

DIRIGENZA MEDICA

Il mensile dell'Anaao Assomed

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

Editoriale

I SUCCESSI DELLA NOSTRA AZIONE SINDACALE

di **Serafino Zucchelli**

Molti sono gli eventi verificatisi in questi ultimi 15 giorni che meritano un commento. Alcuni di essi sono fortemente positivi.

Ci eravamo lasciati, nelle ultime righe dell'editoriale precedente, invocando iniziative concrete che impedissero la conversione in legge del decreto cosiddetto antitruffa. In pochi giorni abbiamo dato vita ad una originale manifestazione (non uno sciopero) realizzatasi a Roma il 15 aprile.

Originale per l'inedita forma della protesta: una catena umana ("Diamoci una mano per la salute") di 20mila persone circa, che per 5 minuti ha unito simbolicamente il nord al sud di Roma.

Originale per la nuova e larghissima alleanza di numerose sigle sindacali che rappresentavano professionisti dipendenti e convenzionati (medici, veterinari, biologi, infermieri) e cittadini (pensionati della Cgil e Uil e associazioni di difesa dei consumatori).

Se ne sono autoesclusi, a metà del percorso organizzativo, soltanto la Cimo e la Cisl probabilmente perché sottoposte a forti pressioni governative.

Riteniamo fortemente positivo avere suscitato il consenso entusiasta e partecipe dei sindacati di milioni di pensionati e degli infermieri che hanno creduto nella nostra sincera volontà di contribuire ad affrontare con serietà la questione morale in sanità ed hanno con noi giudicato l'indiscriminato attacco all'autonomia dell'atto medico come una ulteriore fase dell'offensiva contro il Sistema sanitario nazionale, realizzatasi prima con la riduzione dei finanziamenti in finanziaria, poi con il procedere del disegno di legge di devoluzione.

È stato sufficiente l'annuncio della manifestazione, in aggiunta al coro di dissenso dell'opposizione e di quasi tutta la maggioranza perché il ministro ritirasse il

segue a pag. 16

MEDICI, OPERATORI DELLA SANITÀ E PENSIONATI CHIEDONO LE DIMISSIONI DI SIRCHIA

Una catena umana di 20mila persone

Enorme il successo della catena umana, lunga dieci chilometri, che martedì 15 aprile scorso ha unito la capitale da Piazza del Popolo a Piazzale Ostiense. La manifestazione, organizzata da Anaao Assomed-Cida, Fp-Cida, Fimmg, Fp Cgil, Fp Cgil Medici, Spi Cgil, Federazione Medici aderenti Uil Fpl (Amco, Coas Medici ospedali e del territorio, Cumi Aiss, Fnam, Nuova Ascoti, Uil Fpl Medici, Umi, Umus), Uil Pensionati, Civemp (Sivemp-Simet), Confedir Sanità, Fesmed (Acoi, Anco, Aogoi, Femepa, Sedi, Sumi), Fimp, Adoc, Snabi Sds, Sumai, è riuscita in pieno nell'intento di catalizzare l'attenzione delle istituzioni e dell'opinione pubblica sulle pericolose conseguenze della politica sanitaria del Governo, sia per la sopravvivenza del servizio sanitario pubblico, sia per l'autonomia della professionalità medica.

In 20mila, tra camici bianchi, infermieri e pensionati, giunti a Roma con 200 pullman da tutta Italia, con treni e mezzi propri, alle 12.00 si sono presi per mano ed hanno bloc-

cato per 5 minuti il traffico cittadino. "Moltissime persone - ha detto Serafino Zucchelli, Segretario nazionale dell'Anaao Assomed - hanno risposto alla nostra chiamata. Siamo qui simbolicamente, per esprimere il disappunto e dimostrare che i professionisti e i cittadini italiani vogliono un servizio sanitario pubblico che, oggi, è messo in pericolo dal sottofinanziamento e anche dalla legge sulla devolution. Una legge che darà la possibilità di frantumare l'unità del sistema. E protestiamo - conclude - contro le ingerenze del ministro Sirchia, goffe e gravissime, sulla libertà e l'autonomia dell'atto medico che è il cuore del Ssn. Il ministro si deve dimettere". E questo slogan è stato gridato a gran voce sotto le finestre del Ministero della salute, dove il padrone di casa intratteneva i giornalisti sulla Sars, nel corso di una conferenza stampa tempestivamente organizzata alla stessa ora e nello stesso giorno della Manifestazione (...).

segue a pag. 3

FNOMCEO: IL COMITATO CENTRALE 2003-2005

Pubblichiamo il nuovo Comitato centrale della Federazione degli Ordini dei Medici Chirurghi e Odontoiatri per il triennio 2003-2005 rinnovato il 14 aprile scorso. L'esito della votazione dei 103 ordini provinciali ha visto prevalere la "lista Bianco" con 8 consiglieri su un totale di 13 componenti. La prima riunione per l'elezione del nuovo esecutivo (il 22 aprile) si è conclusa, però, con un nulla di fatto. Per conoscere il nuovo Presidente della Fnomceo bisognerà attendere il prossimo incontro fissato il 3 maggio.

Salvatore Amato (lista Del Barone)
Amedeo Bianco (lista Bianco)
Luigi Conte (lista Bianco)
Nicolino D'Autilia (lista Bianco)
Giuseppe Del Barone (lista Del Barone)
Vito Gaudiano (lista Bianco)
Francesco Losurdo (lista Del Barone)
Guido Marinoni (lista Bianco)
Cosimo Nume (lista Bianco)
Aristide Paci (lista Bianco)
Antonio Panti (lista Del Barone)
Lamberto Pressato (lista Bianco)
Giovanni Maria Righetti (lista Del Barone)

Commissione Odontoiatri
Massimo Ferrero
Marco Landi
Saverio Orazio
Giuseppe Renzo
Raffaele Iandolo (senza diritto di voto)

Revisori dei conti
 (senza diritto di voto)
Fabrizio Cristofari
Pier Maria Morresi
Salvatore Sciacchitano
Bruno Di Iorio (supplente)



CAMPAGNA ADESIONI 2003

ANA AO ASSOMED
 Associazione Medici Dirigenti

mi iscrivo anch'io!

È in corso la Campagna Adesioni 2003 che si concluderà il 30 giugno.

Fai scoprire ai tuoi colleghi tutti i servizi ed i vantaggi di iscriversi all'Associazione.

Per saperne di più visita il sito www.anaao.it o rivolgiti al Segretario aziendale Anaao Assomed

CODE CONTRATTUALI E RINNOVO CCNL

Proclamato lo stato di agitazione

Dopo quasi un anno dalla firma della pre-intesa tecnica sulle code contrattuali, non sono ancora stati corrisposti i dovuti incrementi economici, né è stata applicata la parte normativa. Tantomeno sono state avviate le procedure per aprire la trattativa per il rinnovo del Contratto di lavoro. Proponiamo in questo servizio il documento dell'Intersindacale medica con cui è stato proclamato lo stato di agitazione ed un breve excursus sulla vicenda delle code contrattuali, dalla sigla della pre-intesa (luglio 2002) ad oggi

I motivi della protesta

L'Intersindacale Medica composta da Anaa Assomed - Civemp (Sivemp-Simet) - Fesmed (Acoi-Anmco-Aogoi-Sumi-Sedi-Femepa-Anmdo) - Snabi Sds (Dirigenti Sanitari) - Umsped (Aaroi-Aipac-Snr)

preso atto con soddisfazione del successo della Manifestazione nazionale di protesta svoltasi a Roma nella mattinata per la difesa del finanziamento, della integrità del sistema sanitario nazionale e della libertà ed autonomia delle professioni sanitarie, **constatato** che il solo annuncio della Manifestazione aveva portato al conseguimento dell'importante risultato del ritiro da parte del Governo del decreto legge cosiddetto anti truffa ed anche della proroga del termine per l'esercizio della libera professione intramoenia allargata, **dichiara** l'apertura di una vertenza sindacale e lo stato di agitazione della categoria, fino al possibile sciopero nazionale, per il raggiungimento dei seguenti obiettivi:

- la chiusura delle code dei contratti collettivi di lavoro, scaduti da 16 mesi
- l'avvio delle procedure per il rinnovo dei Contratti della Dirigenza medica, veterinaria e sanitaria con la certezza dei finanziamenti previsti dall'accordo Sindacati-Governo del 6 febbraio 2002
- la soluzione del problema dello stato giuridico dei dirigenti medici, veterinari e sanitari dipendenti dal Ministero della salute ancora in attesa, oramai da sei anni, della definizione del contratto 1998/2001
- l'attivazione di un tavolo di concertazione a tre Governo, Regioni e organizzazioni sindacali per discutere le possibili modifiche dello stato giuridico della dirigenza medica, veterinaria e sanitaria
- l'emanazione del Dpcm ex articolo 34 della Legge 289/2002 (Finanziaria 2003) riguardo i criteri per le assunzioni a tempo indeterminato, per dare certezza ai posti di lavoro, con la contestuale regolamentazione dei contratti libero professionali da riservare alle sole situazioni di emergenza
- l'inquadramento dei medici dipendenti dell' Inps - Inail nella dirigenza medica.

Code contrattuali: da luglio 2002 ad oggi

La vicenda delle code contrattuali sta diventando una vergognosa storia infinita, ancor più vergognosa ove si pensi che già dal luglio 2002 sindacati ed Aran avevano siglato una preintesa tecnica riguardante sia la parte normativa che quella economica.

Avevamo già da tempo annunciato (si veda Dirigenza Medica/ottobre 2002) che gli arretrati sarebbero stati corrisposti entro il 2002, ma siamo stati clamorosamente ed inopinatamente smentiti dai fatti, anzi per essere precisi, dalle reiterate omissioni compiute, a turno dal Comitato di Settore dell'Aran, dal Ministero del Tesoro e dal Dipartimento della Funzione Pubblica.

Vediamo insieme la cronologia degli eventi e la possibilità di eventuali ricorsi.

Dopo una trattativa molto laboriosa, specie per ciò che concerne la parte economica (che la controparte aveva tentato autonomamente di "decurtare" senza alcuna spiegazione ed, addirittura, contro un chiaro disposto di legge), si era giunti – come detto – a siglare un documento, che non può ancora oggi avere valore di ipotesi di accordo in quanto, per poterne validare i contenuti, è necessaria una modifica dell'atto di indirizzo originariamente emanato dal Comitato di Settore dell'Aran.

Tale atto originario, per esser chiari, conteneva l'ipotesi di decurtazione degli arretrati, ovviamente non accettata dall'Anaa Assomed.

Il documento non ha veste ufficiale, nel senso che si tratta di una preintesa tecnica e non della ipotesi di accordo; questa differenza semantica, ai più oscura, non consente, però, di far decorrere i termini certi e definiti per la validazione dell'ipotesi di accordo da parte dell'organo di controllo (Corte dei Conti), dopo l'approvazione del quale l'ipotesi diviene contratto a tutti gli effetti di legge.

Ci si era lasciati all'Aran nel mese di luglio 2002 con la certezza che di lì a poco saremmo stati riconvocati per sottoscrivere l'ipotesi di accordo (già pronto sotto forma di preintesa) una volta pervenuto il nuovo atto di indirizzo.

Ebbene, da allora è iniziato un balletto tra Ministero del Tesoro e Presidenza del Consiglio dei Ministri-Dipartimento della Funzione Pubblica, per cui solo oggi a distanza di quasi un anno si è materializzato l'atto di indirizzo del Comitato di settore dell'Aran (cfr. pagina 3). Purtroppo la natura non ufficiale della preintesa non ci consente alcun tipo di ricorso; è ne-

cessaria, pertanto, una completa presa di conoscenza del problema che, in aggiunta a tutti gli altri, costituirà la base per aprire una incisiva vertenza globale della categoria con questo Governo. Gli argomenti, purtroppo, non mancano. È doverosa, a tal punto, una considerazione.

Di fronte ad una coalizione politica, trasformata poi in maggioranza di governo, che aveva roboantemente dichiarato una grande attenzione per i problemi della nostra categoria, non si può non restare fortemente perplessi; questa grande attenzione sta, infatti, mettendo a rischio un quarto della retribuzione complessiva per tutti i medici a rapporto esclusivo (disegno di legge sulla riforma dello stato giuridico); sta impiegando circa un anno per rispettare precisi impegni contrattuali, normativi ed economici da tempo definiti (code contrattuali); sta omettendo l'apertura delle trattative per il rinnovo di un contratto scaduto da oltre quindici mesi; ha tentato di distruggere la professione minando alla base l'atto medico con il Dl cosiddetto anti truffa, il quale, di fronte alla nostra ferma protesta è stato precipitosamente ritirato nonostante fosse firmato da Berlusconi, Tremonti, La Loggia, Sirchia. In compenso sta tentando di portare l'età pensionabile dei primari a 70 anni (consiglieri... di servizio).

Se questi sono i risultati della grande attenzione, chiediamo al Governo solo una cosa: dedichi la sua attenzione ad altro.

Ovviamente sarebbe troppo semplicistico pensare che tutto avvenga per caso; a nostro avviso è in atto, invece, un chiarissimo tentativo di destrutturazione del Servizio sanitario nazionale. E quale migliore strategia se non quella di frustrare e demotivare l'asse portante di esso, quale appunto sono i medici?

Dopo tale destrutturazione vi sarà la conseguente dichiarazione politica di insostenibilità economica dell'attuale Ssn e, quindi, la proposta di forme alternative di assistenza in barba a qualunque solidarietà, equità ed universalismo, realizzando un sistema dove la tutela della salute non sarà più un diritto di cittadinanza, costituzionalmente garantito, bensì una vera e propria mercificazione, in base alla quale chi è ricco sarà assistito meglio e chi ricco non è... si arrangi! Il nostro giuramento ci impone di curare tutti secondo scienza e coscienza; non mi sembra che sia scritto da alcuna parte che dovremmo garantire le cure in base al portafoglio di ogni singolo malato.

Gianluigi Scaffidi
Vice Segretario Nazionale

IL PUNTO SUI RICORSI

NEWS

Specializzandi 1983-91: facciamo chiarezza!

La pubblicazione di un articolo sul mensile della Federazione nazionale degli Ordini dei medici "La Professione" (n. 11/12, dicembre 2002-gennaio 03), ha risollevato la questione dei ricorsi inoltrati per il riconoscimento della retribuzione ai medici specializzandi 1983-1991. Dall'articolo sembra potersi arguire l'imminente soluzione di quanto richiesto dai medici "...entro marzo... 7000 euro per ogni anno...". In verità le cose non stanno proprio in questi termini.

Il disegno di legge, atto Senato n. 933, presentato dal sen. Manzione, dal 24 ottobre 2002 è fermo alla 7° Commissione Istruzione pubblica, in attesa di relazione tecnica del Governo.

Lo stesso Manzione, in sede di discussione della legge finanziaria ha presentato, all'articolo 24, un emendamento, 22.0.31, con cui cercava di inserire il testo del suo disegno di legge sugli specializzandi. Ritirato l'emendamento, per il probabile non favorevole parere del Governo, lo trasformava, assieme ad altri Senatori, in un ordine del giorno, G 22.202: "Il Senato, premesso che presso la 7° Commissione permanente è in corso di discussione l'atto senato n. 933 che prevede la remunerazione del periodo formativo-lavorativo di tutti gli specializzandi medici degli anni dal 1983 al 1991; che tutte le forze politiche parlamentari hanno espresso la precisa volontà politica di approvare il disegno di legge che prevede la corresponsione per tutta la durata del corso, a titolo forfetario, di una borsa di studio annua pari a 7000 euro; impegna il Governo a formulare una proposta operativa che affronti concretamente il problema della copertura economica del provvedimento".

Questo ordine del giorno non veniva votato, ma accolto come raccomandazione, dal Governo.

Questa accettazione fa ben sperare per le sorti dei disegni di legge sull'argomento, prima di tutti quello del sen. Manzione.

Ma dalla "raccomandazione" alla "soluzione" rappresentata dall'anonimo corsivista de "La Professione" v'è grande differenza.

Improvvisa appare poi l'indicazione, proposta dal giornale della Fnom, della necessità di una non meglio identificata "domanda giudiziale" per ottenere il sospirato pagamento.

Il testo del disegno di legge Manzione parla solamente di "domanda", da presentare alla data della sua entrata in vigore (che speriamo sia la più prossima).

Per questo oltre ai ricorsi pilota sono state predisposte, in alcune regioni, una serie di diffide da inviare al Murst senza intraprendere nuovi ricorsi, monitorando l'evoluzione parlamentare e giuridica e ricorrendo all'inol-

tro dei ricorsi solo in caso di necessità.

Inoltre ci fa sorgere qualche sospetto la nota in calce all'articolo, ben evidenziato in neretto, che rimanda, per ulteriori informazioni, a dei numeri telefonici che fanno capo ad un pool di avvocati, che anche in passato, hanno perorato la causa degli specializzandi, ovviamente, come potrà appurare chi telefona a quei numeri, a pagamento: 400 euro all'adesione, altri 400 euro entro il 30 giugno, più un 13 per cento degli eventuali importi ottenuti come risarcimento. Una bella somma, non c'è che dire!

Nel frattempo una recente sentenza del Consiglio di Stato, la n. 2185/2002 (disponibile integralmente sul sito www.anaao.it) annulla la sentenza Tar Lazio riconoscendo anche a coloro che hanno svolto una formazione a tempo ridotto (o che comunque percepivano altri redditi) la possibilità di veder riconosciuto il diritto alla remunerazione.

L'Anaa Assomed si è impegnata sin dall'inizio per vedere riconosciuti ai colleghi il diritto alla corresponsione delle borse di studio attraverso una azione legale e sindacale che si propone di raggiungere questi obiettivi:

1. non precludere ai propri associati alcuna possibilità di retribuzione per l'attività svolta, pur riconoscendo l'obiettivo difficoltà della via giudiziale;

2. sollecitare le forze politiche ad assumere iniziative volte al riconoscimento, sia in termini economici che previdenziali, della particolare condizione di quanti hanno potuto accedere alla professione medica solo dopo aver sostenuto un ulteriore corso di specializzazione, con risvolti negativi dal punto di vista dell'anzianità, della progressione di carriera, della posizione previdenziale complessiva con l'obiettivo ultimo di aprire un tavolo negoziale su questa questione;

3. ricondurre alla competenza delle organizzazioni sindacali la risoluzione di una vertenza che potrà trovare soluzione solo dall'attività congiunta e sinergica di iniziative sindacali e legali evitando il ricorso ad azioni private che si presentano sul mercato con proposte onerose per i colleghi. Riteniamo che, visto il numero enorme di soggetti interessati, stimabili tra 79.000 e il 93.000, con un impegno per lo stato (a 13.000.000 vecchie lire per l'anno) non inferiore a circa 4.100 miliardi di vecchie lire, la soluzione del problema non possa prescindere da un'azione politica che solo un'organizzazione sindacale può svolgere. Utile potrebbe essere per esempio uno scambio retribuzione-previdenza rendendo pensionabili gli anni di specialità differendo nel tempo gli oneri per lo Stato.

L'associazione non mancherà nei prossimi mesi di espletare tutte le iniziative possibili per risolvere questa intricata e tuttora irrisolta questione.

LPI ALLARGATA: PROROGA AL 2005

Libera professione intramoenia allargata fino al 31 luglio 2005. Accogliendo una richiesta da tempo avanzata dall'Anaa Assomed il Consiglio dei ministri ha approvato, nella seduta dell'11 aprile scorso un decreto legge che prevede, per chi ha optato per la libera professione intramoenia, di poter proseguire per i prossimi due anni l'esercizio di tale attività negli studi professionali in mancanza di strutture idonee presso le proprie aziende. Il decreto prevede, inoltre, il finanziamento di un progetto oncologico e misure per il funzionamento dell'Istituto Mediterraneo di Ematologia. Il decreto è stato pubblicato sulla Gazzetta Ufficiale n. 95 del 24 aprile 2003.

Il testo del DL è disponibile sul sito www.anaao.it.

CODE: VIA LIBERA DEL CDM ALL'ATTO DI INDIRIZZO

Il Consiglio dei Ministri ha approvato, nella seduta del 18 aprile, la direttiva all'Aran del Comitato di settore del comparto sanità relativa alle cosiddette code contrattuali per concedere lo 0,92% di differenziale inflativo rispetto alle somme percepite con il contratto ormai scaduto.

L'Aran con molta solerzia ha già convocato i sindacati per il 6 maggio per la sigla dell'ipotesi di accordo, peraltro già definita e sottoscritta sotto forma di pre intesa tecnica. Con la sigla dell'ipotesi di accordo inizia l'iter tecnico ufficiale (Aran - Consiglio dei Ministri - Aran - Corte dei Conti) per la conclusione del quale potrebbero occorrere ancora alcuni mesi.

All'applicazione definitiva i dirigenti del Ssn potranno ritirare gli arretrati: circa 1.600 euro. Questi importi rappresentano per i medici lo 0,60% dello 0,92% complessivo e il restante 0,32% va sul fondo di posizione.

IN GAZZETTA L'ACCORDO STATO-REGIONI SULL'ECM

Sulla Gazzetta Ufficiale n. 85 dell'11 aprile 2003 è pubblicato l'accordo 13 marzo 2003 tra il Ministro della salute, le regioni e le province autonome di Trento e Bolzano sugli obiettivi e sul programma di formazione continua per l'anno 2003 proposti dalla Commissione nazionale per la formazione continua. Il testo è disponibile sul sito www.anaao.it.

segue dalla prima

Una catena umana di 20mila persone

"A chi pensava che la manifestazione sarebbe stata sospesa dal momento che il Governo aveva annunciato il ritiro del Decreto legge cosiddetto antitruffa - ha detto Serafino Zucchelli ai giornalisti che lo hanno intervistato - abbiamo risposto in oltre ventimila: la sanità pubblica è un bene prezioso che non può essere abbandonato, né sottofinanziato, così come stanno facendo, invece, i nostri governanti". "Inoltre le dichiarazioni di Sirchia, all'indomani dal ritiro del decreto, hanno rafforzato, se possibile, le nostre convinzioni. Da queste, infatti, è apparso assai chiaro e incontrovertibile il giudizio offensivo del ministro nei confronti del mondo medico, accusato di aver affossato il suo provvedimento, circonvenendo addirittura il Parlamento, per difendere i disonesti. Parole di una gravità estrema che mai, in tanti anni di militanza sindacale, avevo sentito pronunciare da nessuno dei suoi predecessori. Per di più Sirchia sostiene di voler ripresentare un disegno di legge in cui trasferire le stesse disposizioni contenute nel provvedimento ritirato. Ogni singolo medico - ha sottolineato il Segretario nazionale - si è sentito personalmente offeso da simili considerazioni e non si è potuto lasciar sfuggire l'opportunità di reagire in maniera determinata e convinta agli insulti del Ministro, partecipando compatti e numerosissimi alla manifestazione nazionale".

Come può essere credibile un Ministro che fino ad ora non ha fatto nulla per usare gli strumenti di controllo e sorveglianza che, pure insufficienti oggi esistono?

I medici e gli operatori della sanità tutti sono, da tempi non sospetti, consapevoli dell'esistenza di un questione morale in sanità e della necessità di assicurare i cittadini sulla onestà e correttezza della stragrande maggioranza del sistema.

Non è però con questi provvedimenti demagogici, inutili e con le dichiarazioni offensive che si risolvono i problemi.

Come già da tempo sosteniamo, deve essere affrontato, introducendo regole di trasparenza e di rigore, il complesso problema della presenza dell'industria farmaceutica e delle tecnologie sanitarie nel mercato della sanità, particolarmente delicato e che esige standard etici più elevati rispetto ad altri settori dell'economia. Nuove regole inoltre debbono riguardare il complesso sistema dei rapporti tra industria e informazione e tra industria e formazione dei medici e degli altri operatori.

Di fronte a questi compiti i fatti hanno dimostrato l'inadeguatezza del Ministro Sirchia di cui tutti i sindacati presenti alla manifestazione ne hanno chiesto le dimissioni. (S.P.)

SI È SVOLTO A CERNOBBIO IL 3° FORUM SANITÀ FUTURA

Occhi puntati sull'Ecm

È stata l'edizione dei provider, pronti a cogliere le opportunità offerte dal nuovo sistema di accreditamento. Ma i nodi da sciogliere sull'Educazione continua in medicina sono ancora molti, a cominciare dalla necessità di valorizzare le esperienze professionali e dalle penalizzazioni per chi "evade" l'obbligo formativo, che dovranno essere inserite nel nuovo Ccnl

Per il secondo anno consecutivo il fulcro del Forum Sanità Futura è stata l'Ecm. Ma se nella passata edizione gli interlocutori della Commissione nazionale sul tema erano stati soprattutto i rappresentanti delle professioni sanitarie che reclamavano un maggiore protagonismo, quest'anno i più attenti erano gli account delle molte società già impegnate nell'organizzazione di corsi e convegni e pronte ad intervenire anche in materia di Fad, Formazione a distanza. Le nuove regole messe a punto dalla Commissione nazionale Ecm (v. box nella pagina) prevedono infatti che l'accREDITAMENTO non sia più assegnato ai singoli eventi, ma direttamente ai provider ed anche che si avvii la sperimentazione riguardo alla Fad, che dovrebbe poi entrare a regime con il 2004.

Dei molti eventi che si sono susseguiti nelle quattro giornate del Forum, per un totale di ventisette tavole rotonde e oltre 190 relatori coinvolti, occorre ricordarne almeno tre per la loro rilevanza istituzionale.

Alla seconda **Conferenza nazionale "Comunicare la salute"** hanno partecipato Michele Tagliaferri, presidente dell'Accademia della comunicazione, Luigi Biggeri, presidente dell'Istat, Michele Carruba, dell'Università di Milano, Rosalba Tufano, assessore alla sanità della Regione Campania, e Carla Collicelli, vicedirettore del Censis. Aprendo i lavori della Conferenza il ministro della Salute, Girolamo Sirchia, ha sottolineato la necessità di trovare

nuove fonti di finanziamento, anche coinvolgendo ad esempio il privato nelle campagne di educazione sanitaria. Antonella Cinque, direttore generale delle Comunicazioni del ministero della Salute, ha poi fornito alcuni dati sulle campagne realizzate dal Ministero: in un anno sono stati trasmessi 861 spot televisivi, 93 tele promozioni e 105 pillole informative.

Cernobbio ha poi ospitato la **Conferenza nazionale degli assessori alla Sanità**, con una tavola rotonda che si proponeva di fare il punto a distanza di un anno e mezzo dall'Accordo dell'8 agosto 2001. La relazione introduttiva di Laura Pellegrini, direttore dell'Assr, ha descritto la situazione delle singole Regioni in rapporto ai Lea, enumerando i provvedimenti con i quali alcune Regioni hanno deciso di erogare prestazioni aggiuntive, ma anche le persistenti criticità sui 43 Drg "ad alto rischio di inappropriatazza", dove si registrano ampie oscillazioni che vanno dall'Emilia Romagna, dove il 45% di quei Drg viene risolto in day hospital, al Molise, dove il 94,2% è ancora affrontato con il ricovero. Sostanzialmente concordi nel valutare positivamente l'Accordo dell'8 agosto, gli assessori presenti, Fabio Gava (Veneto), Giovanni Luzzo (Calabria), Giovanni Bissoni (Emilia Romagna), Enrico Rossi (Toscana), hanno però lanciato un allarme rispetto ai prossimi rinnovi contrattuali. In particolare Rossi ha sottolineato come l'incremento del fondo per il Ssn sia stato solo del

4% nel 2002, incremento che sarà completamente assorbito dai rinnovi contrattuali, non consentendo quindi di far fronte al complessivo aumento della spesa sanitaria. Nel corso della tavola rotonda Emanuela De Sanctis ha annunciato la conclusione della prima fase di lavoro del Tavolo di monitoraggio dei Lea, i cui risultati sono stati poi presentati alla Conferenza Stato Regioni del 15 aprile. A concludere i lavori il sottosegretario Antonio Guidi, che ha invitato i rappresentanti regionali ad assumere un ruolo di equilibrio, sia per controllare che non si creino disomogeneità all'interno di una stessa Regione, sia per avvicinare le diverse realtà regionali.

Infine, le diverse relazioni della **Commissione nazionale Ecm** che hanno occupato un'intera giornata. Oltre ad illustrare le nuove regole (v. box) la relazione di Raffaele d'Ari, uno dei vicepresidenti della Commissione nazionale Ecm, ha anche fornito alcuni dati sull'anno appena trascorso: i provider nel 2001 erano stati 2.870, mentre nel 2002 sono saliti a 7.619, per un totale di quasi 37mila eventi. Dati importanti, che sono stati ripresi anche dal sottosegretario alla Sanità, Cesare Cursi, che ha rimarcato come sia importante operare in modo che l'Ecm sia una "concreta occasione per inserire l'Italia nel contesto internazionale", senza che si trasformi invece in una formalità burocratica.

Eva Antoniotti

Ecm: le nuove regole

Punto per punto i temi principali del documento della Commissione nazionale Ecm presentato a Cernobbio, ora all'esame della Conferenza Stato-Regioni

Accreditamento

Può essere accreditato come provider, a livello centrale o regionale, qualsiasi soggetto pubblico o privato che possa garantire di possedere o di disporre, attraverso accordi specifici:

- competenze clinico-assistenziali, tecniche e scientifiche nel settore disciplinare degli eventi residenziali e dei programmi di formazione a distanza che intende produrre;
- competenze andragogiche, ovvero in materia di insegnamento per adulti;
- capacità organizzative, disponibilità di strutture e mezzi didattici idonei; per i provider nella Fad sono richieste anche competenze editoriali relative alle tecnologie di trasmissione dell'informazione.

L'accREDITAMENTO avrà una durata di cinque anni.

L'accREDITAMENTO per la formazione a distanza sarà sempre a livello nazionale.

Attuazione

Per la formazione residenziale e aziendale, si continuerà ad utilizzare l'attuale sistema di accreditamento per tutto il 2003, mentre il nuovo sistema di accreditamento dei provider sarà avviato in via sperimentale, con l'obiettivo di portarlo a regime dal gennaio 2004. Per la Fad si passerà subito all'accREDITAMENTO diretto dei provider, visto che i materiali impiegati possono essere disponibili nel tempo per verifiche di qualità. In base all'accordo siglato dalla Conferenza Stato-Regioni del 13 marzo scorso, il debito formativo per il 2002, corrispondente a 10 crediti per ciascun professionista, potrà essere recuperato anche nell'anno in corso.

Conflitto d'interessi

Non potranno essere provider le industrie farmaceutiche o che producono presidi sanitari. Queste aziende potranno

però essere sponsor commerciali degli eventi, in forma esplicita e sottoposta a specifici controlli.

Formazione a distanza - Fad

La Fad è basata sulla preparazione di eventi formativi mediante l'utilizzo di materiali durevoli (cartacei, audio, video, informatici, elettronici e multimediali) che consentono la ripetitività illimitata della fruizione in tempi e luoghi diversi. I corsi Fad devono essere rinnovati ogni due anni.

Provider

Il provider è responsabile del contenuto formativo, della qualità scientifica e dell'integrità etica di tutta l'attività a cui assegna crediti. Si potranno accreditare come provider:

- università, aziende sanitarie e ospedaliere, Ispesl, Irccs, Iss, Istituti zooprofilattici, Agenzie sanitarie e Enti per la formazione in campo sanitario istituiti dalle Regioni;
- società scientifiche;
- società private, case editrici e aziende di tecnologie multimediali;
- limitatamente ai temi relativi all'etica e alla deontologia, potranno accreditarsi Ordini e Collegi professionali, oltre che associazioni professionali di categoria.

Quote

Sono fissati dei parametri percentuali tra le diverse forme di Ecm, in base alle aree tematiche e alle modalità di accreditamento e di partecipazione:

- non più dell'80% dei crediti totali potrà essere ottenuto attraverso la formazione a distanza;
- non più dell'30% dei crediti totali potrà essere ottenuto con eventi accreditati a livello regionale;
- non più del 20% dei crediti totali potrà essere ottenuto attraverso eventi realizzati con didattica frontale, senza verifica e con oltre 200 partecipanti;
- non più del 25% dei crediti totali potrà essere ottenuto con eventi su argomenti che non riguardino la specializzazione del professionista;
- l'autoformazione non potrà superare il 5% dei crediti totali.

Ecm: le sette proposte dell'Anaao

Il sistema dell'Ecm è stato al centro del dibattito tra i rappresentanti delle associazioni e i componenti della commissione nazionale. Per l'Anaao Assomed ha partecipato Antonio Delvino, componente la Segreteria Nazionale, che ha avanzato sette proposte:

- 1 non prevedere alcuna penalizzazione se non a partire dalla prossima contrattazione nazionale, in quanto, in regime di privatizzazione del pubblico impiego, come voluto con la legge-delega n. 421/1992, solo il Contratto nazionale di lavoro può individuare tali penalizzazioni
- 2 prevedere che debbano essere accreditabili altre modalità di formazione (revisione dell'attività clinica, tutoraggio da parte dei colleghi più esperti, pubblicazioni scientifiche, ecc., sulla scorta di quanto accade in America)
- 3 consentire che le sponsorizzazioni vengano rivolte al provider, ma non in relazione a singoli eventi Ecm
- 4 chiarire che il fondo Ecm non deve essere individuato come la media di quanto speso in formazione nel triennio 1999-2001, come deciso dalla Conferenza Stato-Regioni del 21/12/2001, ma come l'intero fondo per la formazione ed aggiornamento professionale previsto dal Contratto nazionale di lavoro
- 5 prevedere la deducibilità fiscale sia per i singoli che per gli sponsor, allo scopo di favorire la trasparenza degli atti
- 6 rapportare la formazione con Indicatori di Salute per valutarne veramente l'efficacia
- 7 prevedere bonus per formazione di qualità (formatori eccellenti, tecniche di formazione veramente efficaci, ecc) pur accettando l standard 1 ora di formazione = 1 credito.

INTERVISTA A RAFFAELE D'ARI, VICEPRESIDENTE DELLA COMMISSIONE NAZIONALE ECM

L'Ecm entra a regime

“I passaggi intermedi sono serviti per educarci all'educazione continua in medicina”, dice Raffaele D'Ari. Ma ora è il momento di passare alla seconda fase dell'Ecm: accredito ai provider, impulso ai progetti formativi aziendali e sperimentazione per la formazione a distanza

Dottor D'Ari, anche quest'anno la sua relazione sui lavori della Commissione Ecm è stato il vero evento centrale del Forum di Cernobbio. Rispetto allo scorso anno, però, la platea è cambiata e in sala c'erano soprattutto rappresentanti delle aziende che vogliono produrre eventi o strumenti di formazione.

È vero, forse c'erano più società che utenti, più offerta che domanda. Il fatto è che l'attenzione ormai si concentra sulle regole del gioco, così come saranno a regime. Lo scorso anno eravamo in una situazione ponte, già nominalmente definita a regime ma in realtà ancora provvisoria.

La novità più importante è nell'accreditamento, assegnato direttamente ai provider e non più ai singoli eventi. Quali sono le ragioni di questa scelta?

In realtà questo sistema era previsto fin dall'inizio. Si è scelto però di fare un passaggio intermedio, che può sembrare dispersivo ma che è servito ad educare tutti: le istituzioni, cioè il ministero e le Regioni, e gli operatori, alcuni dei quali temevano che questa formula potesse compromettere una parte della loro autonomia. Ad esempio le società scientifiche, che già garantivano molta offerta formativa, non avevano nessuna intenzione di essere imbrigliate in regole varie. Insomma, i due anni trascorsi sono serviti per educare all'educazione continua.

Nel 2002 sono stati realizzati più di 37mila eventi Ecm, prodotti da oltre 7.500 provider. Lei ha annunciato però che, a regime, si prevede che saranno accreditati solo 2.500/3000 provider. Come mai pensa ad una riduzione così forte?

Dei 7.500 provider attuali almeno duemila sono chiaramente repliche di altri accreditamenti, inutili. Tra i rimanenti ce ne sono poi molti che non avranno interesse ad accreditarsi, perché i provider professionisti devono sottostare ad alcune regole che non tutti possono soddisfare.

Certo non sarà facile trovare soggetti che abbiano contemporaneamente la strumentazione per la comunicazione e la conoscenza scientifica richieste ad un provider.

In verità il provider può avere anche soltanto capacità imprenditoriale, con la disponibilità provata di altri soggetti a fornirgli strumenti per la comunicazione e la conoscenza scientifica. Il provider in sostanza non deve possedere direttamente le capacità tecnico-informatiche e tecnico-scientifiche, ma ne deve avere la disponibilità e la responsabilità. Altrimenti resterebbero solo le 400 aziende e le università.

Quale legame esiste tra Ecm e Lea?

La formazione continua è intimamente connessa alla professione. Il professionista, per poter esercitare, deve avere un titolo che si acquisisce in base ad alcune regole comuni, che consentono a quel titolo di avere valore a Trapani e in Val D'Aosta, al di là dell'autonomia dei singoli atenei. La stessa cosa deve avvenire con l'Ecm. Il livello professionale degli operatori deve necessariamente essere omogeneo su tutto il territorio nazionale sia nel momento dell'abilitazione professionale sia successivamente per continuare a svolgere la propria professione, per erogare prestazioni di qualità omogenea. Solo così sono assicurati, in concreto, i li-

velli essenziali di assistenza.

Come si può intervenire nel merito del singolo evento, se l'accreditamento viene dato direttamente ai provider?

Abbiamo avuto una lunga discussione in Commissione su questo problema. In questo anno, nel quale come dicevo l'istituzione si è educata a capire il fenomeno, il monitoraggio ci ha fatto capire quali sono i problemi e come la "fantasia italiana" può inventare sistemi che inceppano il meccanismo, ad esempio offrendo eventi generici, indifferenziati. Ma se la formazione continua deve essere arricchimento della capacità professionale specifica, allora occorre fissare dei paletti e il cardiologo, ad esempio, deve seguire corsi di cardiologia e non dieci corsi di inglese o di bioetica. Comunque ritengo che a tali fini sia più produttivo operare sul provider, richiedendo specifici requisiti per l'accreditamento e per la conferma dello stesso, responsabilizzando, monitorando la sua attività ed a campione verificando singoli eventi organizzati dallo stesso piuttosto che ipotizzare un sistema di verifica di ogni evento.

Perché non avete fissato questi paletti fin dall'inizio?

Per due motivi. Da una parte per non irrigidire l'offerta formativa, che è ancora insufficiente a rispondere alla domanda degli operatori malgrado per ora si tratti solo di dieci crediti. Dall'altra perché specificare obiettivi formativi per categorie e per specialità è un lavoro che richiede molto tempo ed un impegno particolare. Adesso però è arrivato il momento di fare questo lavoro, e su questo sono tutti d'accordo: nel momento in cui diamo ad un provider professionista accreditato l'autorizzazione ad organizzare eventi formativi per i cardiologi, dobbiamo spiegare chiaramente che non potrà offrire solo eventi generici, proponibili a tutte le categorie, ma dovrà fare in modo che la formazione sia finalizzata alle specifiche esigenze professionali delle singole categorie.

Come si potranno realizzare concretamente queste indicazioni?

Prima, accreditando il singolo evento, noi potevamo anche vigilare sulla congruità delle figure professionali per le quali era valido. Un domani, quando l'Ecm sarà nelle mani di un provider, che ha interesse ad allargare la platea degli utenti, e quando, oltretutto, questa platea, con la fruizione a distanza, diventa grandissima, per evitare effetti aberranti si dovrà meglio definire l'Ecm per la singola professione e non più intercategoriale. L'idea su cui si sta ragionando in Commissione è quella di stabilire quote percentuali di crediti da ottenere nei diversi ambiti tematici, per cui almeno il 60% deve essere destinato ad arricchire la specifica professionalità della persona.

Quando si avvierà concretamente questa seconda fase dell'Ecm?

Nel prossimo mese di maggio manderemo il nostro documento sui criteri per l'accreditamento dei provider e la formazione a distanza alla Conferenza Stato-Regioni; certamente qualcosa sarà modificato. Tuttavia, visto che si è deciso di dare a questa normativa un carattere sperimentale, credo che le Regioni potranno pragmaticamente accettare le proposte della Com-

missione, che potranno essere successivamente riviste e cambiate. L'importante per tutti, sia a livello centrale, sia a livello regionale, è raggiungere il risultato di creare un sistema governabile e condiviso ed evitare che alla fine, per non voler mettere qualche regola in più o per non volerla togliere, si finisca per pregiudicare tutto.

Si è dato grande risalto alla novità costituita dalla Fad, la formazione a distanza. Non si depotenzia la formazione pratica che le aziende si erano candidate a fare?

No, sicuramente. I progetti formativi aziendali, sia pubblici che privati, sono stati un'esperienza importante e positiva, che ha consentito di dare una risposta formativa congrua a quasi mezzo milione di utenti (in media 12 crediti per 449mila unità di personale). Ora le aziende si stanno organizzando sempre di più: quest'anno hanno realizzato circa 12 mila edizioni di progetti formativi, l'anno prossimo ne faranno il doppio. La Fad, anche se negli Stati Uniti costituisce per alcune categorie oltre l'80% della formazione permanente, da noi servirà soprattutto per alcune categorie, come ad esempio i farmacisti. Credo che sia ragionevole pensare che i progetti formativi aziendali copriranno circa il 60% della formazione, la Fad arriverà al 20-30%, mentre il resto continuerà ad essere realizzato attraverso gli eventi residenziali classici, che non verranno mai meno, perché sono un momento di confronto diretto, personale, anche un'occasione sociale.

Si è molto discusso intorno ai finanziamenti che vengono dalle aziende farmaceutiche, fissando regole specifiche a cominciare dal divieto per le industrie a ricoprire un ruolo di provider. Ma, chiarito il ruolo degli sponsor, il resto chi lo paga?

La Fad avrà costi limitati, perché ripartiti tra molti potenziali utenti, e la formazione aziendale sarà sostanzialmente a costo zero, visto che le aziende sanitarie hanno già a disposizione fondi specifici nei loro bilanci per la formazione del personale, con cui finanziare i progetti formativi aziendali. Per gli eventi residenziali e per la Fad dovrebbe comunque pagare il singolo operatore, anche se i sindacati chiederanno certamente di inserire nelle retribuzioni una voce ad hoc, cosa di cui si discuterà in fase di rinnovo del contratto.

La formazione produce anche costi indiretti, ovvero il mancato lavoro dei professionisti nelle strutture sanitarie. Questi costi come saranno affrontati?

L'accordo Stato Regioni firmato il 13 marzo scorso ha ribadito che non dovrebbero esserci oneri aggiuntivi rispetto a quelli già sostenuti dall'azienda per la formazione permanente. Certo che si può anche fare il conto di quanto costa un'ora di attività di formazione di un primario, oppure di un infermiere, ma d'altra parte questo è uno scotto che bisogna pagare: le nozze con i fichi secchi non si fanno! Bisognerebbe però, fare anche il conto di quanto costa per il cittadino e per la comunità il mancato aggiornamento degli operatori. Ritengo che i benefici della maggiore qualità nelle prestazioni professionali compensino del tutto i costi sostenuti per la formazione continua.

a cura di Eva Antoniotti

INTESA ALLA CONFERENZA STATO-REGIONI SUL PIANO SANITARIO NAZIONALE 2003-2005

Un Piano federalista con 11 obiettivi

La realtà federalista della sanità italiana, rafforzata dalle modifiche al Titolo V della Costituzione, assegna due compiti essenziali alle istituzioni sanitarie nazionali: il controllo sui Lea e la promozione di obiettivi generali, senza entrare nel merito delle scelte organizzative delle singole Regioni. Proprio su questi due aspetti si esprime il documento di indirizzo, che il Consiglio dei ministri ha approvato l'11 aprile scorso, registrando poi quattro giorni dopo l'intesa della Conferenza Stato-Regioni

Il primo piano sanitario nazionale dopo il cambiamento

Riproduciamo il testo introduttivo al Psn 2003-2005, nel quale si ripercorrono le novità introdotte dalle modifiche costituzionali e la conseguente ripartizione delle responsabilità tra ministero della Salute e Regioni

Il Piano 2003-2005 è il primo ad essere varato in uno scenario sociale e politico radicalmente cambiato.

La missione del ministero della Salute si è significativamente modificata da "pianificazione e governo della sanità" a "garanzia della salute" per ogni cittadino. Il Servizio sanitario nazionale è un importante strumento di salute, ma non è l'unico: infatti il benessere psico-fisico si mantiene se si pone attenzione agli stili di vita, evitando quelli che possono risultare nocivi.

Per quanto riguarda lo scenario politico-istituzionale, il recente decentramento dei poteri dallo Stato alle Regioni sta assumendo l'aspetto di una reale devoluzione. Il decentramento fa parte da tempo degli obiettivi della sanità italiana ed era già presente fra le linee ispiratrici della Legge 23 dicembre 1978 n. 833, istitutiva del Servizio sanitario nazionale, come del riordino degli anni '90, nell'ambito del quale veniva riconosciuto alla Regione un ruolo fondamentale nella programmazione, organizzazione e gestione dei servizi sanitari.

La fase attuale rappresenta un ulteriore passaggio dal decentramento dei poteri ad una graduale ma reale devoluzione, improntata alla sussidiarietà, intesa come partecipazione di diversi soggetti alla gestione dei servizi, partendo da quelli più vicini ai cittadini.

Significativi passi in avanti sono stati realizzati con la modifica del titolo V della Costituzione e, nella seconda metà del 2001, con l'Accordo tra Stato e Regioni (8 agosto 2001), alcuni punti del quale sono stati recepiti con il successivo decreto attuativo, convertito in Legge (Decreto Legge 18 settembre 2001 n. 347 e Legge 16 novembre 2001 n. 405). La Legge costituzionale recante "Modifiche al titolo V della parte seconda della Costituzione", varata dal Parlamento l'8 marzo 2001 e approvata in sede di Referendum confermativo il 7 ottobre 2001, ha introdotto i principi della potestà di legislazione concorrente dello Stato e delle Regioni e della potestà regolamentare delle Regioni in materia di sanità.

Rientrano nella competenza esclusiva dello Stato la "determinazione dei Livelli Essenziali delle prestazioni concernenti i diritti civili e sociali che devono essere garantiti su tutto il territorio nazionale" (art. 117), definiti secondo quanto stabilito nel novembre 2001 a stralcio del Piano Sanitario Nazionale con le procedure previste dal Decreto Legge 18 settembre 2001 n. 347, convertito poi nella Legge 16 novembre 2001 n. 405, nonché la "tutela della salute come fondamentale diritto dell'individuo e interesse della collettività" (art. 32). In altri termini lo Stato formula i principi fondamentali, ma non interviene sul come questi principi ed obiettivi saranno attuati, perché ciò diviene competenza esclusiva delle Regioni.

Il ruolo dello Stato in materia di sanità si trasforma, quindi, da una funzione preminente di organizzatore e gestore di servizi a quella di garante dell'equità sul territorio na-

zionale.

In tale contesto i compiti del Ministero della Salute saranno quelli di:

- garantire a tutti l'equità del sistema, la qualità, l'efficienza e la trasparenza anche con la comunicazione corretta ed adeguata;
- evidenziare le disuguaglianze e le iniquità e promuovere le azioni correttive e migliorative;
- collaborare con le Regioni a valutare le realtà sanitarie e a migliorarle;
- tracciare le linee dell'innovazione e del cambiamento e fronteggiare i grandi pericoli che minacciano la salute pubblica.

Nonostante i risultati raggiunti negli ultimi decenni siano apprezzabili in termini di maggiore aspettativa di vita e di minore prevalenza delle patologie più gravi, ulteriori e più avanzati traguardi e miglioramenti vanno perseguiti nella qualificazione dell'assistenza, nell'utilizzo più razionale ed equo delle risorse, nell'omogeneità dei livelli di prestazione e nella capacità di interpretare meglio la domanda e i bisogni sanitari.

Inoltre, non va dimenticato che la popolazione anziana nel nostro Paese è cresciuta e cresce di numero più che in altri Paesi europei e che è aumentato il peso delle risorse private investite nella salute, sia da parte delle famiglie che del terzo settore e di altri soggetti privati.

Al Piano Sanitario Nazionale è affidato il compito di delineare gli obiettivi da raggiungere per attuare la garanzia costituzionale del diritto alla salute e degli altri diritti sociali e civili in ambito sanitario. Tali obiettivi si intendono conseguibili nei limiti e in coerenza con i programmati obiettivi di finanza pubblica del vigente DPEF 2003-2006 e dell'Accordo dell'8 Agosto 2001, come integrato dalle leggi finanziarie per gli anni 2002 e 2003.

Ciò avviene, peraltro, in coerenza con l'Unione Europea e le altre Organizzazioni internazionali, quali l'Organizzazione Mondiale della Sanità (Oms) e il Consiglio d'Europa, che elaborano in modo sistematico gli obiettivi di salute e le relative strategie.

La competenza dell'Unione Europea, in materia sanitaria, è stata ulteriormente rafforzata dal Trattato di Amsterdam del 1997, entrato in vigore nel 1999, secondo il quale il Consiglio dell'Unione Europea, deliberando con la procedura di co-decisione, può adottare provvedimenti per fissare i livelli di qualità e sicurezza per organi e sostanze di origine umana, sangue ed emoderivati nonché, nei settori veterinario e fitosanitario, misure il cui obiettivo primario sia la protezione della sanità pubblica.

Nel mese di settembre 2002 è entrato in vigore il nuovo Programma di Azione Comunitario nel settore della sanità pubblica 2003-2008, che individua tra le aree orizzontali di azione comunitaria:

- la lotta contro i grandi flagelli dell'umanità, le malattie trasmissibili, quelle rare e quelle legate all'inquinamento;
- la riduzione della mortalità e della morbilità correlate alle condizioni di vita e agli stili di vita;

Gli emendamenti delle Regioni

Solo tre gli emendamenti richiesti dalla Conferenza dei presidenti delle Regioni per arrivare all'intesa sul nuovo Psn, a sottolineare le radici costituzionali della tutela della salute e la non subordinazione delle scelte in materia sanitaria a vincoli economici "assoluti".

"La Conferenza dei Presidenti delle Regioni e delle Province autonome esprime l'intesa sullo Schema di Piano Sanitario Nazionale con la verifica che siano stati accolti in sede politica i seguenti emendamenti presentati nella riunione tecnica mista del 14 aprile u.s. **Pag. 8**

Sostituire il periodo "nonché la tutela della salute come fondamentale diritto dell'individuo e interesse della collettività (art. 32)" con il seguente: "ferma restando la tutela della salute che la Repubblica garantisce ai sensi dell'articolo 32 della Costituzione".

Pag. 9

Sostituire il periodo "tali obiettivi si intendono conseguibili nei limiti e in coerenza con i programmati

obiettivi di finanza pubblica del vigente Dpef 2003-2006 e dell'Accordo dell'8 agosto 2001, come integrato dalle leggi finanziarie per gli anni 2002 e 2003" con il seguente: "Tali obiettivi si intendono conseguibili nel rispetto dell'Accordo dell'8 agosto 2001, come integrato dalle leggi finanziarie per gli anni 2002 e 2003 e nei limiti e in coerenza dei programmati Livelli essenziali di assistenza di cui al Dpcm 29 novembre 2001 e successive integrazioni".

Pag. 17

Sostituire il periodo "il Tavolo di monitoraggio garantisce che i costi dei Livelli essenziali di assistenza siano costantemente coerenti con le esigenze di mantenimento dell'equilibrio economico e finanziario attraverso un costante monitoraggio dell'impatto degli stessi sul territorio e una valutazione delle eventuali criticità del sistema" con il seguente: "Il Tavolo di Monitoraggio e verifica dei Livelli essenziali di assistenza effettivamente erogati ha il compito di verificarne la corrispondenza con i volumi di spesa stimati e previsti, articolati per fattori produttivi e responsabilità decisionali, al fine di identificare i determinanti di tale andamento, a garanzia dell'efficacia e dell'efficienza del Servizio sanitario nazionale".

I 10 progetti, che in realtà sono 11

Diamo una sintesi dei "progetti per la strategia del cambiamento" contenuti nel Psn, che rappresentano le indicazioni operative sulle quali si intende intervenire nel triennio. A questi si aggiungono poi gli "obiettivi generali" di salute: prevenzione sanitaria e promozione della salute, interventi in campo ambientale e sociale a difesa della salute, sicurezza alimentare.

1) Attuare, monitorare e aggiornare l'accordo sui Lea e ridurre i tempi di attesa

Si sottolinea come il Dpcm sui Lea definisca i confini a carico del Ssn attraverso due concetti principali:

- quello di servizi "essenziali", intesi come accettabili sul piano sociale nonché tecnicamente appropriati ed efficaci, in quanto fondati sulle prove di evidenza ed erogati nei modi economicamente più efficienti;
- quello delle "liste negative" consistente nell'individuare precisamente ciò che non deve più essere erogato con finanziamenti a carico del Ssn.

Tre organismi dovranno concorrere a realizzare "un organico sistema di garanzia": il Tavolo di monitoraggio, la Commissione nazionale per la definizione e l'aggiornamento dei Lea (C-Lea) e la Commissione unica per i dispositivi medici (Cud).

Gli obiettivi strategici:

- disporre di un consolidato sistema di monitoraggio dei Lea, tramite indicatori che operino in modo esaustivo a tutti e tre i livelli di verifica (ospedaliero, territoriale e ambiente di lavoro), grazie anche all'utilizzo dei dati elaborati dal Nuovo Sistema Informativo Sanitario;
- rendere pubblici i valori monitorati dei tempi di attesa, garantendo il raggiungimento del livello previsto;
- costruire indicatori di appropriatezza a livello del territorio che siano centrati sul paziente e non sulle prestazioni, come avviene oggi;
- diffondere i modelli gestionali delle Regioni e delle Aziende sanitarie in grado di erogare i Livelli essenziali di assistenza con un corretto bilanciamento tra i costi e la qualità (*bench-marking* a livello regionale ed aziendale);
- promuovere i migliori protocolli di appropriatezza che verranno via via sperimentati e validati ai diversi livelli di assistenza;
- attivare tutte le possibili azioni capaci di garantire ai cittadini tempi di attesa appropriati alla loro obiettiva esigenza di salute, anche sulla base delle indicazioni presenti nell'Accordo Stato Regioni 11 luglio 2002.

2) Promuovere la rete integrata di servizi sanitari e sociali per l'assistenza a malati cronici, anziani e disabili

Una forte sottolineatura sull'importanza della prevenzione, che allontana nel tempo la soglia della non autosufficienza, e sulla necessità per il Ssn di sviluppare modelli di assistenza continuativa integrata.

Gli obiettivi strategici:

- la realizzazione di una sorgente di finanziamento adeguata al rischio di non auto-sufficienza della popolazione;
- la realizzazione di reti di servizi di assistenza integrata, economicamente compatibili, rispettose della dignità della persona;
- il corretto dimensionamento dei nodi della rete (ospedalizzazione a domicilio, assistenza domiciliare integrata, Centri diurni integrati, residenze sanitarie assistenziali e istituti di riabilitazione) in accordo con il loro effettivo utilizzo;
- la riduzione del numero dei ricoveri impropri negli Ospedali per acuti e la riduzione della durata di degenza dei ricoveri appropriati, grazie alla presenza di una rete efficace ed efficiente;
- il miglioramento della autonomia funzionale delle persone disabili, anche in relazione alla vita familiare e al contesto sociale e lavorativo;
- l'introduzione di misure che possono prevenire o ritardare la disabilità e la non autosufficienza, che includono le informazioni sugli stili di vita più appropriati e sui rischi da evitare.

3) Garantire e monitorare la qualità dell'assistenza sanitaria e delle tecnologie biomediche

La "qualità" ricomprende tutti gli aspetti del servizio, tecnici, umani, economici e clinici. Importante "rilevare" la "qualità percepita" dai pazienti quale primo indicatore di soddisfazione.

Gli obiettivi strategici:

- promuovere, divulgare e monitorare esperienze di miglioramento della qualità all'interno dei servizi per la salute;
- coinvolgere il maggior numero di operatori in processi di informazione e formazione sulla qualità;
- valorizzare la partecipazione degli utenti al processo di definizione, applicazione e misurazione della qualità;
- promuovere la conoscenza dell'impatto clinico, tecnico ed econo-

mico dell'uso delle tecnologie, anche con comparazione tra le diverse Regioni italiane;

- mantenere e sviluppare banche dati sui dispositivi medici e sulle procedure diagnostico-terapeutiche ad essi associati, con i relativi costi;
- attivare procedure di *bench-marking* sulla base di dati attinenti agli esiti delle prestazioni.

4) Potenziare i fattori di sviluppo (o "capitali") della sanità

Il Psn programma azioni dirette a promuovere i fattori di sviluppo del sistema sanitario intervenendo sul capitale "umano", "sociale" e "fisico".

Gli obiettivi strategici:

- dare piena attuazione alla Educazione Continua in Medicina;
- valorizzare le figure del medico e degli altri operatori sanitari;
- garantire una costante manutenzione strutturale e tecnologica dei presidi sanitari del Ssn, rilanciando il programma di investimenti per l'edilizia sanitaria e per le attrezzature, secondo quanto stabilito dall'Accordo dell'8 agosto 2001;
- strutturare un piano di sviluppo della ricerca capace di attirare anche gli investitori privati ed i ricercatori italiani e stranieri;
- alleggerire le strutture pubbliche ed il loro personale dai vincoli e dalle procedure burocratiche che limitano le capacità gestionali e rallentano l'innovazione, consentendo loro una gestione imprenditoriale finalizzata anche all'autofinanziamento;
- investire per il supporto dei valori sociali, intesi come cemento della società civile e strumento per riportare i cittadini alle Istituzioni ed ai servizi sanitari pubblici e privati.

5) Realizzare una formazione permanente di alto livello in medicina e sanità

La formazione continua deve diventare strumento di garanzia della qualità dell'esercizio professionale, "momento di sviluppo di una nuova cultura della responsabilità". L'Ecm va potenziata coinvolgendo Ordini e Collegi professionali sia sul piano della "pianificazione della formazione", sia come garanti della sua aderenza agli standard europei e internazionali. Il ruolo delle società medico-scientifiche, dell'editoria e delle strutture sanitarie dovrà trovare "ampia valorizzazione" a garanzia delle basi scientifiche degli eventi formativi, della loro qualità pedagogica e della loro efficacia.

Gli obiettivi formativi si articolano in:

- obiettivi di rilevanza nazionale:* derivati dal Psn attraverso intese tra ministero della Salute e Regioni per "stimolare" l'attenzione degli operatori verso le "dimensioni" della malattia, della salute, dei problemi sanitari emergenti e a quelli di natura sociosanitaria
- obiettivi di interesse regionale:* rispondere alle esigenze delle amministrazioni locali chimatae a un'azione capillare verso le problematiche epidemiologiche, sociosanitarie e culturali
- obiettivi di libera scelta dell'operatore:* elemento eticamente più rilevante, si richiamano alla capacità del singolo di riconoscere i propri bisogni formativi individuando i propri limiti.

6) Promuovere l'eccellenza e riqualificare le strutture ospedaliere

Cambia la domanda di servizi da parte della popolazione: si rende perciò necessaria una nuova organizzazione della rete ospedaliera. "Un ospedale piccolo sotto casa non è più una sicurezza perché non può disporre delle attrezzature e del personale che garantiscono cure moderne e tempestive".

Gli obiettivi strategici:

- sostenere le Regioni nel loro programma di ridisegno della rete ospedaliera, con la finalità da un lato di convertire la funzione di alcuni Ospedali minori e di attivare la ospedalità a domicilio, e dall'altro di realizzare Centri avanzati di Eccellenza;
- attivare, da parte delle Regioni e dello Stato, una forte azione di comunicazione con la popolazione, tesa a chiarire il senso dell'operazione, che è quello di fornire ai cittadini servizi ospedalieri più efficaci e più moderni, riducendo i cosiddetti viaggi della speranza ed i relativi disagi e costi, attivando nel contempo servizi per i pazienti cronici ed alleviando il peso che questi comportano per le rispettive famiglie;
- concordare con le Regioni una metodologia di misura della qualità degli erogatori dei servizi sanitari.

7) Promuovere il territorio quale primaria sede di assistenza e di governo dei percorsi sanitari e socio sanitari

"Inderogabile" la necessità di organizzare meglio il territorio con lo spostamento di risorse e servizi oggi appannaggio degli ospedali. Promuovere la "centralità" di medici di famiglia e pediatri. Più spazio alla medicina di base, quindi, integrando i servizi sociali e sanitari e riallocando risorse a favore del territorio, mentre all'ospedale è riservato il

trattamento delle patologie acute (prima: territorio come erogatore di servizi extraospedalieri; dopo: l'assistenza ospedaliera diventa extrateritoriale).

Obiettivi:

- la garanzia di una appropriata erogazione dei servizi a partire dai Lea;
- il mantenimento nel territorio di tutte le attività ambulatoriali;
- un'efficace continuità assistenziale;
- la fornitura di attività specialistiche;
- l'abbattimento delle liste d'attesa;
- la riduzione di ricoveri ospedalieri impropri;
- la attivazione dei percorsi assistenziali.

7 bis) Potenziare i servizi di urgenza ed emergenza

Le Linee guida sul sistema di urgenza/emergenza italiano emanate nell'aprile 1996 vanno integrate per migliorarlo e renderlo più efficiente.

Gli obiettivi strategici:

- riorganizzazione strutturale del Pronto Soccorso e dei Dipartimenti d'emergenza e accettazione;
- integrazione del territorio con l'Ospedale;
- integrazione della rete delle alte specialità nell'ambito dell'emergenza per la gestione del malato critico e politraumatizzato.

8) Promuovere la ricerca biomedica e biotecnologica e quella sui servizi sanitari

Il finanziamento della ricerca va considerato come un vero e proprio investimento: sostenerla comporta alti costi, ma i suoi risultati riducono l'incidenza delle malattie e migliorano lo stato di salute della popolazione.

Gli obiettivi strategici:

- la semplificazione delle procedure amministrative e burocratiche per la autorizzazione ed il finanziamento della ricerca;
- la promozione delle collaborazioni e delle reti di scambio tra ricercatori, istituti di ricerca, istituti di cura, associazioni scientifiche ed associazioni di malati;
- la elaborazione dello studio di modelli che creino le condizioni favorevoli per l'accesso alla ricerca e per favorire la mobilità dei ricercatori tra le varie Istituzioni;
- la promozione delle collaborazioni tra Istituzioni pubbliche e private nel campo della ricerca;
- l'attivazione di strumenti di flessibilità e convenienza per i ricercatori, capaci di attirare ricercatori operanti all'estero, inclusi i rapporti con i capitali e gli istituti privati italiani e stranieri, in rapporto di partenariato o di collaborazione senza limiti burocratici eccessivi;
- l'attivazione di una politica che renda vantaggioso per le imprese investire nella ricerca in Italia, utilizzando modelli già sperimentati negli altri Paesi;
- il perseguimento degli obiettivi prioritari previsti dal 6° Programma Quadro Comunitario in tema di ITC, Biotecnologie e nuovi materiali, nano e microtecnologie;
- il perseguimento degli obiettivi previsti dai quattro assi di intervento previsti dal PNR.

9) Promuovere stili di vita salutari, prevenzione e comunicazione pubblica della salute

L'attivazione di campagne di sensibilizzazione rivolte al pubblico per combattere stili di vita scorretti è indispensabile visto l'aumento delle patologie correlate alle abitudini alimentari, al tabagismo, all'accolismo, alla scarsa attività fisica.

È necessario però fornire ai pazienti informazioni comprensibili e sempre aggiornate: va quindi modificato "l'approccio istituzionale in campo sanitario" per raggiungere "risultati significativi su questioni di altissimo impatto".

Gli obiettivi strategici:

- acquisire gli elementi necessari per comprendere le esigenze di informazione dei cittadini in tema di salute e di sanità;
- avviare un processo di valutazione ed interpretazione della domanda di salute;
- individuare i nodi critici della comunicazione tra operatori e utenti;
- mettere a fuoco le lacune in tema di capacità diffuse di prevenzione;
- progettare una banca-dati di informazioni aggiornate sulla rete dei servizi sanitari e sociosanitari e sulle prestazioni offerte, ed un relativo sistema di trasmissione e distribuzione delle informazioni;
- contribuire al consolidamento di una corretta cultura della salute nel Paese;
- coinvolgere soggetti plurimi, pubblici e privati, in comuni imprese ed iniziative di comunicazione ed informazione sulla salute e la sanità;
- portare a regime un piano pluriennale di comunicazione istituzionale sulla salute.

Umbria

LA SANITÀ NELLA REGIONE UMBRIA

Un sostenibile governo della salute

di Maria Gullo

QUALIFICAZIONE, DIVERSIFICAZIONE, PREVENZIONE E SOSTENIBILITÀ: QUESTE LE PAROLE CHIAVE DELLA PROGRAMMAZIONE SANITARIA UMBRA, CUI SI AFFIDA PER I PROSSIMI TRE ANNI IL "GOVERNO DELLA SALUTE" DELLA REGIONE. CHE, OLTRE ALLA RIORGANIZZAZIONE DEI PRESIDII E DEI DIPARTIMENTI OSPEDALIERI, VEDE ANCHE NUOVE MODIFICHE NEGLI ASSETTI ORGANIZZATIVI DEL SISTEMA SANITARIO QUALI LA SPERIMENTAZIONE DELLA COSIDDETTA AREA VASTA, PER RIDURRE LE DISPERSIONI E RECUPERARE L'EFFICIENZA

Un Piano sanitario regionale che ha visto una gestazione lunghissima, quello dell'Umbria, non per intoppi o difficoltà, ma per la precisa volontà da parte del governo locale di "aprire" a tutte le parti sociali, di allargare il confronto a 360 gradi, con l'intenzione di raccogliere tutte le esigenze espresse dal territorio e di dare ad esse risposta all'interno del documento programmatico. Il Piano proposto dalla Giunta, attualmente ancora al vaglio del Consiglio e che dovrebbe veder la luce nel prossimo mese di maggio, porta infatti un 'titolo' significativo ed esplicativo di questa sua finalità primaria e del suo intento di tutela della salute *tout court*: "Un patto per la salute, l'innovazione e la sostenibilità". Un anno fa, presentando l'iniziativa in corso, l'assessore alla Sanità della regione parlava del tentativo di "ricerca di soluzioni per l'efficacia e l'efficienza, per una corretta gestione del Fondo sanitario regionale, di sfida a rafforzare l'azione di governo della sanità, col fine di realizzare innovazioni organizzative e funzionali attente agli equilibri finanziari senza pregiudicare i livelli qualitativi assistenziali raggiunti". E pare che, sfogliando i contenuti della proposta, questa volontà e questo impegno con l'utenza sia stata rispettata almeno nelle linee programmatiche. Emerge prepotentemente il tentativo di rendere sostenibile il sistema, con le difficoltà dovute all'incremento del solo 4% del Fondo (aumento "zero" come definito dall'assessore) concordato a Fuggi, che verrà immediatamente assorbito dai costi contrattuali.

In questo rientra un piano di riorganizzazione ospedaliera che, nell'estremo rispetto delle caratteristiche regionali, non si affida a chiusure ma alle conversioni e alla diversificazione della strutture, con un occhio doveroso di riguardo a una popolazione che presenta un livello di anzianità più alto della media nazionale. Grande novità la decisione di sperimentare, come anche la vicina Toscana, il cosiddetto Consorzio di Area vasta, senza modificare l'assetto delle attuali quattro Asl e delle 2 aziende ospedaliere in cui si suddivide il territorio, al fine di facilitare in primo luogo servizi particolari come gli acquisti. L'Area vasta è la risposta a una dispersione delle strutture aziendali che, se da un lato trova giustificazione nelle condizioni geografiche e nelle specificità culturali della regione, dall'altro evidenzia la necessità di recuperare condizioni di efficienza organizzativa, riducendo la dispersione dei servizi di supporto tecnico amministrativi e di alcuni servizi sanitari, quindi personale, acquisizione di beni e servizi e gestione delle tecnologie e del sistema informativo. Il Piano opera la scelta di centralizzarne l'organizzazione, ma secondo un modello in grado di garantire la piena disponibilità delle funzioni a livello locale.

Di rilievo anche la sperimentazione delle "società della salute", quali livelli istituzionali ulteriori per una mag-

giore interazione tra Comuni e Asl che valorizzino il distretto come ambito territoriale in cui convergono interventi e politiche. Queste hanno il fine, senza creare ulteriori livelli gestionali, di integrare sul territorio le politiche comunali ed i programmi aziendali relativi a promozione della salute, prevenzione e attività di iniziativa, integrazione socio sanitaria. Sono costituite su proposta della Conferenza dei sindaci e il loro livello territoriale di riferimento è quello del distretto. Un tassello in più in un sistema come quello umbro che già da tempo vede nella centralità del territorio il suo punto di forza dell'assistenza.

Alcuni elementi di criticità riscontrati nel Piano dalle Oo Ss sono stati risolti raggiungendo un accordo tra le parti, nonostante i rapporti tra l'autorità regionale e la dirigenza medica abbiano subito un forte scossone per via della recente delibera della Giunta che prevedeva la preventiva autorizzazione per la copertura delle funzioni complesse, atto di rottura successivamente rientrato. Prioritaria la richiesta del Coordinamento Oo Ss della dirigenza medica che il Psr debba prevedere la responsabilità gestionale piena all'interno della programmazione regionale e che a fronte di ogni attività ospedaliera o territoriale, vengano previsti standard organizzativi sufficienti a consentirne il concreto funzionamento, avendo riguardo di prevedere esplicitamente per ogni ambito territoriale almeno una funzione complessa per ogni disciplina fondamentale.

Forte la spinta, anche sotto gli input delle Oo Ss, al processo di dipartimentalizzazione e alla modifica in positivo dell'approccio verso un modello organizzativo fondato sul lavoro di gruppo.

AZIENDE SANITARIE LOCALI

Il processo di aziendalizzazione non ha visto modifiche fondamentali alla 229, e per ora non si prevedono dentro il nuovo Piano iniziative che vadano in direzione di una modifica degli assetti, delle Asl, del loro governo. Si intende tuttavia dare più potere alla Conferenza dei sindaci, sono allo studio quindi alcune possibilità per il coinvolgimento maggiore del territorio nel governo della stessa Asl. La legge regionale apposita disciplinerà gli assetti in questione.

OSPEDALI

Il processo di razionalizzazione della rete ospedaliera nell'ottica della ricerca di una maggiore efficienza, funzionalità e sostenibilità stessa del sistema, non prevede chiusure ma il recupero di alcune strutture, la riconversione soprattutto in strutture per anziani e riabilitazione e un uso ospedaliero molto legato al territorio, a partire dai country hospital, proseguendo con gli ospedali più grandi, con la riorganizzazione dei servizi di emergenza e ur-

genza, senza tralasciare i Centri di eccellenza. Sono state già trovate soluzioni in questi ultimi anni, sono stati costruiti ospedali nuovi, a "metà strada" per soddisfare le esigenze di più aree territoriali, come quello nuovo di Gubbio presentato recentemente.

ASSISTENZA TERRITORIALE

La centralità del territorio è il punto di forza dell'Umbria. I distretti sono stati confermati come elementi fondamentali del sistema. L'intenzione è di attivare le équipe territoriali, sviluppare la continuità assistenziale e garantire l'Adi. La costituzione delle équipe territoriali rappresenta un passo ulteriore verso la piena integrazione dei medici convenzionati all'interno dei distretti, per un ulteriore sviluppo di quel "governo della domanda", che parte da una sempre maggiore capacità di lettura dei bisogni e arriva a una programmazione efficace dell'offerta di servizi e prestazioni, sia a livello territoriale che ospedaliero.

PIANO SANITARIO REGIONALE

La proposta di nuovo Psr elaborato dalla Giunta ha come titolo "Un patto per la salute, l'innovazione e la sostenibilità" e ha visto tempi di lavoro lunghi proprio per la scelta di coinvolgere tutte le parti. Il Consiglio dovrebbe approvarlo nel prossimo mese di maggio.

Incentrato sul tema della tutela della salute e del benessere della popolazione tutta e non meramente sul concetto di sanità e di cura delle patologie, ribadisce i concetti di equità e universalismo, ma pone particolare accento sulla prevenzione, seguendo attentamente l'evoluzione della domanda di salute. Dai temi già affrontati della sicurezza alimentare, prevenzione sui luoghi di lavoro, tutela della salute degli immigrati, prevenzione e controllo delle malattie trasmissibili al nuovo impegno sulla tutela della salute della donna in età evolutiva, prevenzione oncologica e cardio-cerebro vascolare, salute mentale e dipendenze.

L'Umbria

Popolazione: 835.486

Aziende Sanitarie Locali: 4

Aziende Ospedaliere: 2

Medici dipendenti dal Ssn: 1.865

Medici in convenzione: Medici di base724
Pediatri di base106
Specialisti155

Stop ai precari e più chiarezza su Ecm e autonomia aziendale

**INTERVISTA AD ALFONSO LILLI,
SEGRETARIO REGIONALE
ANAAO ASSOMED UMBRIA**

Dottor Lilli, avete riscontrato dei punti di criticità nella proposta di nuovo Piano sanitario regionale presentata dalla Giunta? Quali sono in sintesi?

Sì, abbiamo riscontrato punti di totale accordo rispetto ai contenuti del Psr 2003-2005 che giace in Consiglio, come ad esempio la promozione del governo clinico e tanti altri, ma anche alcune criticità. Abbiamo quindi preparato una proposta di protocollo d'intesa, sottoscritto da tutte le sigle sindacali riunite nel Coordinamento regionale Oo Ss, di cui l'Anaaò è leader, discussa poi in un incontro con l'assessore.

Sugli standard organizzativi le prime perplessità, visto che il nuovo Psr, a differenza del vecchio, non ne parlava affatto; poi il problema della convenzione con le Università, poiché dal tavolo di discussione con queste le Oo Ss erano state tenute fuori. Inoltre vorremmo una posizione chiara sia sulla formazione che sul precariato.

Il problema è stato fondamentalmente con gli ospedali. Visto che nella nostra regione ne abbiamo molti, è necessario stabilire la missione di ogni singolo presidio, non si può tenere in piedi un ospedale con una manciata di medici: un ospedale deve avere il suo organico, per garantire gli standard minimi di sicurezza. Altrimenti lo chiameremo in un altro modo. Inoltre non ritengo opportuno che gli ospedali ad alta complessità diventino sede di trattamento di patologie non complesse al di fuori del proprio bacino di utenza.

Secondo punto è che nell'attivazione dei servizi non sono chiare le responsabilità.

In materia di politica del personale una nota dolente è quella del precariato come accennava prima...

La precarizzazione del personale è inaccettabile, non solo in un'ottica di doverosa tutela sindacale, ma soprattutto per l'assoluta necessità di garantire i cittadini sotto il profilo della continuità assistenziale delle prestazioni sanitarie. Noi abbiamo chiesto l'avvio a breve di procedure concorsuali di assunzione, avvalendoci della possibilità offerta dalla recente modifica del titolo V della Costituzione di agire anche in difformità agli input ministeriali.

I contratti a termine potranno essere accettabili, per un tempo definito, solo in questa ottica di stabilizzazione degli organici.

Avete raggiunto un accordo durante l'incontro con i referenti del governo locale?

Tutte le nostre istanze sono state recepite e c'è stata grande disponibilità. Il risultato è stata la stesura di un protocollo su questo nuovo Psr, che prevede innanzitutto che il Piano definisca in modo preciso il rapporto tra Regione e Aziende, valorizzando l'autonomia gestionale di queste ultime e in particolare la piena responsabilità dei direttori nell'ambito della programmazione regionale. L'Atto aziendale e il Pal e tutti gli strumenti di organizzazione e programmazione aziendale individueranno la posizione organizzativa complessa dei dirigenti, sia nei settori ospedalieri che territoriali. Sul personale si è costituito un tavolo di confronto permanente, che dovrà definire i criteri per la individuazione delle strutture complesse compatibilmente con le previsioni dell'atto aziendale, la previsione del relativo trattamento economico in caso di incarico.

Sulla questione sempre conflittuale dell'Università a che punto siete?

È stato previsto il pieno coinvolgimento sui contenuti della convenzione tra Regione e Università degli Studi di Perugia in elaborazione. Noi vorremmo che fossero previste forme di tutela dello sviluppo delle carriere dei dirigenti del Ssr e della loro autonomia professionale.

Chiediamo che la programmazione di Servizi e Reparti individuati con chiarezza le strutture a direzione ospedaliera o territoriale il cui accesso sia garantito da procedure selettive di tipo concorsuale, trasparenti e basate sul merito, e a partecipazione pubblica in modo da mantenere le stesse nell'ambito ospedaliero o territoriale.

L'accordo stabilisce poi che si acceleri, attraverso dei criteri che lo rendano omogeneo, il processo di dipartimentalizzazione,

spingendo per superare i pregiudizi esistenti verso un modello organizzativo basato sul lavoro di equipe. Favorirne il completo sviluppo significa magari rivedere in caso anche il quadro normativo.

Per quanto riguarda i servizi nel territorio, dipartimenti e ospedali, vista la complessità delle strutture, ci si è accordati che ne vada meglio esplicitata l'articolazione.

Un ruolo fondamentale dovrà ricoprire il Collegio di Direzione nel miglioramento della gestione aziendale e che dovrà trovare completa attuazione.

Nella proposta di accordo sottolineate il valore strategico della formazione e dell'aggiornamento professionale permanente per mantenere elevata la qualità del sistema...

Secondo il nuovo Psr infatti le Aziende saranno vincolate a destinare un adeguato fondo per le attività di formazione. La commissione Ecm regionale avrà il compito sia di accreditare i singoli eventi formativi sia di riconoscere il ruolo di provider ai soggetti aventi i requisiti previsti.

Altra vostra istanza riguardava l'esigenza che il Psr non prescindesse dall'atto di indirizzo regionale sull'attività libero-professionale. Su quale questione in particolare?

L'atto in questione introduce il concetto di "volume di attività" e si è concordato che il PSR debba farne propri i contenuti per arrivare ad una giusta parametrizzazione tra compito d'istituto dovuto e prestazioni acquistabili sia in intramoenia sia in regime di plus-orario.

**INTERVISTA A MAURIZIO ROSI,
ASSESSORE ALLA SANITÀ DELLA REGIONE UMBRIA**

Prima dell'estate avremo il nuovo Psr

Assessore, come mai dei tempi così lunghi per l'elaborazione del nuovo Psr? La proposta è in cantiere da molto tempo.

Abbiamo voluto una partecipazione intensa, di tutte le parti sociali, prima della stesura definitiva; adesso il Consiglio regionale si occuperà di altri approfondimenti, come sempre nella fase di pre-approvazione. L'approvazione che dovrebbe avvenire nel prossimo mese di maggio.

Nella presentazione di un convegno su questo tema di gennaio del 2002 lei parlava di "ricerca di soluzioni per l'efficacia e l'efficienza, per una corretta gestione del Fondo sanitario regionale, di sfida a rafforzare il governo della sanità, col fine di realizzare nuovi assetti senza pregiudicare i livelli qualitativi assistenziali raggiunti". Ci siete riusciti?

La questione per noi era partire da un concetto di "governo della salute", quindi non solo della sanità, intendendo tutelare lo stato di benessere generale della popolazione. Si è ripartiti da questo per affermare quindi una sanità, dal punto di vista politico, equa e universale, per un diritto alla salute garantito a tutti, e con un unico grande "assicuratore" che deve essere lo Stato.

Il concetto più di fondo era quello della prevenzione. Abbiamo voluto puntare cioè su un Piano che abbracciasse a 360 gradi questo concetto di tutela della salute intesa anche come prevenzione e non solo come cura della malattia, quindi promozione di stili di vita appropriati, prevenzione sulle questioni fumo, alimentazione, ambiente.

Il Piano elaborato logicamente si occupa anche della cura, dei Centri di eccellenza, del governo clinico. Quindi innalzamento della qualità, eccellenza ma anche sostenibilità. È arrivato di fatto il federalismo: il 5,9 del Pil vale anche l'Umbria e non è che sia una cifra altissima, vedi Germania, Francia, Olanda. Sostenibilità nel senso di garantire all'Umbria una sua autonomia.

La vostra proposta di Piano ha infatti come titolo "Un patto per la salute, l'innovazione e la sostenibilità". In particolare, quali le strategie che intendete mettere in atto proprio per la sostenibilità?

Il fine di qualificazione, innovazione e sostenibilità su

cui abbiamo impostato i nostri Piani ha visto in parte già dei risultati significativi: nella farmaceutica, negli acquisti, nella razionalizzazione dei servizi, nel personale. C'è tutta una parte del piano da portare avanti nel futuro, in particolare sulla necessità di razionalizzazione ospedaliera.

Si parla soprattutto di riorganizzazione dei presidi e dei dipartimenti ospedalieri...

Sì, noi tendiamo infatti a non chiudere nulla, piuttosto a recuperare alcune strutture, a riconvertirle, soprattutto in strutture adatte per gli anziani e la riabilitazione, fondamentali in una popolazione come la nostra che vede un altissimo tasso di anziani. Faremo un uso dei vecchi ospedali in termini moderni, un uso molto legato al territorio.

Su questo processo siamo già notevolmente avviati. Insomma, in Umbria ci sono delle buone condizioni derivanti da cose che sono state già fatte, e senza urtare troppo la suscettibilità della popolazione, senza intoppi grossi e barricate come ci sono state in altre zone del territorio nazionale.

Quindi la medicina del territorio, i distretti sono già una realtà nel vostro sistema sanitario?

È una cosa su cui l'Umbria ha lavorato già da anni; abbiamo confermato ora i Centri salute e i distretti come elementi fondamentali.

Poi abbiamo deciso la sperimentazione del Consorzio di Area vasta. Noi abbiamo infatti 4 aziende territoriali e 2 aziende ospedaliere che non abbiamo toccato in questa fase, tuttavia riteniamo che per alcuni servizi particolari, quali acquisti, informatica il Consorzio di Area vasta, che sperimentiamo noi e la Toscana, sarà in questo senso un elemento molto positivo.

Una scommessa non facile visti i nuovi assetti federalisti?

Certamente la scommessa non sarà facile. Noi del resto non abbiamo introdotto ticket e tasse varie, come altre regioni che sono in condizioni di non flessibilità del sistema, e ancora siamo su questa posizione; rientrarci sarà dura visto che l'aumento del 4% concordato tra i presidenti a Fiuggi ci serve solo a coprire le spese di rinnovo contrattuale. A un aumento di fondo pari a zero dovrebbero corrispondere tutte questi input da sviluppare... Noi programiamo e tentiamo.

IL FEDERALISMO CHE VERRÀ: UN CONVEGNO A ROMA DEL COMITATO "SOLIDARIETÀ E SALUTE"

Il Governo vuole una "sua" riforma costituzionale

A confronto, il 4 aprile scorso, tecnici e politici sul futuro del processo federalista in sanità. Proprio in questi ultimi giorni il Governo ha scelto la via di una nuova riforma del Titolo V della Costituzione che prevede la cancellazione della cosiddetta "concorrenzialità" dei poteri legislativi tra Stato e Regioni su molte materie tra le quali la sanità. Ma intanto la devolution di Bossi va avanti...

Ma chi comanda in sanità con il federalismo? Le Regioni deputate a legiferare "in primis" su tutte le materie salvo sui cosiddetti "principi generali" di spettanza dello Stato, o quest'ultimo che, in ogni caso, sembrerebbe ancora orientato a legiferare su questioni importanti, come è accaduto per gli Irccs? E ancora, ma che fine farà la devolution di Bossi, vista l'intenzione della maggioranza di riassorbirla in un nuovo e più organico ddl di riforma costituzionale?

Due interrogativi attualissimi, considerando i 52 ricorsi per conflitto di competenze in materia sanitaria tra Stato e Regioni pendenti alla Corte Costituzionale e le ultimissime polemiche sulla devolution insorte nella Casa della Libertà che hanno fatto di nuovo scattare l'out out di Bossi.

Se ne è parlato a Roma, il 4 aprile scorso, in un convegno promosso dal Comitato "Solidarietà e Salute" che ha denunciato il rischio di entrare in una fase di caos istituzionale che potrebbe trascinare il sistema sanitario in una vera e propria Babele di modelli e opportunità, ponendo in forse quei principi di solidarietà e universalità che devono continuare a guidare il Ssn.

La nuova Costituzione ha infatti introdotto una forte componente di legislazione concorrente tra Stato e Regioni, che ha però dato luogo a quell'abnorme contenzioso costituzionale cui accennavamo prima.

Da qui il ripensamento dell'attuale maggioranza sulla possibilità di intervenire con una nuova legge costituzionale in grado di recepire, in un tempo, sia la devoluzione di Bossi che una netta attribuzione di compiti esclusivi tra Stato e Regioni abbandonando la logica ulivista della concorrenzialità.

Il problema, come è stato sottolineato sia la mattina in sede tecnica che il pomeriggio in sede politica, è che al momento le riforme sono in stallo, con due provvedimenti - quello di Bossi e quello di attuazione della riforma vigente a firma La Loggia, ambedue approvati dal Senato e, quello sulla devolution, anche dalla Camera - sui quali potrebbe intervenire un "terzo" provvedimento che, come detto, salvaguardi la devolution ma ripositioni su nuovi equilibri lo Stato federale.

Tale provvedimento doveva essere va-

rato proprio il 4 aprile dal Governo, ma il testo è stato stoppato per forti divergenze tra i centristi del Polo e la Lega. Lunedì 7 aprile è stato poi trovato un accordo che prevede il proseguimento dell'iter della devolution nel testo attuale e la contemporanea emanazione di un nuovo ddl di riforma costituzionale (il Consiglio dei ministri lo ha approvato l'11 aprile scorso). In pratica i due testi viaggeranno in parallelo per trovare poi una futura convergenza nelle successive fasi di approvazione parlamentare.

In questo stallo, intanto, il processo di autonomia regionale va avanti, lasciando però in sospenso la soluzione di molti problemi quali quello del fondo di perequazione (non si è ancora sicuri sulla soluzione di una perequazione "orizzontale" ovvero tra le Regioni o "verticale" con un intervento diretto ed esterno dello Stato che garantirebbe maggiore solidarietà fiscale).

Nello stesso tempo l'assenza di una legge di attuazione della riforma ulivista ha lasciato un vuoto nella definizione di quei "principi fondamentali" sui quali resta la competenza esclusiva dello Stato.

In sanità questo vuoto si è tradotto nella limitazione dei compiti dello Stato all'individuazione dei Lea, mentre in una visione più ampia - è stato sottolineato da diversi relatori - tali principi potrebbero ampliarsi contemplando l'universalità, l'equità di accesso, la stessa solidarietà fiscale e contributiva, creando un quadro di riferimento nazionale con forti paletti di delimitazione alle iniziative autonome delle Regioni. Del resto, si è più volte rimarcato nella giornata, senza questi paletti il rischio di un progressivo sfilacciamento dell'unitarietà del diritto alla salute è forte perché nulla potrebbe impedire ad una Regione di attuare addirittura un nuovo sistema di finanziamento del servizio pur continuando a far riferimento ai Lea.

E questi ultimi, in una logica di federalismo fiscale estremo in assenza del vincolo della solidarietà finanziaria, non potrebbero che trasformarsi in livelli "minimi" tarati sulle possibilità finanziarie della Regione più povera.

Insomma, la via verso un nuovo assetto della Repubblica è ancora incerta e nessuno sembra oggi disposto a scommettere su come finirà.

Il Convegno del Comitato Solidarietà e Salute

Di seguito i relatori e i temi trattati nel convegno sul federalismo del 4 aprile scorso. I testi degli interventi saranno pubblicati su uno dei prossimi numeri di "Iniziativa Ospedaliera"

Introduzione

Michele Arpaia

Presidente del Comitato

Il Federalismo euro compatibile (Stato nazionale - Regione)

Renato Balduzzi

Professore straordinario di diritto

costituzionale - Università di Genova

Quali insegnamenti dalle

esperienze internazionali

di Federalismo e devoluzione in sanità

Elena Granaglia

Professore Straordinario Dipartimento

di Economia e Statistica - Università

degli Studi della Calabria

Il sistema di finanziamento

in un contesto di devoluzione

Nerina Dirindin

Facoltà di Economia - Dipartimento

di Scienze Economiche e Finanziarie -

Università di Torino

Il problema delle finanze regionali in un contesto di federalismo fiscale

Massimo Bordignon

Professore straordinario di Scienza

delle Finanze - Università Cattolica

Milano

Il Federalismo e i livelli

essenziali di assistenza

Francesco Taroni

Direttore Agenzia dei Servizi sanitari

Regione Emilia Romagna

Franco Toniolo

Direttore Segreteria regionale Sanità

e Sociale - Regione Veneto

Devoluzione e Costituzione: gli stessi diritti?

Giovanni Conso

Presidente emerito della Corte

Costituzionale

Tavola rotonda:

Rischi e opportunità della

devoluzione sanitaria

Moderatore: **Roberto Turno**

Coordinatore editoriale de Il Sole 24

Ore Sanità

Hanno partecipato

Gianclaudio Bressa

Vice Presidente Commissione Affari

Costituzionali, Camera

Fabio Gava

Vice Presidente Regione Veneto

Giovanni Bissoni

Assessore alla Sanità dell' Emilia

Romagna

Enrico Rossi

Assessore alla Sanità della Toscana

Vincenzo Saraceni

Assessore alla Sanità del Lazio

I 10 progetti, che in realtà sono 11 segue da pag. 7

10) Promuovere un corretto impiego dei farmaci e la farmacovigilanza

L'uso razionale dei farmaci è "obiettivo prioritario e strategico" del Psn anche alla luce della legge 405/01 che ha reso i farmaci uno dei settori avanzati di applicazione del processo di devoluzione. Al contempo il Programma nazionale di farmacovigilanza è strumento indispensabile per valutare il profilo rischio/beneficio dei farmaci e garantire la sicurezza dei pazienti. Puntare quindi sul "buon uso del farmaco" anche attraverso la diffusione tra le famiglie italiane dell'opuscolo "Pensiamo alla salute. 20 regole per un uso corretto dei farmaci".

Gli obiettivi strategici:

- offrire un supporto sistematico alle Regioni sull'andamento mensile della spesa farmaceutica, attraverso informazioni validate ed oggettive, che consentano un puntuale monitoraggio della spesa, la valutazione dell'appropriatezza della farmacoterapia e l'impatto delle misure di contenimento della spesa adottate dalle Regioni in base alla citata Legge 405 del 2001;

- attuare il Programma Nazionale di Farmacovigilanza per assicurare un sistema capace di evidenziare le reazioni avverse e di valutare sistematicamente il profilo di rischio-beneficio dei farmaci;
- porre il farmaco fra i temi nazionali dell'Ecm;
- rafforzare l'informazione sui farmaci rivolta agli operatori sanitari e ai cittadini;
- promuovere l'appropriatezza delle prescrizioni e dei consumi;
- rilanciare la sperimentazione clinica dei farmaci e il ruolo dei comitati etici locali;
- assicurare l'accesso agevole e rapido ai medicinali innovativi per tutti i cittadini.

TOSCANA

Analisi e proposte per il nuovo Piano sanitario

Pubblichiamo di seguito la seconda parte dell'analisi del piano sanitario regionale della Toscana che prende in considerazione i seguenti aspetti: il quadro epidemiologico e l'integrazione ospedale/territorio, la riorganizzazione interna degli Ospedali e i riflessi della riduzione dei posti-letto sulle dotazioni organiche. La prima parte del lavoro è stata pubblicata sul n. 2/2003; la terza parte ed ultima parte sarà pubblicata sul prossimo numero

Hanno collaborato: Giancarlo Berni, Alfonso Brescia, Enrico Reginato, Carlo Palermo

Il quadro epidemiologico e l'integrazione ospedale/territorio

Un punto importante su cui discutere è se la proposta avanzata dalla Giunta ha basi epidemiologiche valide.

L'attuale evoluzione epidemiologica in campo sanitario è caratterizzata dall'esplosione di forme morbose neoplastiche e cronico-degenerative, queste ultime in particolare nel settore cardiovascolare e pneumologico, soggette a frequenti episodi di riacutizzazioni e instabilizzazioni.

Nei prossimi 20 anni, sia per l'invecchiamento della popolazione con una prevalenza crescente delle età oltre i 70 anni, sia per il miglior trattamento delle fasi acute delle forme morbose, con conseguente riduzione della mortalità precoce, si andrà incontro ad un cospicuo incremento della prevalenza nella popolazione totale di queste forme cliniche cronico-degenerative.

Per avere un'idea delle conseguenze economiche associate a questi processi, basta considerare che nei prossimi 20-30 anni è atteso un raddoppio della prevalenza dello scompenso cardiaco nella popolazione generale (dal 2-3% attuale al 4-5%) e che lo scompenso cardiaco già oggi assorbe circa il 2% delle risorse pubbliche totali destinate all'assistenza sanitaria.

Il trattamento moderno richiede una presa in carico globale del paziente (disease management) con una forte integrazione tra risorse ospedaliere e territoriali (ricoveri ospedalieri limitati alle fasi iniziali terapeutiche e diagnostiche e alle instabilizzazioni gravi, ambulatori dedicati per il follow-up, assistenza domiciliare integrata, sviluppo di una rete di ospedali di comunità e centri di cura palliativa) al fine di ridurre principalmente i costi ospedalieri che in genere pesano per il 60-70% dei costi globali delle singole forme morbose.

Pertanto è possibile una riduzione dei posti-letto, solo se associata ad una nuova organizzazione delle attività territoriali. Ciò richiede investimenti economici ed un nuovo e più qualificato modo di operare da parte dei medici di famiglia.

Finanziamento delle attività e delle nuove strutture territoriali:

- Rete dei servizi distrettuali
- Assistenza domiciliare integrata (Adi)
- Ospedali di Comunità
- Centri per le Cure Palliative (Hospice)
- Centri residenziali di riabilitazione post-acuzie
- Rsa
- Rsd

Riorganizzazione della Medicina di Base:

- Associazionismo tra i medici di base con sviluppo delle attività diagnostiche di primo livello
- Centri territoriali di primo intervento aperti durante le 12 ore diurne per la gestione dei codici bianchi e l'osservazione dei codici verdi dimessi dai Dea.

Il progetto distribuito dalla Regione, per le "aree destinate all'assistenza in fase di post-acuzie e per riabilitazione, per affrontare la cronicizzazione delle forme neoplastiche ed in generale di tutte le forme cronico-degenerative" prevede che le strutture assistenziali destinate al trattamento di tali bisogni, nonché di alcune patologie di tipo più marcata sociale, che attualmente fanno capo in modo prevalente agli ospedali, verranno invece curate sostanzialmente, da parte della rete assistenziale dei servizi socio-sanitari territoriali, in altre strutture, diminuendo in modo significativo il carico improprio sull'ospedale, oppure direttamente a domicilio.

La Regione si limita, comunque, ad un'analisi generale di queste problematiche, ma le proposte specifiche per il territorio, finanziarie ed organizzative, non sono sviluppate in modo esaustivo.

Se, infatti, guardiamo attentamente alle attuali dotazioni di strutture per la riabilitazione e la lungodegenza, sia gestite direttamente sia attraverso rapporti convenzionali con strutture private, il numero di posti letto disponibili è ampia-

mente inferiore a quanto previsto dai piani sanitari, sia nazionali che regionali, che prevedono, per la riabilitazione, un p.l. ogni 1000 abitanti.

La tabella seguente presenta la somma dei posti letto disponibili sia per la riabilitazione che per la lungodegenza nelle strutture pubbliche e private della Toscana. Come si vede la situazione non è cambiata molto negli ultimi cinque anni.

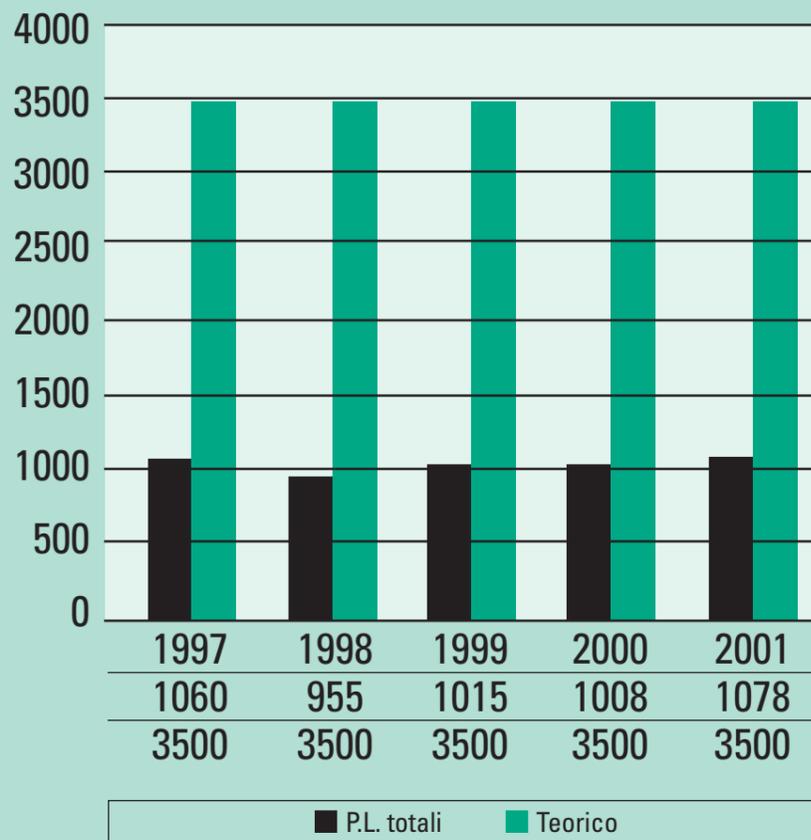
Se consideriamo che la Toscana percepisce una quota di finanziamento superiore ad altre regioni, in virtù della maggiore

Riorganizzazione interna degli Ospedali

Il documento della Grt propone una riorganizzazione interna degli ospedali condotta secondo varie linee d'intervento, tutte finalizzate ai processi di deospedalizzazione da un lato, di utilizzo della degenza solo per pazienti acuti o critici, con riduzione della durata, dall'altro. Fattori rilevanti del processo di riorganizzazione sono:

- l'incremento degli interventi chirurgici ed endoscopici per via ambulatoriale

Scostamento fra la dotazione effettiva di P.L. per riabilitazione e lungodegenza in strutture pubbliche e private e il fabbisogno stimato in base alle indicazioni del Psn



presenza di persone anziane, sembrerebbe naturale che la spesa reale per queste strutture, che sono tipicamente destinate, per la maggior parte, agli anziani fossero adeguatamente sviluppate. Per la sola riabilitazione e lungodegenza sarebbero necessari 3500 p.l..

- la maggiore sofisticazione della diagnostica in genere che dovrebbe associarsi ad una riduzione complessiva delle indagini
- l'incremento delle terapie intensive
- l'impiego delle tecnologie informatiche che dovrebbe liberare da alcuni vin-

coli di adiacenza funzionale. La crescita dei servizi ambulatoriali è già una realtà in molti ospedali toscani. Il day hospital chirurgico è più che raddoppiato dal 1997 al 2001, passando da 40.000 dimissioni ad oltre 90.000. L'ulteriore riduzione dei tempi di degenza potrà essere ottenuta solo attraverso una specializzazione delle équipe mediche che dovranno essere in grado di erogare rapidamente prestazioni diagnostiche e terapeutiche ad alto contenuto tecnologico ai pazienti ricoverati.

Ciò richiede un ripensamento delle attuali politiche organizzative negli ospedali incentrate su una riduzione e concentrazione delle strutture complesse e semplici con ricercata verticalizzazione del sistema delle responsabilità, finalizzata solo a logiche di controllo economico dei processi clinici piuttosto che allo sviluppo dell'autonomia professionale e della qualità delle prestazioni.

Consideriamo comunque non giustificato sotto il profilo organizzativo e addirittura pericoloso per i pazienti, l'obiettivo adombrato nel documento della Giunta regionale di considerare ottimali tassi di occupazione dei p.l. intorno al 90%: la possibilità di non poter ricoverare un paziente critico, in periodi di elevate richieste di ospedalizzazioni per motivi epidemiologici stagionali, sarebbe elevata.

Ribadiamo con forza la necessità di far precedere l'ulteriore riduzione dei p.l. da un più alto grado di sviluppo e organizzazione delle attività sanitarie nel territorio, in modo da poter svolgere realmente il ruolo di gestione del paziente in fase postacuzie. I rischi che intravediamo, se i processi non saranno coordinati, sono quelli di dimissioni affrettate sotto la "spinta" aziendale per ottenere elevati turn-over e degenze di bassa durata, calcolate a tavolino e non in base alle reali esigenze del paziente. Un tale contesto operativo è purtroppo già una realtà in molti ospedali metropolitani e si accompagna a rischi professionali aumentati e ad un deterioramento dell'immagine sociale dell'ospedale oltre che ad un incremento dei costi globali per l'alta probabilità di reingresso in ospedale di un malato dimesso in fase di non completa stabilizzazione clinica.

Il modello di integrazione delle singole strutture proposto nel documento è quello dell'Area Funzionale Omogenea. Pensiamo che tale modello, così come delineato nella legge regionale 22/2000, sia applicabile solo a livello di ospedale di zona per il ridotto numero di specialità presenti a questo livello, che comporta anche minori problemi di disomogeneità clinica all'interno delle singole aree funzionali. Per gli ospedali provinciali, come avviene per le strutture miste ospedaliero-universitarie, riteniamo più funzionale un modello dipartimentale che veda riunite le strutture operative realmente omogenee. Riteniamo percorribile la proposta di organizzare le strutture di degenza in aree a diversa intensità di cure, gestite in comune dalle équipe specialistiche afferenti, solo se il modello di gestione del dipartimento sarà partecipativo e costruito secondo "moduli" orizzontali (vedi paragrafo sui dipartimenti e l'autonomia professionale). Un contesto operativo siffatto garantirà che la flessibilità d'utilizzo degli spazi di degenza, che saranno occupati dalle singole specialità in funzione della richiesta d'assistenza proveniente dal P.S. e dall'ordinaria accettazione programmata, risponderà agli interessi dei pazienti e alle effettive capacità dei professionisti.

Infine, una riduzione dei p.l. nei presidi ospedalieri, che non rischi di tradursi in una caduta d'attenzione nei confronti delle esigenze dei cittadini e in conflitti medici/pazienti, non può fare a meno di una moderna riorganizzazione delle attività di emergenza-urgenza. Nell'attesa che il Pronto Soccorso sia meno bersagliato da richieste improprie, attraverso una maggiore responsabilizzazione della medicina territoriale e mediante la creazione di altre strutture deputate alle esigenze dei pazienti (centri di primo intervento territoriale) ci appare indispensabile che in ogni presidio ospedaliero, come previsto dal Psr, venga costituita una U.O. di Medicina e Chirurgia d'Urgenza e d'Accettazione quando gli accessi annuali siano superiori a 25.000/30.000, con esclusione dei ricor-

veri programmati. L'U.O. dovrà essere dotata di letti per l'osservazione breve, nella misura di uno ogni 4000 accessi, tutti dotati di strumentazione per le attività in emergenza-urgenza (letti ad alta attività assistenziale).

La direzione aziendale, in base al numero degli accessi e ai modelli organizzativi interni, potrà prevedere anche l'istituzione di una sezione di ricovero con letti per degenze inferiori alle 72 ore (degenza breve). Per le attività di P.S. e l'osservazione breve dovrà essere prevista una più che adeguata dotazione organica, trattandosi di lavoro altamente usurante, e quindi non meno di 9 medici, compreso il direttore dell'U.O., in modo da garantire la presenza di almeno 2 medici per le 12 ore diurne e un medico per le 12 ore notturne. Ogni incremento di 4000/5000 accessi rispetto al parametro base considerato di 25.000/30.000 accessi/anno, dovrà essere compensato da un incremento di un'unità nella dotazione organica. Ovviamente per le sezioni di degenza breve, il personale dovrà essere aggiuntivo e calcolato in base al numero di letti attivati. Solo un'organizzazione di questa qualità potrà rappresentare la necessaria saldatura tra l'emergenza territoriale e quella ospedaliera e costituire nel contempo un valido filtro alla porta dell'ospedale, capace di organizzare sicuri percorsi alternativi al ricovero.

Riflessi della riduzione dei posti letto sulle dotazioni organiche

La riduzione dei posti letto comporta il rischio teorico della dichiarazione di esubero del personale e dell'attivazione dei meccanismi di mobilità.

È necessario aprire su questo punto con la Regione un tavolo tecnico per la definizione degli standard organizzativi professionali.

Il lavoro burocratico scaricato sui dirigenti medici in questi ultimi anni sta diventando insopportabile ed in ultima analisi toglie tempo alle attività dedicate al paziente.

Il medico ospedaliero sopperisce a questa carenza di tempo attraverso il ricor-

so al lavoro straordinario (attualmente in Toscana le ore di lavoro straordinario accumulate negli anni pregressi e non remunerate ammontano a circa un milione, a queste sono naturalmente da aggiungere le ore regolarmente retribuite ogni anno) e utilizzando per attività diagnostico-terapeutiche le 4 ore contrattualmente finalizzate all'aggiornamento e normativamente non destinabili alle attività ordinarie.

L'attuale fase di deriva economicistica delle direzioni aziendali, giustificata con il cronico sottofinanziamento statale e regionale del Sistema Sanitario, considera la retribuzione del dirigente medico semplicemente una "spesa" da contenere e pertanto si è oramai consolidata la tendenza a non sostituire i medici andati in pensione o trasferiti.

Sembra quasi che il fine di queste cosiddette aziende sanitarie non sia il miglioramento delle condizioni di salute delle popolazioni di riferimento bensì il raggiungimento del pareggio di bilancio. Richard Scase dell'Università di Kent invitava a "...non sopravvalutare l'efficienza del sistema che sembra avere preso il posto dell'efficacia, ... perché è la quantità che tende a sostituire la qualità, ... perché oggi spesso i mezzi sono diventati fini."

Eppure adeguati standard organizzativi, fondati su parametri scientificamente validi, da un lato faciliterebbero il miglioramento dei livelli qualitativi medi delle prestazioni e la riduzione dei tempi d'attesa, dall'altro permetterebbero anche di mettere in evidenza le situazioni di scarsa produttività ingiustificata.

In ogni caso, come organizzazione sindacale, ci opporremo a dichiarazioni di esuberanti finalizzate esclusivamente a reperire margini finanziari di bilancio, in mancanza di un accordo specifico regionale e di area vasta sulle moderne dotazioni organiche volte ad ottenere outcome clinici di qualità. Un contributo importante su questi aspetti può venire dalle Società scientifiche mediche, come dimostrato dal documento recentemente elaborato dalla Fadoi Toscana in merito all'accreditamento delle strutture di Medicina Interna.

ERRATA CORRIGE

La tabella 2 che corredeva la prima parte di questa analisi sul Piano sanitario toscano, pubblicata sull'ultimo numero di Dirigenza Medica (2/2003) conteneva alcune inesattezze. Pubblichiamo ora la tabella 2 corretta.

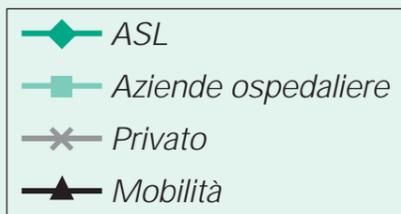
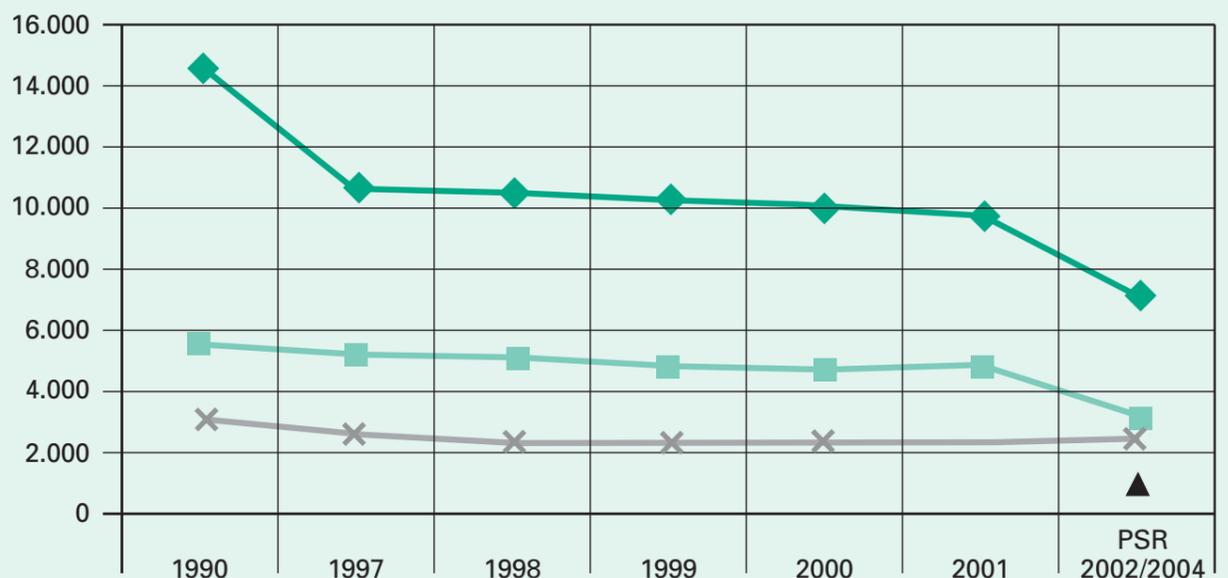


Tabella 2 - Variazione dei posti letto negli anni 1990-2001 e nuovo fabbisogno previsto dal PSR 2002/2004, a regime nel 2008



IL PUNTO

Comportamenti illeciti: i correttivi devono nascere dalla professione

di Alberto Andrion

Nel numero scorso di *Dirigenza Medica* (n. 1, 2003), riportavamo la notizia di una colossale truffa verificatasi recentemente in Germania dove un ditta di import-export si è fatta tramite di un acquisto di protesi cinesi a prezzi di un quinto inferiori a quelli poi fatturati al sistema di assistenza odontoiatrica pubblica, versando poi parte della differenza ad alcune centinaia di dentisti tedeschi che avevano accettato di impiegare tali protesi. In questo numero, apprendiamo che nel Regno Unito una azienda sanitaria su sette versa in gravi difficoltà finanziarie e che parte di queste difficoltà sarebbero dovute a frodi a danno del Ssn britannico equivalenti a circa l'1% dell'intera spesa nazionale per la sanità inglese. È quindi evidente che i problemi legati a comportamenti illeciti dei medici non sono unico patrimonio del nostro paese. Questa constatazione non vuole assumere tono assolutorio, ma è utile per rilevare come i comportamenti sia dei governi sia delle associazioni mediche si siano discostati, in Germania come nel Regno Unito, da quanto è avvenuto in Italia. In quei paesi, il governo e i ministri competenti non hanno lanciato campagne populiste anti-medico e non hanno emanato leggi anti-truffa sanitaria tanto roboanti quanto inutili. Le leggi per sanzionare i comportamenti illeciti – di qualsiasi natura – già esistono e debbono solo essere applicate, e in quei paesi verranno applicate. Per parte loro, le associazioni professionali si sono impegnate non solo a ribadire la realtà dei fatti, vale a dire il comportamento irreprensibile della stragrande maggioranza dei professionisti, ma si sono pubblicamente impegnate a sanzionare i colleghi, qualora dimostrati colpevoli. Il presidente dell'Associazione nazionale dei dentisti tedeschi ha pubblicamente annunciato pene pecuniarie e sanzioni fino alla sospensione dell'esercizio della professione. Da noi le voci sono state giustamente molto alte nei confronti del ministro Sirchia, ma assai più flebili nei confronti delle "mele marce" nostrane. Questo è meno giusto e, soprattutto, potenzialmente dannoso per gli interessi futuri di tutta la categoria.

UK

Un'azienda sanitaria su sette in difficoltà finanziarie

Conti in rosso per alcuni "Trust", le strutture sanitarie del Ssn britannico (Nhs) che erogano assistenza a livello ospedaliero e di base, spesso impegnate anche in attività di formazione e ricerca in partnership con università e istituti. Un'azienda su sette infatti ha incontrato "serie difficoltà finanziarie" nel periodo 2001-2002 secondo i dati del rapporto annuale del National Audit Office (Nao), l'organismo incaricato di monitorare i conti pubblici per conto del Parlamento.

Cinquanta delle attuali 318 aziende sanitarie (Trust) hanno registrato un disavanzo tra le mille e gli 11,5 milioni di sterline e 46, il 14%, (contro le 33 dell'anno precedente) si sono trovate alla fine dell'anno finanziario con un budget ben più ridotto del previsto. Il ministero della Sanità imputa gli eccessi di spesa ai costi delle prescrizioni, ma ritiene che la modernizzazione dei servizi, i cambiamenti nella gestione delle strutture e l'aumento delle risorse messe a disposizione del Nhs contribuiranno al riassetto finanziario.

Il deficit del Dartford, Gravesham and Swanley Primary Care Trust, una delle quattro aziende sanitarie per l'assistenza di base ad aver registrato un eccesso di spesa nel 2001/02 è stato di 1.363.000 di sterline. Il suo direttore finanziario, Chad Whitton, conferma che l'azienda è stata colta alla sprovvista, non prevedendo un aumento così considerevole dei costi delle prescrizioni nella medicina di base e nemmeno una richiesta così alta di prestazioni specialistiche e di terzo livello. Gli effetti sul bilancio non sono però da imputare, secondo Whitton, alla profonda riorganizzazione attuata in seno al Nhs (nell'ambito della quale, tra l'altro, sono state abolite 95 "authority" nell'ottobre scorso) bensì a una crescita nella domanda e nei bisogni di salute. Ciononostante alcuni Primary Care Trust, le strutture pubbliche per l'assistenza sanitaria di base, già alle prese con i deficit ereditati dalle precedenti gestioni, temono l'ulteriore depauperamento di risorse dovuto ai costi amministrativi per l'adeguamento agli obiettivi fissati dal governo e ai requisiti di governance interna.

Edward Leigh Mp, presidente della commissione parlamentare per i conti pubblici, in una recente dichiarazione ha detto che le difficoltà finanziarie in cui versano alcune aziende sanitarie sono piuttosto serie e che in queste strutture ciò si ripercuoterà inevitabilmente sull'assistenza ai pazienti. Ha poi toccato un altro punto dolente per il National Health Service: le richieste di indennizzo per "clinical negligence", definendole "incredibili". Nel periodo 2001/02 infatti sono state sborsate 446 milioni di sterline per liquidare i risarcimenti, 31 milioni in più rispetto all'anno precedente; aumento solo in parte dovuto all'accorciamento dei tempi per la definizione dei contenziosi (dai 5,5 anni del 1999/2000 ai 3,89 del 2001/02). Le previsioni di spesa complessiva del Nhs per la liquidazione dei risarcimenti sono passate dai 2,3 miliardi di sterline del 1998 ai 3,2 nel 1999, ai 3,9 nel 2000; alla fine del marzo 2002 la spesa stimata per i risarcimenti già richiesti o comunque nel computo, da pagare nei prossimi anni, si aggira sui 5,25 miliardi di sterline, 850 milioni in più rispetto alla previsione dell'anno precedente di 4,4 miliardi.

Come il ministero della Sanità intenderà riformare il settore sarà il tema di un rapporto atteso prossimamente. Notevoli passi avanti invece sono stati compiuti nel campo delle truffe ai danni del Ssn, il ministero infatti è riuscito a sventare truffe sulle prescrizioni per 1 milione di sterline. Si stima che le truffe ai danni dei servizi per la medicina di base ammontino a 118 milioni di sterline, l'un per cento della spesa complessiva, ma il ministero deve ancora mettere mano alle voci di spesa negli altri settori del Nhs.

UK

Aumentano le violenze nei confronti del personale sanitario

I casi di violenza e aggressione ai danni del personale del National Health Service sono aumentati del 13 per cento rispetto allo scorso anno con 95.501 incidenti denunciati nel 2001/02, anche se pare si sia stabilizzato il numero delle aggressioni fisiche di una certa gravità. La cifra è data dal rapporto "A Safer Place to Work" prodotto a fine marzo dal National Audit Office-Nao (l'organismo di monitoraggio dei conti pubblici per conto del Parlamento cui riferisce anche sull'efficienza e l'efficacia dell'operato di enti e ministeri) sulla base di un'indagine svolta sui Trust, le aziende sanitarie pubbliche che operano nel campo dell'assistenza agli acuti, l'igiene mentale e il trasporto in ambulanza. Si tratta tuttavia di un quadro indicativo e spesso confuso, per la tendenza, che ancora persiste, a non denunciare o denunciare solo parzialmente questi episodi (che vengono stimati intorno al 39 per cento) e per la difficoltà a definire il concetto di violenza (ne vengono date oltre 20 definizioni).

Al marzo 2002 solo un'azienda sanitaria è riuscita ad abbattere di un quinto le violenze denunciate, centrando così l'obiettivo fissato dal ministero della Salute per il 2001, come parte della campagna "Tolleranza zero" lanciata nel 1999 che prevede per l'aprile di quest'anno una riduzione del 30 per cento. Cifre ancora provvisorie indicano fortunatamente un calo delle aggressioni violente, che comportano per lo staff sanitario un'assenza dal lavoro di oltre tre giorni. Il rapporto del Nao tuttavia parla di circa 14 incidenti totali riferiti mensilmente ogni mille operatori sanitari, circa il doppio rispetto al periodo 1998/99. Cifra che nelle strutture psichiatriche sale a 33, due volte e mezzo la media. Quattro delle "strategic health authorities" (che con la riforma del Ssn hanno sostituito le "health authorities"), cui fanno capo una più aziende sanitarie per l'igiene mentale, hanno denunciato oltre venti aggressioni violente al mese ogni mille operatori. Un costo economico questo della violenza contro il personale sanitario che potrebbe aggirarsi sui 173 milioni di sterline l'anno – escludendo i costi legati alla sostituzione del personale, alle cure mediche e ai risarcimenti e, ovviamente, i costi umani. Considerando che i casi di violenza e aggressione nelle strutture del Nhs costituiscono il 40 per cento di tutti gli incidenti legati alla salute e alla sicurezza denunciati, il rapporto suggerisce che una stima grezza non può comunque essere inferiore ai 69 milioni di sterline l'anno. Certamente l'aumento dei casi di violenza va ricondotto in parte all'accresciuta consapevolezza e capacità di relazionare sugli episodi occorsi, ma incidono anche i carichi di lavoro sempre più pesanti, le maggiori aspettative da parte dei pazienti e le frustrazioni, che nei malati e loro familiari possono venir alimentate, ad esempio, dai lunghi tempi di attesa.

Sebbene in quasi tutti le aziende sanitarie venga svolta una valutazione e gestione del rischio mirata a ridurre la violenza e vengano valutati i fabbisogni formativi e la qualità delle prestazioni, i criteri utilizzati sono alquanto difformi. Per questo il Nao, tra le altre raccomandazioni, sollecita il ministero della Sanità ad agevolare la standardizzazione dei criteri per l'identificazione degli incidenti, la stesura dei rapporti e la loro archiviazione, nonché a promuovere una cultura "chiara e senza ambiguità" di denuncia delle aggressioni e violenze.

Tra i meno preparati a gestire queste situazioni vi sarebbero i medici, cui non viene fornita un'adeguata formazione, insieme allo staff di supporto, come portatini e addetti alla reception. Philip Leather, a capo del gruppo di ricerca sulla violenza della Nottingham University così commenta il fenomeno "la violenza è vista da molti operatori sanitari come parte del loro lavoro e così la tollerano molto più di quanto avvenga in altri settori".

ANAAO & ARPA

Un nuovo impegno per la Prevenzione ambientale e sanitaria

Premesse

“Negli ultimi decenni si è accresciuta la consapevolezza del fatto che la qualità dell'aria, dell'acqua, del suolo e del cibo influenza la nostra salute e della nostra vita. Si va da un aumento delle allergie, delle malattie respiratorie e dei casi di cancro all'alterazione del sistema ormonale e riproduttivo, fino alla morte prematura. Le cause delle svariate malattie ambientali sono numerose e comprendono gli inquinamenti generati dai trasporti, dall'attività agricola, dai processi industriali, dagli effluenti domestici e dalla gestione dei rifiuti. Affrontare i problemi sanitari legati all'ambiente significa pertanto combattere su diversi fronti” (cf. *Ue, VI Programma per l'Ambiente 2001-2010*).

Pertanto se lo sviluppo è certamente una grande opportunità per il miglioramento delle condizioni economiche e sociali delle popolazioni, se non si concretizzano parallelamente azioni che ne favoriscano la sostenibilità ambientale e sanitaria si corre il rischio di generare situazioni di danno non solo ambientale e sanitario ma anche economico, sociale e culturale. Recentemente in Italia sono emerse altrettanto chiare prese di posizioni istituzionali che hanno portato in evidenza tale rapporto, ma soprattutto le conseguenze organizzative di tale asserzione. In particolare i Piani Sanitari Nazionali 1998-2000 e 2000-2002 forse per la prima volta, hanno dato un particolare rilievo al concetto di Salute - contrapposto alla semplice erogazione di servizi sanitari - e quindi ai suoi determinanti, anche ambientali.

D'altro canto con la separazione dei controlli ambientali dalle Usl è rimasto aperto un vulnus e cioè che le attività di tipo preventivo ambientale e sanitario non vengono in generale sviluppate né dal Ssn né dalle Agenzie Ambientali. La parte più generale della prevenzione della salute, quella legata in particolare alla salute negli ambienti di vita continua ad essere poco seguita dal sistema sanitario, occupato da altre questioni. D'altra parte le Agenzie Ambientali per diverse ragioni, non ultime quelle legate alla prevalente presenza di professionalità non mediche non possono (e non vogliono) investire su questo settore.

Le problematiche aperte

In relazione alla complessità degli interventi richiesti ed al-

le conoscenze del territorio acquisite, è indispensabile realizzare un sistema di connessione a rete tra i diversi soggetti impegnati (Sistema delle Agenzie per la Protezione Ambientale, Sistema Sanitario Nazionale, Università) al fine di promuovere ogni possibile sinergia e di evitare indesiderate ridondanze o peggio pericolosi antagonismi. La differenziazione dei ruoli professionali dentro e tra le diverse istituzioni competenti nell'ambito della protezione ambientale e della prevenzione collettiva deve rappresentare un arricchimento in termini di conoscenze e competenze. L'integrazione di risorse e proposte deve basarsi su una chiara definizione dei rispettivi mandati istituzionali, ma orientata a valorizzare, anche attraverso una metodologia di coprogettazione degli interventi su tutte le competenze soprattutto sui terreni d'azione indicati dall'art. 7 quinquies della legge di riordino del Servizio Sanitario Nazionale. Riprendendo esperienze di altre regioni quali ad es. quelle del Piemonte e più recentemente del Veneto, occorre realmente creare un sistema di prevenzione a rete ad es. favorendo forme di integrazione e di specializzazione delle competenze in ambito preventivo e clinico a livello regionale. Ad es. il cosiddetto (mitico) “Osservatorio Epidemiologico Regionale” potrebbe essere una rete i cui nodi sono aree di specializzazione (alimentare, clinica, ambientale etc.). Gli orientamenti del Ministero della Salute più volte dichiarati, indicano che sempre un maggiore impegno deve essere rivolto alla salvaguardia, individuale e collettiva e contro un'organizzazione della società che in modo sempre più deciso mira al profitto individuale anche a discapito delle risorse comuni (ambiente e salute) e delle categorie più deboli. In questo contesto in generale si è mirato ad un miglioramento dell'efficienza dei servizi sanitari che ha indiscutibilmente consentito di razionalizzare e ridurre la spesa sanitaria, ma anche il concentrarsi solo su quelle attività più immediatamente “remunerative”. Tutto questo a discapito di impegni culturali ed etici su problemi (ambiente e salute) che non consentono limitazioni operative trattandosi di scelte di civiltà cioè per una diversa, più equa e sempre migliore qualità della vita. Conseguentemente a quanto sopra riferito si è assistito ad una sempre più netta separazione e “competizione” tra organismi del Ssn dedicati alla prevenzione, Arpa e mondo della ricerca (Università). La conoscenza e la protezione e tutela dell'Ambiente, per definizione, è esigenza di integrazione. Ogni occasione persa significa minore forza degli interventi, minore credibilità delle istituzioni e talvolta anche duplicazioni. Sempre più forte è la difficoltà della figura medica che per ragioni storiche e ri-

tardi culturali (il riferimento dell'Ufficiale sanitario è ancora presente sia in ambito accademico che nella organizzazione di molti servizi) stenta a trovare una sua giusta collocazione nella rete della prevenzione sia nel Ssn e nelle Arpa.

Proposta

Occorre pensare ad un percorso che coinvolga operatori e raccolga esperienze significative sullo stato della Prevenzione Ambientale e Sanitaria e del ruolo che in questo contesto può giocare la figura professionale del medico.

L'interesse della Anaa Assomed è motivato dal fatto che la prevenzione rappresenta uno dei nodi significativi su cui gioca il complesso delle tutele fondamentali (ambiente e salute) per i lavoratori e i cittadini più in generale valorizzando il sistema di assistenza e prevenzione pubblico.

Per queste ragioni è stato costituito un gruppo di lavoro all'interno dell'Anaa Assomed costituito da operatori della prevenzione ambientale e sanitaria che avrà i seguenti compiti:

- Alimentare il dibattito all'interno della associazione sul ruolo e la organizzazione della tutela e promozione della salute che miri a preservare e valorizzare tale tematica nel settore pubblico da contrapporre alle tendenze che privilegiano una organizzazione sociale basata sul profitto (di pochi) ed in particolare sulla sanità privata in ambito sanitario.
- Tutelare etiche e professionalità nel Ssn e nelle Agenzie ambientali che si pongono come obiettivo il benessere dell'uomo.
- Presidiare la realizzazione di accordi contrattuali che tengano conto di realtà che solo apparentemente risultano residuali rispetto alla medicina diagnostico-curativa-ospedaliera.

In una parola si vuole raccogliere idee e proposte concrete sulla prevenzione ambientale e sanitaria da diffondere in tutta l'associazione per mostrare il suo genuino interesse su queste tematiche ad operatori che sinora avevano visto l'Anaa Assomed come un antagonista, ancorché forte, in occasione della contrattazione a livello locale e nazionale. Un primo segnale sarà la presenza, in questo ed altri giornali dell'Anaa Assomed, di comunicazioni su queste tematiche sia sotto un profilo professionale che contrattuale. Speriamo che tutto possa rappresentare un arricchimento morale e professionale per chi si occupa di prevenzione ambientale-sanitaria, ma anche per chi opera in altri settori.

Domenico Avenoso (Liguria)

Ennio Cadum, Giorgio Cavallero (Piemonte)

Paolo Lauriola (Emilia Romagna)

Mauro Mariottini (Marche)

Salvatore Minardi (Sicilia)

FISCO & PREVIDENZA

I termini per presentare la dichiarazione dei redditi libero-professionali e per il versamento dei contributi

Il Consiglio di Amministrazione dell'Enpam, con delibera n.53 del 17 ottobre 2002, approvata dal Ministro del Lavoro il 3 marzo 2003, ha introdotto alcune modifiche al Regolamento del Fondo di previdenza generale, in materia di modalità e termini per il pagamento del contributo proporzionale al reddito, in quanto aveva rilevato che la predeterminazione di termini fissi, validi ogni anno indipendentemente dalle scadenze poste per la dichiarazione dei redditi ai fini Irpef, poteva comportare una rigidità troppo elevata nella riscossione dei contributi.

Per tali motivi, con la citata delibera, è stato eliminato dal Regolamento del Fondo generale ogni riferimento a specifiche date entro le quali effettuare gli adempimenti connessi al pagamento del contributo dovuto al Fondo della libera professione - “Quota B” del Fondo generale. La fissazione dei termini annuali per la riscossione di tale contributo è stata pertanto demandata, unitamente alle relative modalità, ad uno

specifico provvedimento del Consiglio di Amministrazione. Le nuove modalità non prevedono più l'autoliquidazione del contributo. Il singolo soggetto, cioè, non dovrà più provvedere ad effettuare il calcolo dell'importo dovuto a titolo di contributo proporzionale.

L'attività degli iscritti, infatti, sarà limitata alla comunicazione all'Ente, mediante il modello personalizzato inviato al loro domicilio, del reddito derivante dall'esercizio della libera professione e, qualora ne ricorrano i presupposti, alla richiesta dell'accesso alla contribuzione ridotta. Le successive operazioni di calcolo verranno effettuate dagli Uffici dell'Ente.

Al termine dell'elaborazione degli importi dei contributi dovuti, verranno inviati a tutti gli iscritti tenuti al versamento appositi bollettini MAV, che rechneranno prestampato l'importo del contributo dovuto e la relativa scadenza di pagamento. Ovviamente la mancata ricezione del Modello MAV da parte dell'iscritto non lo esonera dall'obbligo di versare corret-

tamente il contributo dovuto; egli dovrà pertanto farsi parte diligente nei confronti degli Uffici dell'Ente, che gli comunicheranno modalità alternative per l'effettuazione del versamento stesso.

Le nuove modalità di pagamento sono state poi approvate dal Comitato Consultivo del Fondo della Libera Professione - “Quota B” del Fondo Generale nella seduta dell'11 ottobre 2002. Il Comitato Consultivo, nella medesima seduta, ha proposto al Consiglio di Amministrazione di fissare, per i contributi da porre in riscossione nell'anno 2003, i seguenti termini:

- per la presentazione della dichiarazione dei redditi libero professionali prodotti nell'anno precedente e per la presentazione dell'istanza di contribuzione ridotta: 31 luglio 2003;
- per il versamento dei contributi su tali redditi, da effettuarsi obbligatoriamente in unica soluzione: 31 ottobre 2003.

Gian Mario Santamaria

SANITÀ PRIVATA

Anche l'ospedalità privata attende il contratto da oltre un anno

Risale al 31 dicembre 2001 la scadenza del Contratto Collettivo Nazionale dei Medici (Ccnl) dipendenti dagli Ospedali Privati aderenti all'Aiop, da quel-

anche il privato sanitario è ben lontano da quel connotato di efficientismo che in ogni occasione cerca di sbandierare, ma che almeno sul versante dei contratti pare pro-

la qualifica di Responsabile, Aiuto, Assistente di fascia A e B. Ed è da sottolineare che "l'attribuzione delle suddette qualifiche deve avvenire nel pieno rispetto della normativa nazionale e regionale vigente in materia" (art. 7 terz ultimo capoverso).

Peccato che la normativa vigente abbia da tempo superato questa anacronistica impostazione:

- la qualifica di Assistente va riferita a chi collabora con il Responsabile e con l'Aiuto nello svolgimento dei loro compiti, ha la responsabilità dei casi affidatigli, risponde al Responsabile e all'Aiuto, provvede direttamente nei casi d'urgenza
- l'Aiuto collabora direttamente con il Responsabile nell'espletamento dei compiti attribuiti, coordina l'attività degli Assistenti e ri-

sponde del suo operato al Responsabile

- il Responsabile ha il compito di vigilare sulla attività e sulla disciplina del personale medico e non del proprio raggruppamento, di definire i criteri diagnostici e terapeutici, e può avocare i casi alla sua diretta responsabilità.

2. Aggiornamento

Non vi è specifico riferimento, nonostante l'obbligatorietà prevista dall'istituto nor-

mativo dell'Ecm. Una menzione indiretta è contenuta all'articolo 21 che si riferisce esclusivamente ai "permessi straordinari" pur essendo assolutamente "ordinario", anzi obbligatorio il mantenimento di un appropriato aggiornamento. "Al medico che abbia superato il periodo di prova spetta":

- un ammontare massimo di 8 giorni per partecipare a congressi scientifici attinenti alla specifica attività esercitata (Art. 21, lettera d) con retribuzione
- un permesso senza assegni con diritto al mantenimento del posto di lavoro al fine di partecipare a corsi di qualificazione, aggiornamento e specializzazione professionale attinente al servizio (Art. 21 lettera l).

3. Retribuzione

È determinata con riferimento alle diverse qualifiche e al diverso orario di lavoro ed è composta dalle seguenti voci (articolo 37):

- Stipendio base
- Retribuzione di anzianità maturata al 31/12/96
- Eventuale indennità professionale
- Eventuale indennità medica per Aiuto ed Assistente
- Eventuale indennità per Medico Responsabile
- Indennità integrativa speciale (contingenza)
- 13^a mensilità
- Eventuale assegno ad personam
- Eventuale superminimo

Le voci più numerose sono quelle "eventuali", che, pur esplicitate e corrisposte, in quel termine "eventuale" lasciano una sensazione di insicurezza e precarietà, in aperto contrasto con l'impegno per nulla "eventuale" dei Medici nel raggiungimento della diagnosi e formulazione della terapia.

Fabio Florianello

Ccnl Medici Dipendenti Ospedalità Privata. 2° Biennio Economico 2000/2001: Retribuzioni "a regime" in Euro

Tempo Pieno

Qualifica	Stipendio base	Ind. Medica di Struttura Sanitaria.Privata	Indennità Professionale	Indennità di Responsabilità	Indennità Integrativa Speciale (Contingenza)	Totale/Mese lordo
Responsabile	2.370,54	144,61	851,64	188,51	576,88	4.132,17
Aiuto	1.771,45	92,96	711,16	51,65	559,84	3.187,06
Assistente A *	1.338,66	71,27	573,27	25,85	546,41	2555,43
Assistente B	1.398,05	71,27	573,27	25,85	546,41	2.614,82

Tempo Definito

Qualifica	Stipendio base	Ind. Medica di Struttura Sanitaria.Privata	Indennità Professionale	Indennità di Responsabilità	Indennità Integrativa Speciale (Contingenza)	Totale/Mese lordo
Responsabile	2.009,02	108,46	-	188,51	557,26	2.863,24
Aiuto	1.478,10	69,72	-	52,65	543,83	2.143,30
Assistente A *	-	-	-	-	-	-
Assistente B	1.054,60	53,71	-	25,82	531,43	1.665,56

*=fascia A: nuova assunzione

li religiosi dell'Aris e dalla Fondazione Don Gnocchi. Dunque, si attende da quasi un anno e mezzo un Ccnl a valenza quadriennale per la parte normativa, 1998/2001, e suddiviso in due bienni economici, 1998/99 e 2000/01. Praticamente sulla falsariga del Ccnl della Dirigenza Medica del Servizio Sanitario Nazionale, ma con l'aggravante di un rinnovo del 2° biennio economico avvenuto il 14 dicembre 2001, vale a dire a soli 16 giorni dalla scadenza. Evidentemente

prio non poter rivendicare. E non è soltanto una questione di tempi per il rinnovo, ma di impostazione generale, di istituti di qualifiche ed attribuzioni, di stato giuridico, di organizzazione del lavoro, di aggiornamento, oltre che di retribuzione. Qualche esempio.

1. Qualifiche ed attribuzioni (articolo 7)
Anche nel rinnovo del 2° biennio economico permane l'inquadramento secondo

GIURISPRUDENZA *sentenze e ordinanze*

Consiglio di Stato

Legittimo lo strumento legislativo per varare i Psr

Le Regioni possono legittimamente adottare leggi regionali di approvazione del Psr. Questo quanto deciso dal Consiglio di Stato con la sentenza n. 1321 del 2003, ritenendo ammissibile il ricorso da parte della Regione Abruzzo, ad una legge provvedimento per l'approvazione del Psr.

La vicenda nasce dal ricorso di una casa di cura privata che, richiedendo l'accreditamento di ulteriori posti letto, aveva invece ottenuto dalla Regione Abruzzo una nota di diniego motivata con la difformità tra la richiesta e la programmazione sanitaria di cui al Psr per il 1999/2001 (l.r. 37/99); pertanto la clinica procedeva all'impugnazione davanti al Tar degli atti attuativi del Psr abruzzese adottato con una legge regionale, sollevando la questione di legittimità costituzionale della legge di ap-

provazione del Piano, per "violazione dei principi fondamentali in materia di accreditamento stabiliti dal Dlgs 502/1999", in quanto la pianificazione sanitaria regionale non potrebbe essere compiuta per legge, ma dovrebbe essere contenuta in provvedimenti amministrativi come accade per la pianificazione nazionale pena, in caso, contrario il verificarsi di un vuoto di tutela. Il Consiglio di Stato respinge il ricorso dell'appellante, e si trova ad affrontare due questioni fondamentali: la prima, di ordine formale-sostanziale, in relazione all'indiscussa natura provvedimento in questione, se sia ammissibile nel nostro ordinamento giuridico il ricorso a leggi provvedimento (leggi con le quali vengono assunti provvedimenti concreti e non astratti con riferimento a situazioni ed a soggetti determinati e non generali) in sostituzione di provvedimenti amministrativi a contenuto particolare e concreto, cosa che determinerebbe conseguenze diverse in caso di impugnazione dell'atto (avverso l'atto amministrativo il ricorrente potrà esperire, qualora lo riten-

ga illegittimo, i normali ricorsi in via amministrativa e giudiziaria, avverso, invece, la legge provvedimento, si avrà come unica difesa quella indiretta di una impugnativa per illegittimità costituzionale per vizi formali o sostanziali dell'atto); la seconda di ordine materiale, in relazione al concreto contenuto del Psr, cioè se sia possibile per una regione ricorrere ad una legge provvedimento per approvare il Psr. Richiamandosi alla giurisprudenza della Corte Costituzionale, il Consiglio di Stato riafferma che è ammissibile il ricorso a leggi provvedimento oltre le ipotesi previste dalla Costituzione, non esistendo norme costituzionali che definiscono la funzione legislativa "nel senso che essa debba consistere esclusivamente nella produzione di norme generali ed astratte". Il fatto che la pianificazione nazionale sia effettuata con atto amministrativo e che la norma statale si limiti a riservare alla Regione l'adozione del Psr, non esclude che la Regione possa legittimamente impiegare lo strumento legislativo, stante una autonomia regionale di scegliere lo strumento

giuridico da utilizzare nell'emanazione dei propri atti, non limitata da nessun norma statale, né lesiva del cosiddetto principio di riserva di amministrazione. Né l'approvazione del piano con lo strumento legislativo ha comportato un vuoto di tutela in quanto non ha impedito alla casa di cura interessata di impugnare gli atti attuativi del piano che esprimevano in concreto "gli effetti della legge regionale di approvazione", risolvendo anche la questione della tutela; spiega il Consiglio di Stato, che la Corte Costituzionale, non solo ammette la possibilità di ricorrere a leggi provvedimento, e cioè a leggi a contenuto concreto, quale strumento di cui fa uso il legislatore per raggiungere in via diretta e immediata (senza la mediazione delle autorità amministrative), le finalità che si propone, ma garantisce comunque ai soggetti il diritto alla difesa "trasferendolo" dall'ambito della giustizia amministrativa a quello proprio della giustizia costituzionale. La conseguenza? Piani varati con legge attaccabili soltanto davanti alla Consulta.

segue dalla prima

I SUCCESSI DELLA NOSTRA AZIONE SINDACALE

decreto antitruffa ed emanasse un nuovo provvedimento, ancora non pubblicato in Gazzetta Ufficiale, contenente la proroga dei termini per la sopravvivenza del tempo definito fino al 31 dicembre 2003 e dell'utilizzo degli studi professionali privati per la libera professione fino al 31 luglio 2005.

Abbiamo ugualmente dato vita alla manifestazione perché lo scopo della protesta era la difesa del Ssn e non solo la lotta contro il decreto legge e perché le dichiarazioni con cui il Ministro Sirchia ha accompagnato l'annuncio del ritiro del Decreto suonavano come una incredibile offesa sia al Parlamento, giudicato influenzabile da un manipolo di eversori, sia ai sindacati medici accusati di essere sostenitori dei ladri e dei truffatori a danno dei cittadini. (vedi intervista a La Stampa del 15 aprile pubblicata sul sito www.anaao.it)

C'è qualcosa di malato nel nostro Paese se lo scontro di opinioni, legittimamente diverse sul giudizio relativo ad un provvedimento, induce un ministro della Repubblica a stupefacenti e gravissime accuse nei confronti di una parte sociale.

L'avversario non è dialetticamente e politicamente contrastato, ma aggredito e insultato nel tentativo di delegittimarlo. Chi non la pensa come il Ministro è giudicato scorretto, disonesto e politicizzato. Sappia il ministro, però, che la nostra associazione è fatta di uomini onesti e liberi che non si lasciano intimidire.

Passiamo ad altro argomento. Si è svolto il 14 aprile un incontro sindacati-Regioni su contratto e stato giuridico della dirigenza.

Le inadempienze del Governo sulle code del contratto 1998/2001 ferme al dipartimento della Funzione Pubblica, il rifiuto della controparte di onorare quanto pattuito nell'accordo Governo-sindacati del 6 febbraio 2002 (0,99%), i costanti pericoli, ribaditi dalle Regioni, per la sopravvivenza della indennità di rapporto esclusivo qualora lo Stato mettesse mano a unilaterali modifiche dello stato giuridico della dirigenza, hanno indotto la nostra associazione e l'intersindacale medica

alla proclamazione formale dello stato di agitazione come preludio ad una giornata di sciopero da effettuarsi nella seconda metà di maggio qualora la vertenza non si sbloccasse. Analoga decisione è stata assunta unitariamente dalle confederazioni Cgil, Cisl e Uil come rappresentanti dei medici e del restante comparto. Sul piede di guerra è pure la Fimmg per sollecitare il rinnovo delle convenzioni.

Vedremo di gestire al meglio questa protesta così vasta e corale. Nelle scelte che faremo dobbiamo tener conto insieme della massima efficacia della nostra azione e del necessario risalto della nostra autonomia.

Un'ultima considerazione permetteteci di spenderla a commento delle elezioni per il Comitato centrale della Fnomceo svoltesi l'11, il 12 e il 13 aprile. Pensiamo che l'Associazione debba essere orgogliosa dei risultati ottenuti dalla lista di medici dipendenti e convenzionati - al cui consenso ha fortemente contribuito - che ha visto l'affermazione di 8 suoi membri su 13.

È stata una lotta lunga e difficile, nel corso della quale la lista avversaria ha utilizzato tutti i mezzi per affermarsi, compreso il ricorso a forti pressioni partitiche. Non c'è male per dei feroci sostenitori, a parole, dell'autonomia dell'ordine dai sindacati, che noi rispettiamo e soprattutto praticiamo. Fuori dall'Ordine l'influenza dei sindacati medici, dentro, quella delle fazioni politiche. Non ci stupiamo: il parto del nuovo, e speriamo del meglio, è sempre difficile e contrastato. La competizione elettorale, però, è ora finita. È imminente l'elezione dell'esecutivo da parte del Comitato centrale. Speriamo che il senso di responsabilità induca tutti, meglio se in modo unitario, ad affrontare i gravi problemi della nostra professione, troppo a lungo sottovalutati o dimenticati, perché i cittadini del nostro Paese hanno bisogno di medici preparati, motivati, ed adeguati ai nuovi compiti che la complessità della situazione odierna loro assegna.

Serafino Zucchelli

Lettera al Direttore

Può capitare. Capita sempre più spesso, anzi.

Un giorno vai in ospedale, un paziente muore. Le circostanze nelle quali muore (o subisce un danno) portano ad una denuncia; forse c'è stato un deficit di comunicazione coi parenti, forse c'erano delle aspettative eccessive, forse c'è stato un errore o una sottovalutazione.

Ecco, a questo punto ti trovi in un gioco più grande di te, non controllabile.

C'è un gruppo di persone che già si leccano i baffi, affilano i coltelli: la manna è in arrivo.

Cosa è successo? Di fronte alla denuncia, il giudice chiama il primo attore: un collega, un medico legale il quale nella sua consulenza "tecnica" sostanzialmente concorda col tuo operato, però...

Alla fine insinua che poteva essere fatto un qualcosa in più. Basta, è sufficiente, il giudice ha trovato una pezza d'appoggio e si procede.

Arriva il poliziotto in ospedale con la cartella sequestrata. Qui avviene l'incredibile: chi scantona di qua chi di là, nella rete rimane chi ha scritto in cartella, chi ha la firma riconoscibile, la grafia leggibile, insomma chi ha fatto meglio il proprio dovere. Tutto avviene in maniera assolutamente casuale.

A questo punto ti serve un avvocato penalista per rispondere all'interrogatorio di polizia e allora ricorri alle tue conoscenze, magari qualche tuo vecchio compagno di scuola e ne scegli uno: non hai alcun criterio per scegliere, ne scegli uno.

Ecco, sei nello studio del secondo protagonista. L'avvocato ti dice che sicuramente sarà necessaria un'altra consulenza tecnica per controbattere la prima. Di soldi non si parla mai. Intuisce che il fatto che tu ti senta innocente è assolutamente irrilevante, sei in un altro sistema di valori che ha anche un suo linguaggio: qui contano i vizi procedurali, le verità cartacee, ci metti un po' per capire. Ma ecco entrare in scena un altro protagonista di una vicenda nella quale tu sei sempre più marginale: l'azienda ospedaliera, che tu hai bravamente avvisato, con la sua assicurazione ed il suo avvocato. Anche questo è pronto a difenderti e mentre firmi il mandato ti interroghi se veramente ora sei superprotetto.

Man mano che si passa da un'udienza rinviata ad un successivo rinvio, fioccano fatture milionarie. E allora domandi all'azienda se conferma che in caso di assoluzione ci sarà il rimborso. Ma nell'azienda i balletti dei direttori generali hanno un ritmo più veloce della macchina giudiziaria e la risposta è vaga, poi dopo insistenza sempre più chiara, noi abbiamo messo l'avvocato dell'assicurazione, il tuo lo paghi tu.

Ora il gioco è scoperto e tu realizzi che non devi difendere la tua condotta, tu devi difenderti dal tuo avvocato, dai tuoi colleghi periti, dal tuo ospedale con la sua assicurazione ed il suo avvocato. Questa lobby vive grazie agli incidenti di percorso nei quali puoi incappare.

In sintesi, tu un giorno puoi timbrare il cartellino, svolgere regolarmente il tuo lavoro e trovarti a pagare in seguito milioni, passare dei momenti di ansia, scrivere tante lettere, ascoltare tante parole.

Può capitare.

Questa storia è sicuramente personale, ma ne ho sentite altre simili, credo che siano tante.

La lobby è un concentrato di interessi complementari tra i quali il tuo non c'è.

Probabilmente il nostro interesse sarà fatto solo se stipuleremo un contratto assicurativo generale insieme al contratto di lavoro, per ottenere un pagamento completo delle spese legali, non un aleatorio rimborso.

Dott. Giovanni Maniscalco - Roma

"TUTELA LAVORO": NUOVO SERVIZIO PER GLI ASSOCIATI

Dal mese di aprile 2003 è attivo un nuovo servizio "TUTELA LAVORO" per gli Associati Anaa Assomed che potenzia l'attuale "L'Esperto Risponde" e l'Assistenza giudiziaria.

Il nuovo servizio, a cura del CReF (Centro Ricerche e Formazione), offre assistenza e consulenza per la soluzione delle problematiche legali e sindacali del dirigente medico in materia di rapporto di lavoro.

A tal fine è istituito un help desk telefonico con i seguenti orari:

- mercoledì dalle ore 12 alle ore 14, presso la sede CReF-Anaa Assomed di Campobasso sita in Piazza della Vittoria, 6 - 86100 - Telefono 0874318877.
- venerdì dalle ore 14 alle ore 16 presso la sede nazionale di Roma dell'Anaa Assomed, sita in Via Barberini, 3 - 00187 - Telefono 064820154 - fax 0648903523.

Gli esperti del CReF possono inoltre essere contattati attraverso la casella di posta elettronica: cref@anaao.it. Si ricorda che, qualora a seguito del servizio di consulenza si ritenesse opportuno adire le vie legali (conciliazione, Tar, giudice del lavoro), sarà necessario attivare le procedure del servizio di Tutela Legale Anaa Assomed compilando l'apposito modulo di richiesta, disponibile sia sul sito www.anaao.it che presso le Segreterie regionali o la Segreteria nazionale Amministrativa.

DIRIGENZA MEDICA

Il mensile dell'Anaa Assomed

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

direttore
Serafino Zucchelli

direttore responsabile
Silvia Procaccini

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

Hanno collaborato:
Arianna Alberti, Eva Antoniotti, Domenico Avenoso,
Giancarlo Bemì, Alfonso Brescia, Ennio Cadum,
Giorgio Cavallero, Fabio Florianello, Maria Gullo,

Paolo Lauriola, Mauro Mariottini, Salvatore Minardi,
Carlo Palermo, Enrico Reginato,
Gian Mario Santamaria Gianluigi Scaffidi,
Progetto grafico e impaginazione:
Giordano Anzellotti, Giorgio Rufini

Abbonamento annuo € 20,66
Prezzo singola copia € 2,50

Editore
Italpromo Esis Publishing

Via del Commercio 36, 00154 Roma
Telefono 065729981 - fax 065729982/2

Registrazione al Tribunale di Milano n.182/2002 del 25.3.2002
Diritto alla riservatezza: "Dirigenza Medica"
garantisce la massima riservatezza dei dati forniti
dagli abbonati nel rispetto della legge 675/96

Stampa: Tecnostampa srl - via Le Brece 60025 Loreto (An)

Finito di stampare nel mese di aprile 2003