit funzionali ed organici.

Il diverso livello di complessità delle prestazioni eseguibili, le particolari specificità degli attori professionali implicati, l'alta integrazione organizzata fra territorio ed ospedale, nonché la rigidità organizzativa e metodologica utilizzata permettono di effettuare anche altre attività specialistiche particolari a forti implicazioni anche assistenziali quali ad esempio:

- ambulatorio specialistico integrato che consente l'esecuzione dell'intero iter diagnostico del paziente particolarmente fragile o portatore di handicap della deambulazione in un unico accesso o comunque in un numero ridotto di questi ed in condizioni di maggior tutela sanitaria;
- ambulatori specialistici presso le residenze protette, particolarità organizzativa, che permette l'organizzazione di canali specialistici preferenziali per i pazienti ospiti delle residenze protette.

MODALITÀ DI FUNZIONAMENTO

L'attività di questa aggregazione funzionale di specialisti deve attuare modalità di funzionamento più efficaci per rispondere all'esigenza di innovazione, di alta integra-

zione funzionale fra le due realtà sanitarie esistenti (territoriale ed ospedaliera) e di maggior soddisfazione del bisogno di salute (pur nel rispetto dei principi di ottimizzazione delle risorse e della qualità).

Le seguenti due sono quelle più innovative, più efficaci ed attuabili.

1. Ambulatori di processo
Gli ambulatori, dove possibile, devono essere organizzati non più solo per prestazioni ma anche per processi produttivi. In tal modo, il paziente inviato dal medico curante con un quesito clinico od un sospetto diagnostico, verrebbe studiato da tale tipologia di ambulatorio specialistico che appronterebbe, organizzerebbe e gestirebbe tutti gli accertamenti necessari alla diagnosi per assumere poi una di queste due iniziative:

- riaffidare il paziente al medico curante con relazione clinica, dove esplicitare la diagnosi, i consigli diagnostici e terapeutici, pianificazione di programmi di eventuali controlli specialistici;
- prenotare direttamente il ricovero e/o l'eventuale intervento diagnostico o chirurgico-terapeutico presso le strutture ospedaliere di riferimento per il paziente interessato dopo aver acquisito il suo consenso informato e darne contemporaneamente comunicazione al suo medico curante.

2. Ambulatori per dimissioni precoci protette

Questa particolare modalità di funzionamento permette alle strutture ospedaliere di dimettere precocemente i pazienti con patologie acute o riacuzie di patologie croniche non ancora del tutto guarite, portatori di ferite, drenaggi, cateteri o addirittura piaghe. Tale dimissione precoce è resa possibile dalla presenza di tali ambulatori in grado di gestire questa tipologia di pazienti ed in possesso di adeguate competenze specialistiche, dotazione tecnologica, a cui le strutture ospedaliere sono correlate per condivisione

di linee guida, procedure e standards di qualità.

Questa tipologia di funzionamento:

- consentirebbe la gestione di questi pazienti, particolari per impegno assistenziale, senza sovraccaricare i medici di medicina generale di compiti molto spesso gravosi ed altamente specialistici;
- contribuirebbe alla riduzione dei posti letto per acuti negli ospedali, senza aumentare in tal modo il rischio per i pazienti.

RIFLESSIONI CONCLUSIVE

La necessità, ormai ineludibile, di soddisfare l'esigenza di alta integrazione fra la realtà sanitaria territoriale e quella ospedaliera, trova il principale ostacolo alla sua realizzazione principalmente in due condizioni:

- nelle profonde differenze strutturali, organizzative e culturali specifiche presenti fra le due realtà, non giustificabili solamente con le diverse "missions" assegnate, ma conseguenti soprattutto ad abitudini organizzative diverse che hanno reso difficile fino ad ora la comunicazione e la comprensione specifica fra i due mondi;
- nella necessità di innovare l'organizzazione di riferimento e pertanto modificare i comportamenti dei singoli attori.

Il modello organizzativo proposto rappresenta un concreto tentativo di risposta a tale necessità. Costituisce, infatti, un valido strumento per creare condizioni di osmosi e di modulazione fra le diverse esigenze e per favorire la reciproca comprensione fra le diverse culture ed esperienze di entrambe le realtà sanitarie. Tale modello non è alternativo od ostativo ad altre diverse azioni che possono essere intraprese per stimolare e razionalizzare il dialogo professionale. La presenza, infatti, di una forte organizzazione specialistica nel territorio le favorisce da un punto di vista funzionale, le integra e le rafforza.

TUTTI I RISCHI del mancato riposo

LE EVIDENZE SCIENTIFICHE DEL DIRITTO AL RIPOSO

INTRODUZIONE

Il D.lgs 66/2003 recepisce nel contesto italiano le direttive europee 1993/104 Ce e 2000/34 Ce in materia di organizzazione del lavoro, unificate successivamente nella direttiva 2003/88 Ce.

La direttiva originaria ha visto la luce nel 1993, dopo un lungo travaglio, per stabilire dei criteri "minimi" a tutela della salute del lavoratore, intendendo la salute nel senso più ampio del termine, comprendente, ad esempio, il rispetto della vita familiare o il suo benessere psicologico. Sono quindi stati fissati dei criteri "minimi" relativi a riposi, pause, ferie, orario massimo di lavoro, lavoro notturno. Ma oltre ogni considerazione, emerge il tentativo da parte degli Stati membri di delineare una figura professionale comunitaria con un livello di garanzie minime, rivolte in particolare alla tutela dell'integrità psicofisica, valide per tutti i lavoratori a fronte del solo requisito di essere cittadino di uno di questi.

Dalla prescrizione dei riposi per i lavoratori del mondo sanitario emergono in tutta evidenza anche problematiche che coinvolgono la tutela degli utenti. Mentre in ambienti lavorativi diversi dal nostro, come in particolare quello dei trasporti, del volo e dell'industria nucleare il problema del rischio legato alla fatica dei soggetti addetti è stato affrontato molti anni fa, nel campo della sanità ospedaliera il calo della performance o l'errore in campo clinico sono stati considerati come episodi sporadici anche quando vere e proprie catastrofi sono state attribuite a stanchezza derivante da turni di lavoro prolungati. Anche se scientificamente sono di difficile misurazione, esiste oramai ampia letteratura sugli effetti della mancanza di sonno e della fatica sulla capacità clinica. L'importanza della direttiva europea è notevole perché dà fondamenta giuridiche alla nozione che periodi lavorativi prolungati producono effetti

Nel campo della sanità ospedaliera il calo della performance o l'errore in campo clinico causati da turni di lavoro prolungati sono sempre stati considerati come episodi sporadici. Esiste invece un'ampia letteratura che comprova gli effetti pericolosi della mancanza di sonno e della fatica sulla capacità clinica

↳ **Sergio Costantino** - Segretario aziendale Anaao Assomed Policlinico di Milano
Carlo Palermo - Segretario regionale Anaao Assomed Toscana e Coordinatore Conferenza permanente dei Segretari regionali e delle Province autonome

significativi sulla salute degli interessati ed aumentano il rischio d'errore.

LA STORIA RECENTE

Purtroppo il riposo minimo obbligatorio previsto dalla normativa europea si è trasformato nel nostro Paese, in poco meno di due anni, da "bene indisponibile" (tale che neppure per scelta personale vi si sarebbe potuto rinunciare) a oggetto di trattativa decentrata aziendale. Il tutto per perseguire gli interessi "particolari" di alcuni Direttori Generali di Aziende Sanitarie pesantemente sanzionati, con multe in alcuni casi di milioni di euro, dalle Direzioni Provinciali del Lavoro per il reiterato mancato rispetto delle tutele minime previste dal D.lgs 66/2003.

Sono stati quindi creati supporti legislativi arrogantemente impropri per modificare l'art. 7 (riposi giornalieri) e l'art. 4 (durata massima dell'orario di lavoro settimanale). Prima con la Legge Finanziaria 2008, approvata nel dicembre 2007 (Governo Prodi) è stato stabilito (art. 3, comma 85) che "le disposizioni di cui all'articolo 7 non si applicano al personale del ruolo sanitario del Servizio sanitario nazionale, per il quale si fa riferimento alle vigenti disposizioni contrattuali in materia di orario di lavoro, nel rispetto dei principi generali della protezione della

sicurezza e della salute dei lavoratori".

Successivamente con la Legge 133/2008 (Governo Berlusconi) il Parlamento all'articolo 41 comma 13, (Modifiche alla disciplina in materia di orario di lavoro), ha stabilito che "al personale delle aree dirigenziali degli Enti e delle Aziende del Servizio sanitario nazionale, in ragione della qualifica posseduta e delle necessità di conformare l'impegno di servizio al pieno esercizio della responsabilità propria dell'incarico dirigenziale affidato, non si applicano le disposizioni di cui agli articoli 4 e 7 del decreto legislativo 8 aprile 2003, n. 66. La contrattazione collettiva definisce le modalità atte a garantire ai dirigenti condizioni di lavoro che consentano una protezione appropriata ed il pieno recupero delle energie psico-fisiche". I ripetuti attacchi bipartisan degli ultimi due governi hanno voluto, quindi, negare al personale del ruolo sanitario quel diritto alla salute che è inalienabile e costituzionalmente garantito.

La questione è stata recentemente affrontata da un punto di vista giuridico da due tra i maggiori esperti italiani in materia, Vito Leccese, Direttore del Dipartimento di Diritto del lavoro dell'Università di Bari, ed Andrea Allamprese, Professore di Diritto del lavoro presso l'Università

di Perugia. In un articolo di analisi delle modifiche della direttiva europea per il personale del ruolo sanitario del Ssn (20), hanno affermato:

"Per quanto attiene al riferimento all'art. 4 e all'art. 7 del D.lgs 66/2003 introdotti con la Finanziaria 2008 e con la Legge 133/2008, contrasta con la disciplina comunitaria e va disapplicata dal giudice nazionale se interpretato nel senso di sottrarre alla norma che tutela i rapporti di lavoro il personale del ruolo sanitario del Servizio sanitario nazionale (non dirigente e dirigente ma non dotato di alcun potere di autodeterminazione nella durata della propria prestazione)".

In sintesi, l'art. 3 comma 85, della Finanziaria 2008 e l'art. 41 comma 13 della L. 133/08 sono da considerare illegittimi in quanto negano il diritto al riposo di 11 ore e la durata massima del lavoro settimanale (48 ore) al personale del ruolo sanitario del Ssn.

In merito all'abrogazione dell'art. 7 del D.lgs 66/2003, si potrebbero sollevare anche dubbi di costituzionalità. Infatti, l'art. 36, comma 2 della Costituzione Italiana statuisce che "La durata massima della giornata lavorativa è stabilita dalla legge". Ora l'art. 7 soprarichiamato, anche se con una tecnica "a contrariis" realizzerebbe il dettato costituzionale, individuando la durata massima del lavoro gior-

naliero in 13 ore, essendo almeno 11 dedicate al riposo. Con le deroghe introdotte dal Parlamento relative a tutta la dirigenza del Ssn è di fatto negato il diritto costituzionale ad un limite di durata del lavoro giornaliero!!

IL RIPOSO ADEGUATO

Il Decreto legislativo 66/2003 fornisce all'art. 1 la definizione del riposo adeguato:

"Il fatto che i lavoratori dispongano di periodi di riposo regolari, la cui durata è espressa in unità di tempo, e sufficientemente lunghi e continui per evitare che essi, a causa della stanchezza, della fatica o di altri fattori che perturbano la organizzazione del lavoro, causino lesioni a se stessi, ad altri lavoratori o a terzi o danneggino la loro salute a breve o a lungo termine".

La definizione è per altro ripresa, e quindi ulteriormente rafforzata, anche nell'articolo 7 dell'ultimo Ccnl della Dirigenza medica e veterinaria siglato il 17/10/2008.

In sintesi ci si riferisce, scomponendo la definizione, sostanzialmente a due entità:

1. il causare lesioni (quindi danni)

- a se stessi
- ad altri lavoratori (dell'équipe)
- a terzi (cioè i pazienti)

2. danneggiare la propria salute

- a breve
- a lungo termine (quindi anche con danni non immediatamente rilevabili e riconducibili esclusivamente ad una osservazione epidemiologica).

LE EVIDENZE SCIENTIFICHE

Ma le indicazioni della Comunità Europea sono così arbitrarie o hanno un concreto substrato scientifico? Abbiamo passato al vaglio le più significative pubblicazioni in materia, tratte dai più prestigiosi giornali scientifici, raggruppandole ovviamente nei due filoni principali: danno alla salute del medico e danno potenziale alla salute dei col-

laboratori e dei pazienti. Iniziamo dall'analisi del rischio per collaboratori e pazienti.

In una review pubblicata sull'autorevole *New England Journal of Medicine*, Gaba e collaboratori hanno affermato che: "La privazione di sonno dovuta a turni lavorativi prolungati è il tallone di Achille della professione medica. Il livello di presenza e di attività lavorativa del personale sanitario è di gran lunga superiore a quello che viene osservato sia nel settore dei trasporti sia nelle centrali nucleari. Il problema coinvolge sia i medici che gli infermieri. I medici che lavorino in condizioni di privazione di sonno croniche sono la chiara espressione di un sistema sanitario che ha evidenti problemi organizzativi. Il sistema così organizzato non può assicurare ai pazienti né uno standard di sicurezza adeguato né una elevata qualità delle cure".

L'affermazione di Kenneth Shine (President of the Institute of the Medicine, National Academy of Science) è piuttosto emblematica: "Se potessimo progettare un sistema basato sulla qualità delle cure non vorremmo mai essere costretti a lavorare nelle condizioni attuali" (1).

Laura K. Barger, che lavora presso la *Harvard Medical School* mette in risalto come "nelle ore finali di turni prolungati, si nota circa un 30% di errori evitabili e nella reiterazione di turni prolungati, nell'arco di un mese, un netto peggioramento delle performance dei medici" (2). Il Dr Arnedt, in un lavoro pubblicato su *Jama*, studiando il comportamento dei medici "residents", ha dimostrato che il peggioramento delle performance mediche durante un turno notturno prolungato è sovrapponibile a quello ottenibile con un tasso alcolemico compreso tra 0.04 e 0.05 g%. "Questo stato condiziona un evidente peggioramento di parametri quali l'attenzione sostenuta, la vigilanza e tests di guida simulati. La consapevolezza di queste limitazioni da parte dei soggetti interessati è abitualmente ridotta" (3).

Sulla stessa linea di ricerca, sempre il gruppo della *Harvard Medical School* ha dimostrato come per i medici interni l'essere oggetto di turni prolun-

gati incrementa il rischio di incidenti automobilistici di circa il 16% (4).

Anche la destrezza nelle manovre chirurgiche può essere sensibilmente compromessa. Infatti in un lavoro pubblicato su *Lancet* (5) è stato dimostrato che l'incremento di errori del medico che effettua una laparoscopia simulata, durante un turno con privazione di sonno, è di circa il 20% e la probabilità che l'esame sia di durata maggiore rispetto al necessario, è del 14%.

Molto ricca ed in crescita esponenziale è la letteratura riguardante i danni riportati dal medico, a breve ed a lungo termine, di cui citiamo i riferimenti più significativi.

Per Czeisler e collaboratori, del dipartimento di medicina

del sonno della *Harvard Medical School*, i turni notturni prolungati sono associati ad un evidente e significativo aumento del rischio di procurarsi lesioni percutanee. Tale affermazione diviene ancor più significativa qualora si riferisca a medici in training. (6) Brown, dell'Università del Michigan, ha posto in evidenza un incremento percentuale del 4% di rischio di ictus ischemico ogni 5 anni di lavoro a turni con turni notturni (7).

Schernhammer e Laden dell'Università di Harvard sul *Journal of the National Cancer Institute* ci fanno scoprire come l'attività a turni con almeno tre turni notturni mensili per un periodo di 15 o più anni sia collegata ad una maggiore probabilità percentuale di svilup-

Molto ricca ed in crescita esponenziale è la letteratura riguardante i danni riportati dal medico, a breve ed a lungo termine

pare tumori del colon-retto del 35% rispetto ai lavoratori diurni. Sempre nella stessa pubblicazione si evidenzia il drammatico calo della produzione di melatonina a partire dalla seconda settimana di innaturale esposizione a stimoli luminosi notturni e correlano a ciò l'aumentato rischio (8).

Olson ed Ambrogetti in una review sul *Medical Journal of Australia* hanno accentrato la loro attenzione sulle modificazioni ormonali e metaboliche, dipendenti dalla alterazione del ritmo circadiano conse-

guente alla turnistica notturna, ed hanno rilevato un sensibile aumento del rischio di sviluppare diabete mellito, obesità e cardiopatia ischemica.

L'arretrato di sonno accumulato in casi di turni prolungati, secondo gli stessi autori, necessita di un riposo di almeno 48 ore per essere recuperato. In particolare vengono definiti come pericolosi quei turni che comprendano oltre la notte anche il mattino successivo od il pomeriggio senza alcun adeguato riposo intermedio. La review pro-



segue citando lo studio *Helsinki Heart Study* in cui veniva descritto un incremento del rischio di sviluppare patologie cardiovascolari compreso tra il 40 ed il 50% rispetto ai lavoratori diurni (9).

Questo dato è sovrapponibile sia a quello ottenuto dal *Nurse's Health Study* statunitense, che indica nel 51% la maggiorazione del rischio dopo soli 6 anni di lavoro con turni notturni. L'analisi elaborata da Kawaki e pubblicata su *Circulation* rileva un rischio maggiore del 21% entro i 6 anni di attività anche notturna e del 51% quando sia superato questo limite (10).

Zheng e collaboratori della *Yale University School of Medicine* hanno dimostrato in medici che lavorano in terapie intensive, sottoposti a turni di lavoro prolungati e a lavoro notturno, un incremento di IL6 e della PCR che sono considerati markers biologici di infiammazione vascolare

correlati ad eventi ischemici cerebrali e cardiaci (11).

Scheer del Dipartimento di Medicina del Sonno della *Harvard Medical School* ha posto in risalto la presenza di notevoli disturbi del sonno, con riduzione delle fasi Rem, nei lavoratori a turni, con turni di notte, disturbi che tuttavia regredivano ritornando al lavoro diurno (12).

Sempre associate ai disturbi, le mialgie talora anche molto importanti.

In una *review* di *Sleep* sono riportati dati interessanti sui lavoratori coinvolti nei dipartimenti di emergenza, costretti spesso a dover prendere difficili decisioni terapeutiche con pazienti a rischio per la vita, relativi a disturbi della vita di relazione ed in specifico con i propri familiari sia per la "turnistica" in sé sia per una sorta di "deformazione professionale del pensiero" che sminuisce tutto ciò che non sia di "vitale importanza".

Sono sintomi caratteristici uno stato di affaticamento "cronico" comportante irritabilità, calo delle prestazioni e diminuita agilità mentale (16,17,18).

La maggioranza degli studi evidenzia come, e qui il rimando specifico è al personale del comparto, spesso i lavoratori preferiscano settimane lavorative più brevi incrementando di conseguenza l'attività quotidiana sino a 12 e più ore.

I test effettuati su questi stessi lavoratori rilevano, senza ombra di dubbio, che il "prezzo pagato" è assai alto ed è caratterizzato da un eccessivo affaticamento, specie nelle ore finali dei turni, e da un'attenzione notevolmente diminuita. La distribuzione statistica degli errori notturni ha un picco catastrofico nelle ore comprese tra le 4 e le 8 del mattino (14).

Diversi studi mettono in risalto una probabilità circa 3 vol-

Un recente dato che proviene dal sistema assicurativo danese Odc (Occupational Diseases Committee) pone in evidenza la rilevanza di studi che ritengono il turno di notte un fattore di rischio indipendente per lo sviluppo di tumori al seno

te maggiore (rispetto ai lavoratori diurni) di sviluppare disturbi che appaiono meno gravi, ma sono sicuramente fastidiosi, quali diarrea, dolori addominali, epigastralgie ed eccessiva flatulenza.

Tali fenomeni vengono messi in correlazione prevalentemente con l'inadeguata ed irregolare alimentazione dei soggetti che lavorino a turni (9).

La Dottoressa Schernhammer sul *Journal of the National Cancer Institute* riporta i dati relativi a circa 80.000 lavoratrici osservate nel *Nurses' Health Study* (15). Questi evidenziano un significativo incremento delle probabilità di sviluppare tumore al seno che appare proporzionale al periodo di "esposizione"

ai turni di notte (1-15 anni, 16-29 anni, oltre i 30 anni) correlandolo alla perdita dell'azione oncostatica della melatonina (ridotta nei lavoratori a turni). Un recente dato che proviene dal sistema assicurativo danese Odc (*Occupational Diseases Committee*) pone in evidenza la rilevanza di studi che ritengono il turno di notte un fattore di rischio indipendente per lo sviluppo di tumori al seno. Attualmente tali dati sono al vaglio degli esperti della IARC (*International Agency for Research on Cancer*). Riportiamo, a corollario, le indicazioni per la strutturazione degli orari di lavoro secondo criteri ergonomici di uno degli esperti italiani di medicina del lavoro quale è il Prof.



Giovanni Costa dell'Università degli Studi di Milano (19). Queste prevedono di:

- Ridurre il più possibile il lavoro notturno e adottare schemi di turnazione rapida al fine di limitare il numero di turni di notte consecutivi (max 2) ed interferire il meno possibile sui ritmi circadiani e sul sonno.
- Adottare la rotazione dei turni in "ritardo di fase" (Mattino/Pomeriggio/Notte), in quanto consente un più lungo riposo intermedio.
- Prevedere almeno 11 ore di riposo continuativo tra un turno di lavoro e l'altro onde consentire un maggior recupero della fatica e del deficit di sonno.
- Non iniziare troppo presto il turno al mattino in modo da limitare la perdita dell'ultima parte del sonno ricca di fase Rem.
- Programmare il giorno di riposo preferibilmente dopo il turno di notte in modo da consentire un immediato recupero della fatica e del deficit di sonno.
- Inserire pause nel corso del turno, in modo da permettere tempi adeguati per i pasti ed eventuali brevi pisolini, rivelatisi molto utili nel compensare il deficit di sonno.

CONCLUSIONI

Appare, quindi, appurata una correlazione tra lavoro notturno e patologie a breve ed a lungo termine, la cui unica terapia appare essere una maggiore quantità di ore dedicate al riposo.

Appare altrettanto assodata un'alterazione delle capacità, anche professionali, durante "esposizione" a turni di lavoro prolungati specie se comprendenti la notte, con prevedibile incremento del rischio per i pazienti che vengono visitati in particolare durante le fasi finali di questi turni. Infatti, è dimostrata da più parti la difficoltà di concentrazione e la netta riduzione della memoria di fissazione a breve termine dopo turni di lavoro prolungati. Gli

errori correlati alla fatica sono caratteristicamente condizionati da una riduzione della capacità di identificare l'importanza di un qualsiasi problema.

In alcuni campi, quale in esempio specifico quello delle cure sanitarie, è impossibile eliminare i turni notturni. L'unica possibilità per ridurre l'impatto di tali errori, è quella di mantenere una adeguata dotazione organica, di tutte le componenti, tale da consentire un ridotto numero individuale di turni di notte.

Nonostante queste indicazioni sempre più spesso si verifica negli ospedali un'organizzazione con turni estremamente faticosi e pericolosi e questo a causa della predominanza del fattore economico/amministrativo, tendente in ogni caso a "ridurre i costi" per problemi di bilancio e non considera le pericolose conseguenze delle scelte operate.

Con questa logica sembrano agire spesso anche alcuni esperti di risk management: non appiattare il rischio clinico ma ridurre l'impatto a termini "statisticamente accettabili".

Ma accettabili per chi? Per il paziente al quale anche se il rischio teorico fosse solo l'uno per mille rappresenterebbe nel caso individuale il 100%, per il medico che subisce lo stress di questa esposizione o più credibilmente per un mix di risparmio di costi fissi del personale accompagnato da un'ottimizzazione dei costi assicurativi e/o legali.

Il codice deontologico, all'articolo 70 "Qualità delle prestazioni", recita testualmente: "Il medico dipendente o convenzionato deve esigere da parte della struttura in cui opera ogni garanzia affinché le modalità del suo impegno non incidano negativamente sulla qualità e l'equità delle prestazioni nonché sul rispetto delle norme deontologiche. Il medico deve altresì esigere che gli ambienti di lavoro siano decorosi e adeguatamente attrezzati nel rispetto dei requisiti previsti dalla normativa compresi quelli di sicurezza ambientale. Il medico non deve assumere impegni pro-

fessionali che comportino eccessi di prestazioni tali da pregiudicare la qualità della sua opera professionale e la sicurezza del malato."

Ma chiunque abbia cercato di modificare organizzazioni discutibili "top down" sa bene a quali resistenze sia andato incontro e a quali pressioni sia stato successivamente sottoposto e consigliamo di leggere alcuni criteri di valutazione del dirigente medico sviluppati in Aziende sanitarie tristemente note o il recente schema di D.lgs proposto dal ministro Brunetta per comprendere appieno l'importanza di quanto appena detto: una onesta resistenza professionale potrebbe sfociare in provvedimenti disciplinari severi sino alla risoluzione del rapporto di lavoro.

La stessa normativa vigente sul lavoro usurante non appare congrua rispetto alla realtà delle indicazioni scientifiche che propongono correlazioni tra "esposizioni" al lavoro notturno e sviluppo di patologie, correlate indipendentemente, di gran lunga inferiori a quelle previste dalla normativa italiana individuate in 80 notti di lavoro per anno.

Ci sarebbe quindi spazio per porre in discussione tali limiti arbitrari

Ciò dovrebbe spingere tutte le Oo.Ss. a tentare di far modificare i parametri utilizzati nella definizione del lavoro usurante stesso.

Tutto questo ci deve indurre a difendere strenuamente in sede locale quanto previsto dalla Comunità in merito all'orario di lavoro ed ai riposi. Ci sono per altro dati sufficienti per coinvolgere le varie associazioni di tutela dei pazienti in questa difesa

Infine, da un punto di vista esclusivamente giuridico si stanno consolidando le opinioni di molti esperti che riscontrano sia nella Finanziaria 2008 sia nella L. 133/08 delle illegittimità tali, rispetto al diritto comunitario, da rendere necessaria la loro disapplicazione da parte del giudice nazionale (20).

Bibliografia

1. Fatigue among clinicians and the safety of patients. David M. Gaba, M.D. and Steven K. Howard, M.D.: N. Engl. J. Med. Vol 347, No 16 * October 17, 2002
2. Impact of Extended- Duration Shifts on Medical Errors, Adverse Events, and Attentional Failures. Barger L.K. (Harvard Med School): PLoS Med 3 (12): e487; 2006
3. Neurobehavioral performance of residents after heavy night call vs after alcohol ingestion. J. Todd Arnedt, PhD: JAMA September 7, 2005- Vol 294, n. 9- p. 1025
4. Extended work shift and the risk of motor vehicle crashes among interns Laura K. Barger Ph.D.: N. Engl. J. Med 352:125; 2005
5. Effect of sleep deprivation on surgeons' dexterity on laparoscopy simulator N.J. Taffnder: The Lancet Vol 352 October 10, 1998
6. Extended work duration and risk of self reported percutaneous injuries in interns. Czeisler et al: Jama Vol 296: 1049; 2006
7. Rotating night shift work and the risk of ischemic stroke. Brown DL, Feskanich D, Sánchez BN, Rexrode KM, Schernhammer ES, Lisabeth LD: Am J Epidemiol. 2009 Jun 1;169 (11):1370-7.
8. Night-shift work and risk of colorectal cancer in the nurses' health study. Schernhammer ES, Laden F, Speizer FE, Willett WC, Hunter DJ, Kawachi I, Fuchs CS, Colditz GA.: J Natl Cancer Inst. 2003 Jun 4; 95 (11): 825-8.
9. Working harder-working dangerously? Fatigue and performance in hospitals. Olson LG, Ambrogetti A.: Med J. Aust. 1998 Jun 15;168(12): 614-6
10. Prospective Study of Shift Work and Risk of Coronary Heart Disease in Women Ichiro Kawachi, MD; Graham A. Colditz, MD; Meir J. Stampfer, MD; Walter C. Willett, MD; JoAnn E. Manson, MD; Frank E. Speizer, MD; Charles H. Hennekens, M.: Circulation. 1995; 92:3178-3182.
11. Association of extended work shifts, vascular function, and inflammatory markers in Internal Medicine Residents: a randomized crossover trial. Zheng et al: Jama Vol 296, 2006
12. Adverse metabolic and cardiovascular consequences of circadian misalignment. Scheer FA, Hilton MF, Mantzoros CS, Shea SA. : Proc Natl Acad Sci U S A. 2009 Mar 17; 106(11):4453-8.
13. An endogenous circadian rhythm in sleep inertia results in greatest cognitive impairment upon awakening during the biological night. Scheer FA, Shea TJ, Hilton MF, Shea SA.: J Biol Rhythms. 2008 Aug; 23 (4):353-61.
14. The perils of shift work Hughes, 9/ 2004 American Journal of Nursing 104(9), pp. 60-63.
15. Rotating Night Shifts and Risk of Breast Cancer in Women Participating in the Nurses' Health Study. Eva S. Schernhammer, Francine Laden, Frank E. Speizer, Walter C. Willett, David J. Hunter, Ichiro Kawachi, Graham A. Colditz Journal of the National Cancer Institute, Vol. 93, No. 20, 1563-1568, October 17, 2001
16. The cumulative cost of additional wakefulness: dose-response effects on neurobehavioral functions and sleep physiology from chronic sleep restriction and total sleep deprivation. Van Dongen HP, Maislin G, Mullington JM: Sleep. 2003; 26(2):117-126.
17. Patient safety in the emergency department environment report. American College of Emergency Physicians (Acep). (2001). Retrieved January 6, 2004, from <http://www.acep.org>
18. Curriculum for patient safety Society of Academic Emergency Medicine (Saem) Patient Safety Task Force. (2003). Retrieved December 28, 2004
19. Strutturazione degli orari di lavoro secondo criteri ergonomici G. Costa in G.Ital. Med. Lav. Erg. 2008
20. Profili di incompatibilità con la direttiva n. 88/2003 della disciplina italiana su orario e riposi del personale del Ssn (tra interpretazione conforme e disapplicazione delle previsioni interne). V. Leccese e A. Allamprese in Rivista Giuridica del Lavoro 2/2009

Indagine della FIASO SULLA CONTINUITÀ ASSISTENZIALE e i percorsi diagnostico terapeutici integrati

INTEGRAZIONE: IL MMG ARRANCA

Lo sostiene un'indagine della Fiaso sulla continuità assistenziale e i percorsi diagnostico terapeutici integrati. Che sottolinea come i medici di famiglia risultino essere la categoria meno incline all'integrazione tra colleghi. E così l'ospedale resta la prima scelta anche per i casi non urgenti nè acuti

↳ Lucia Conti

Il sistema sanitario c'è sempre nei momenti critici. Peccato che la salute non si esaurisca nelle emergenze. Ma continuità assistenziale e percorsi diagnostico-terapeutici integrati sul territorio in Italia sono ancora un miraggio. Anche quando si parla di malattie croniche.

A dirlo, stavolta, è la ricerca su "Misurazione e valutazione dell'integrazione professionale e sulla continuità delle cure", promossa dalla Fiaso (la Federazione Italiana delle Aziende Sanitarie ed Ospedaliere) e condotta in partner-

ship con il Cergas della Bocconi. Sulla base di un questionario somministrato ai professionisti di 13 Aziende sanitarie (8 a prevalenza dipartimentale, 4 orientate al modello distrettuale e 1 mista), la ricerca ha misurato il legame tra le caratteristiche dell'organizzazione aziendale e il livello di integrazione tra professionisti per tre patologie croniche a forte bisogno di continuità (diabete in pazienti con danno d'organo, Bpco e tumore in fase avanzata assistiti a domicilio). E poi ha investigato il mondo dei pazienti, chiedendo loro di

esprimere un voto di soddisfazione.

Il primo risultato emerso è l'assenza di una "one best way", cioè di una forma di organizzazione aziendale individuata come la migliore a raggiungere il livello di integrazione ospedale-territorio ottimale. I professionisti, in altre parole, non collaborano per protocollo o buona pratica, bensì per "istinto emozionale" o necessità inderogabile. È infatti la gravità delle condizioni cliniche del paziente a far scattare quel dialogo tra professionisti diversi in grado di garantire un'assistenza più ar-

ticolata ed efficiente.

A contribuire fortemente c'è anche la vicinanza spaziale tra professionisti, tanto che proprio i medici di famiglia – che per antica tradizione esercitano in maniera più isolata e individuale – risultano essere la categoria meno incline all'integrazione tra colleghi. Addirittura, emerge che lavorare in associazionismo (che a livello teorico dovrebbe incentivare l'integrazione) non rende i mmg più inclini a relazionarsi con gli altri colleghi.

La ricerca della Fiaso restituisce una fotografia con luci ed

ombre. "Si continua a destinare la maggior parte delle risorse ai pazienti con patologie conclamate, limitando a interventi residuali l'investimento in prevenzione e monitoraggio", ha osservato il presidente della Fiaso, Giovanni Monchiero. "Ma la sfida è quella di andare ad intercettare quei livelli di bisogno inespresso. Sempre che – conclude Monchiero – le condizioni di sostenibilità economica del Ssn non costringano le aziende a ripiegare sull'essenziale rispondendo alla domanda di cura più che a quella, spesso inespressa, di salute".

Indice sintetico di integrazione professionale nei tre percorsi per patologia

Valore medio espresso dagli operatori in una scala da 0 a 5

	percorso diabete			percorso bpco			percorso tumore		
	Mmg	Specialisti	Valore medio	Mmg	Specialisti	Valore medio	Mmg	Specialisti	Valore medio
Frequenza dello scambio informativo interprofessionale	0,95	5,00	3,00	0,81	4,19	2,60	1,17	4,38	2,75
Livello di condivisione e utilizzo di sistemi informativi comuni	2,45	2,95	2,70	2,55	2,93	2,74	2,75	2,77	2,76
Indice sintetico di integrazione professionale	2,40	4,03	3,24	2,39	3,65	3,06	2,69	3,68	3,17

Indice sintetico di continuità percepita dai pazienti nei tre percorsi per patologia

Valore medio espresso dai pazienti in una scala da 0 a 5

	percorso diabete	percorso bpco	percorso tumore
Indice medio di continuità longitudinale	2,18	2,16	5,00
Indice medio di accessibilità	3,80	3,74	4,11
Indice medio di qualità delle relazioni	4,19	4,12	4,42
Indice medio di unitarietà diagnostico terapeutica percepita	3,90	3,77	4,15
Indice sintetico di continuità delle cure percepita	3,52	3,45	4,42

Fonte: Fiaso-Cergas Bocconi

DIRIGENZA **MEDICA**

Il mensile dell'Anao Assomed

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

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

Coordinamento redazionale
Ester Maragò

Progetto grafico e impaginazione:
Daniele Lucia,
Barbara Rizzuti

Periodico Associato
A.N.E.S.
ASSOCIAZIONE NAZIONALE EDITORI

Editore



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

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

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

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

Costo a copia: euro 2,50

Finito di stampare nel mese di luglio 2009