

DIRIGENZA MEDICA

Il mensile dell'Anaao Assomed

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

Editoriale

ANCORA NON CI SIAMO

Continuiamo a non capirci. Anche l'ultimo testo sulla normativa presentato dall'Aran il 9 febbraio u.s. non contiene elementi di novità e non dà alcuna risposta ai problemi sollevati ormai da mesi da noi e da tutta la categoria.

Il riferimento economico per il rinnovo del II biennio (2004-2005) continua ad essere quello previsto nell'ultima Finanziaria (4,13% della massa salariale) e nessun passo avanti, neppure minimo, è stato compiuto nella vertenza fra Governo e Sindacati del pubblico impiego per un incremento di tale dotazione.

La doppia chiusura sul piano economico e normativo ci ha costretti ad intraprendere una forte azione sindacale fino allo sciopero del 4 marzo.

Ma perché accade tutto questo? Quali sono le ragioni di questo stallo e di queste difficoltà? Proponiamo la seguente analisi.

L'Esecutivo che governa il Paese, pur lacerato al suo interno per il convivere di diverse culture che non hanno trovato una sintesi, e che pur vede nella sua compagine anche forze attente al sociale quale Alleanza Nazionale ed Udc, esprime alla fine, con il suo Presidente, un orientamento ed una prassi, anche se ondivaga, estranea e spesso ostile allo Stato, ai suoi servizi ed alla Pubblica Amministrazione in particolare. Innumerevoli sono le dichiarazioni in questo senso e soprattutto chiare le scelte. Simbolica è la recente riforma fiscale che ha costretto a ridurre gli stanziamenti pubblici in sanità ed ha minato alla base la possibilità di reperire fondi da destinarsi al rinnovo del contratto del pubblico impiego.

Le Regioni dal canto loro sono in perenne lotta con lo Stato centrale che, da un lato, si fa portatore di modifiche costituzionali di ulteriore devoluzione e, dall'altro, nell'azione di governo quotidiano, ne invade gli ambiti di autonomia già posseduti e soprattutto ne limita la possibilità di esercizio riducendo i trasferimenti. Strette in questa morsa le Regioni si dibattono ed in campo sanitario (80% circa dei bilanci regionali), forse mal consigliate da alcuni gestori di Aziende sanitarie, esprimono una cultura aziendale sbagliata ed inadatta al mondo sanitario, inutilmente vessatoria nei confronti delle professioni, nell'illusione di ottenere maggiori livelli di produttività e di risolvere così i problemi.

segue a pag. 5

La categoria è compatta CONTRATTO SUBBITO

Dopo l'ennesima provocazione da parte dei rappresentanti dell'Aran e del Comitato di settore, non si sono presentati al tentativo di conciliazione fatto dal ministero del Lavoro per evitare lo sciopero indetto dall'Intersindacale medica per segnalare la situazione di grave disagio professionale e il ritardo del rinnovo contrattuale, per venerdì 4 marzo è stata indetta una giornata di sciopero. La misura è ormai colma. È evidente che così non si può continuare: cinque mesi di trattative per trovarsi a mani vuote. Per questo le organizzazioni di categoria hanno deciso di forzare la mano visto che il "nuovo" contratto, qualora venisse chiuso scadrebbe comunque il prossimo 31 dicembre. L'atteggiamento della parte pubblica è l'ennesima dimostrazione del disinteresse delle istituzioni per i problemi sollevati dai dirigenti del Ssn. Il Consiglio dei ministri sembrava essersi accorto della gravità della situazione e, per evitare di avere la categoria dei medici in sciopero sotto periodo elettorale, aveva deciso di intervenire dando il via libera ad un tavolo tecnico, dimostrando la volontà concreta di chiudere in tempi brevi sbloccando la situazione di stallo in cui si trova, da 38 mesi, il contratto della dirigenza medica. Purtroppo però alle intenzioni non sono seguiti i fatti a tutt'oggi (questo numero è stato chiuso lunedì 21 febbraio), Palazzo Chigi non ha dato alcun seguito all'iniziativa. Il nodo di quest'annosa vicenda restano i rapporti tra le sigle sindacali e le Regioni, in particolar modo quest'ultime sono accusate di "essere i nuovi padroni" nostalgici dei rapporti di lavoro "di stampo fordista". Regioni che, nella terza bozza inviata all'Aran, continuano a non recepire le istanze dei camici bianchi.

Il quadro della trattativa è il seguente, sul primo biennio economico c'è l'accordo, il 5,98% è giudicato soddisfacente; sul secondo biennio economico invece le parti sono ancora lontane, il 4,3% che lo Stato ha messo a disposizione non è ritenuto sufficiente. I confederali hanno chiesto l'8% ma la sensazione diffusa tra le sigle è che se si arrivasse ad un 6% si potrebbe chiudere. C'è poi l'ultimo nodo, quello relativo al quadro normativo con relativo aumento dell'orario di lavoro senza un adeguato corrispettivo economico. Su questo, i sindacati sono chiari: "il quadro normativo rappresenta un errore di valutazione complessiva, si vogliono accentuare gli elementi di precarietà. Il quadro normativo è inaccettabile perché peggiora le attuali condizioni di lavoro, mortificando il ruolo della dirigenza del Servizio sanitario nazionale".

PROCREAZIONE MEDICALMENTE ASSISTITA

Fecondazione: la Consulta ha deciso, si andrà a votare

La Corte Costituzionale ha dichiarato ammissibili i quattro referendum parzialmente abrogativi della legge 40/2004 e inammissibile quello totalmente abrogativo perché, si legge nella sentenza, la legge "è costituzionalmente necessaria". A questo punto la parola passa agli elettori che, in una domenica compresa tra la metà di aprile e la metà di giugno, dovranno decidere con il sì o con il no il futuro della legge 40/2004 in materia di procreazione medicalmente assistita. L'abrogazione di alcune norme della legge sulla procreazione medicalmente assistita (Pma) "non comporta il venir meno di una tutela costituzionalmente necessaria". È sulla base di questo principio che la Corte Costituzionale ha dichiarato ammissibili quattro dei cinque quesiti referendari proposti. Il Secco "no" invece per il quesito che mirava ad abrogare in toto la legge. La norma è secondo la Corte: "costituzionalmente necessaria".

Servizio alle pagine 12-13

PRIMO PIANO

I motivi dello sciopero e le proposte dell'Anaao. Restano almeno sei punti irrisolti che rendono impossibile il confronto

A PAGINA 2

RIPARTO FSN

Le Regioni si accordano sul riparto dei fondi 2005. Ma slitta l'accordo in Stato Regioni. Se ne riparlerà a marzo. Le tabelle della ripartizione e i criteri con cui si è firmata la "pace" tra i 21 governatori

A PAGINA 3

A CONFRONTO CON...

Intervista al neo sottosegretario alla Salute Maria Elisabetta Alberti Casellati di Forza Italia: "dopo la reversibilità il prossimo passo sarà il governo clinico"

ALLE PAGINE 4-5

SPECIALE REGIONI

Su questo numero focus sulle due Province autonome di Trento e Bolzano. Intervista ai responsabili provinciali Anaao. Romano Nardelli per Trento e Marco Tagnin per Bolzano

SERVIZIO ALLE PAGINE 6-9

CONTRATTO 2002-2005

Perché è stata interrotta la trattativa

Sei i nodi da sciogliere che bloccano qualsiasi confronto. Eppure le proposte esistono

Si è scritto molto negli ultimi mesi sulla trattativa per il rinnovo del contratto di lavoro e altrettanto se ne è parlato. Forse troppo, a detta di qualcuno, e a discapito dei fatti che sono stati scarsi e assolutamente irrilevanti. Ma i fatti, quelli che dovrebbero portare alla conclusione della vicenda contrattuale o almeno a una sua svolta, l'Anaa Assomed li ha sempre invocati. Presentandosi ad ogni riunione con l'Aran munita delle migliori intenzioni per proseguire sulla strada della soluzione dei molti problemi sul campo. Ma dopo quasi sei mesi di discussioni molto poco costruttive, i sindacati sono stati costretti a mettere uno stop ad una trattativa che non ha risolto, perché mai affrontati, i veri problemi della categoria: 1. maggiore potere di contrattazione delle organizzazioni sindacali in ambito aziendale; 2. definizione dei volumi prestazionali con chiarimento delle attività che sono dovute nell'orario di lavoro e di quelle aggiuntive che debbono essere remunerate a parte in libera professione aziendale; 3. riconoscimento economico più significativo del lavoro disagiato notturno, festivo e della pronta disponibilità; 4. più adeguata copertura assicurativa; 5. formazione continua assicurata in toto dalle aziende; 6. maggiore trasparenza del sistema del conferimento degli incarichi e semplificazioni e maggiori garanzie del sistema delle verifiche.

Anzi, ogni testo consegnato dalla controparte lasciava inalterati gli aspetti che più volte erano stati contestati. Come interpretare questo atteggiamento della parte pubblica se non nella volontà, mai apertamente dichiarata, ma poi nei fatti dimostrata, di non voler proseguire positivamente la trattativa? E come si può pensare che la categoria accetti un contratto che riduca le già poche garanzie faticosamente ottenute?

La decisione di interrompere la trattativa era nell'aria già da qualche settimana, da quando cioè ci si è resi conto che alle parole spese in difesa della dignità del lavoro medico e all'impegno profuso per introdurre norme che valorizzino la professione non seguiva nessun atto concreto.

È per questo che, al termine dell'incontro tra tutte le sigle sindacali della dirigenza del Ssn dell'8 febbraio, si è giunti all'estrema decisione di fermare tutto ed arrivare ad una giornata di sciopero nazionale. Su questa decisione hanno pesato molto l'insoddisfazione e le reazioni della base associativa, stanca di sentirsi raccontare le fasi di una trattativa fiacca, senza sbocchi e che neppure affronta con spirito costruttivo i problemi del vivere e lavorare quotidianamente in un ospedale.

La domanda che tutti si pongono ora è: cosa accadrà? Ma forse l'incognita maggiore è: chi deve intervenire per cercare di risolvere la situazione? L'Aran si è detta sbigottita ed incredula di fronte all'atteggiamento dei sindacati che non hanno voluto riconoscere le molte aperture contenute nel testo; le Regioni finora hanno dato solo timidi segnali di disponibilità. Forse, quando vi sarà consegnato questo giornale, la situazione sarà modificata e queste domande avranno trovato una risposta. Ma nel momento in cui stiamo scrivendo queste righe l'unica cosa certa è che la mancanza di fatti risolutivi rende inevitabile lo sciopero nazionale del 4 marzo.

LE PROPOSTE DELL'ANAAO ASSOMED

Per una migliore comprensione della posizione dell'Anaa Assomed, riassumiamo di seguito, suddivise per argomenti, le proposte dell'Associazione presentate alla controparte nei precedenti mesi di trattativa.

RELAZIONI SINDACALI – L'Anaa Assomed ribadisce la necessità che sia salvaguardata la contrattazione aziendale, incrementando il numero delle materie oggetto di contrattazione e concertazione. Inoltre, pur essendo disponibile ad incrementare l'interlocuzione a livello regionale, l'Associazione non accetta che questo si possa trasformare in atto unilaterale da parte delle Regioni, escludendo dal confronto le parti interessate.

ORARIO DI LAVORO – L'orario di lavoro deve rimanere di 34 ore a cui vanno aggiunte 4 ore dedicate alla formazione. Di queste 4 ore, una può essere dedicata all'Ecm e le rimanenti 3 all'aggiornamento volontario. Altrettanto ferma è stata l'opposizione all'ipotesi di passare da 34 a 36 ore assistenziali senza alcuna retribuzione delle ore aggiuntive, così come è stata ancora una volta rigettata l'introduzione di un plus orario (aggiuntivo alle 38 ore settimanali) la cui quantità verrebbe stabilita nella contrattazione del budget, anche in questo caso senza la previsione di una retribuzione corrispondente, rimanendo invariato il fondo di risultato.

RECESSO – L'Anaa ha espresso un giudizio negativo perché la proposta dell'Aran aumenterebbe nei fatti in modo ingiustificato la precarietà del rapporto di lavoro dei dirigenti medici.

COMITATO DEI GARANTI – L'Anaa Assomed propone il mantenimento degli attuali poteri del Comitato, vincolanti sugli atti del Direttore generale e la precisazione che la vita del Comitato deve essere prorogata fino all'insediamento di quello successivo. L'Anaa, inoltre, chiede che l'Azienda non proceda al recesso allo scadere dei 30 giorni di tempo, in assenza del parere del Comitato dei garanti e che, per una maggiore tutela, il dirigente possa essere ascoltato dal Comitato dei garanti.

ASSICURAZIONI – L'Associazione ribadisce che il testo attuale dell'articolo deve essere modificato con la esplicita previsione dell'obbligo per le Aziende di assicurare oltre il rischio professionale anche la rivalsa per colpa grave.

FINANZIAMENTO PER IL SECONDO BIENNIO È la principale incognita di questo contratto, dal momento che il problema non è stato neppure sfiorato dalla trattativa. Nonostante questo, l'Anaa Assomed ha presentato le sue richieste e ha ribadito che venga previsto un ulteriore finanziamento anche per il contratto della dirigenza medica, in analogia con quanto si è opportunamente verificato per il rinnovo delle convenzioni, e che le Regioni dichiarino la disponibilità ad assumere aziendalmente gli oneri delle prestazioni eseguite oltre il normale orario di lavoro.

MOBILITÀ – L'Anaa Assomed è contraria alla possibilità prevista dalla proposta Aran di limitare il diritto di mobilità nel caso di partecipazione a particolari corsi di formazione, a meno che non venga esplicitato che:

- si tratta di "straordinari, corsi di formazione o di aggiornamento"
- che il costo totale della partecipazione e frequenza a tali corsi è a totale carico dell'azienda
- che tale impegno sia richiesto formalmente prima dell'ammissione a tale corso "straordinari"
- che la sottoscrizione di tale impegno sia volontaria

da parte del dirigente.

Inoltre, pur non essendo contrari in linea di massima al principio secondo cui un dirigente neoassunto in caso di carenza di organico non può accedere alla mobilità se non dopo due anni, deve essere esplicitato in base a quale criterio oggettivo tale "perdurante situazione di carenza" viene considerata, visto che comporterebbe l'abolizione temporanea di un diritto individuale.

FORMAZIONE-ECM – L'Anaa Assomed chiede che la materia venga normata sulla base di tre direttrici: 1) devono essere stabiliti in termini definitivi gli oneri da porre a carico delle Aziende; 2) non possono essere in alcun modo previste forme di penalizzazione – comunque da pattuire in una normativa nazionale – dal momento che il programma Ecm è tutt'ora in fase sperimentale e privo, quindi, di una compiuta regolamentazione; 3) anche la formazione facoltativa che risponde ai bisogni del dirigente nell'esercizio delle proprie attività professionali deve essere finanziata dall'Azienda.

GUARDIE – L'Anaa Assomed, nel rivendicare il dovere in capo ai dirigenti di assicurare la continuità assistenziale 24 ore su 24, indica alcuni criteri indispensabili ad una delicata e complessa organizzazione dei servizi, fonte di grande responsabilità verso i pazienti e di un notevole disagio per i professionisti: 1) la guardia deve essere svolta durante l'orario di lavoro e l'eventuale eccedenza oraria, che in particolari e determinati casi può verificarsi, deve prevedere uno specifico recupero orario; 2) i livelli minimi di organizzazione devono prevedere che il servizio di guardia (interdipartimentale, dipartimentale o di unità operativa) sia garantito a tutti i pazienti in degenza ordinaria; 3) individuare le attività di diagnosi e cura che obbligatoriamente devono prevedere la guardia di unità operativa; 4) il servizio di guardia va economicamente incentivato con una specifica retribuzione aggiuntiva; 5) in carenza di organico, per eccezionali esigenze di servizio, anche le attività di guardia possono essere remunerate, al di fuori dell'orario di servizio, come attività libero professionale aziendale così come previsto dall'articolo 55 comma 2 del Ccnl vigente.

PRONTA DISPONIBILITÀ – Nell'ambito della riorganizzazione del servizio di continuità assistenziale, l'Anaa Assomed propone i seguenti criteri: 1) il superamento della vecchia distinzione tra pronta disponibilità integrativa e sostitutiva con l'abolizione della seconda; 2) la stessa pronta disponibilità di supporto alla guardia va trasformata in guardia attiva quando l'impegno lavorativo in corso di reperibilità supera un certo tetto, conteggiata nell'unità di tempo definita; 3) anche per la pronta disponibilità è da prevedere un incremento economico della specifica retribuzione.

VERIFICHE – L'Anaa Assomed propone di separare in due distinti articoli le due differenti verifiche a cui sono sottoposti i dirigenti ovvero quelle connesse alla retribuzione di risultato (annuale) in capo al nucleo di valutazione e quelle tecnico professionali (a fine incarico) di competenza del collegio tecnico. È stato inoltre richiesto all'Aran di chiarire i soggetti e le procedure delle verifiche di prima e seconda istanza e in particolare sono state poste alcune riserve sugli effetti di una valutazione negativa.

S.P

LE REGIONI TROVANO L'ACCORDO SUL RIPARTO 2005, MA MANCA ANCORA L'INTESA CON IL GOVERNO

Prima i criteri e poi molti "riequilibri"

Per non penalizzare troppo le Regioni meridionali sono stati utilizzati i fondi destinati al ripiano dei debiti 2001-2003. Ma l'intesa con il Governo è stata rinviata, perché l'esecutivo, malgrado l'imminente scadenza elettorale, vorrebbe varare il ripiano insieme ad un nuovo accordo Stato-Regioni che sostituisca quello dell'8 agosto 2001

di Eva Antoniotti

La Finanziaria 2005 ha assegnato alla sanità oltre 88 miliardi di euro, cui si aggiungono i due miliardi tondi destinati a colmare i debiti accumulati nel periodo 2001-2003. Una cifra consistente che lasciava pensare che le Regioni avrebbero trovato senza difficoltà un accordo per la ripartizione delle somme tra loro, magari limitandosi a riapplicare le percentuali assegnate a ciascuna lo scorso anno.

Ad agitare le acque, nei saloni dell'albergo romano dove il 27 e 28 gennaio scorsi si sono riuniti presidenti e assessori per una seduta dedicata esclusivamente alle risorse per il sistema sanitario, è arrivata invece la proposta di ripartizione formulata dal ministero della Salute.

La prima novità della proposta del ministero è nella fonte di riferimento per calcolare la popolazione residente in ciascuna Regione: non più i dati Istat 2001, ma quelli aggiornati al 1° gennaio 2004. Un cambiamento che sposta in modo considerevole le risorse a favore delle Regioni del nord, dove si registra un continuo incremento di abitanti e dove si localizzano in massima parte anche i "nuovi" cittadini regolarizzati in base alla legge sull'immigrazione. Il secondo elemento di novità riguarda i criteri per la determinazione delle quote pro capite: secondo il ministero tutte le voci misurabili sulla base del Nsis, il sistema informatizzato gestito dallo stesso ministero che raccoglie i dati sanitari del Paese, dovevano essere finanziate per quota capitaria pesata in base all'età, mentre per quelle non misurabili si sarebbe utilizzata la quota capitaria secca. In sostanza assistenza ospedaliera e specialistica ambulatoriale (rispettivamente il 45 e il 13% della spesa complessiva) avrebbero avuto un peso crescente vincolato alla presenza di popolazione anziana, ma la prevenzione (5% del totale), la medicina di base (6,9%) e le altre forme di assistenza territoriale (17,1%) sarebbero state coperte con una quota capitaria indipendente dall'età. Discorso a parte per l'assistenza farmaceutica, fissata al 13% della spesa complessiva dalla stessa legge di bilancio dello Stato.

Applicando i criteri proposti dal ministero, si otteneva una suddivisione fortemente penalizzante per le Regioni del Sud, per le quali erano ridottissimi gli incrementi di finanziamento rispetto allo scorso anno. Dopo le consuete scaramucce, con schieramenti contrapposti su base più geografica che politica, si è fatta strada una soluzione mediatrice, formulata in prima battuta dall'assessore alla sanità toscana Enrico Rossi. Questa ipotesi, che ha raccolto il consenso di tutte le Regio-

ni del Centro-Sud, è stata poi limata e corretta fino alla formulazione definitiva che corrisponde alle tabelle presentate al ministero della Salute e messe all'ordine del giorno della Conferenza Stato Regioni.

LA SOLUZIONE DELLE REGIONI

Per metà della somma disponibile si è applicata la formula proposta dal ministero, mentre per la metà rimanente si sono riprese le percentuali utilizzate per il Riparto 2004. Ma la soluzione vera è stata nell'impiegare i fondi destinati a ripianare i disavanzi 2001-2003, ovvero 2mila miliardi, come se si trattasse di un fondo di riequilibrio, che con lo scadere dell'Accordo Stato Regioni del 2001 non è più previsto. Stornati 50 milioni per l'Ospedale Bambino Gesù e altri 550 per Irccs, Policlinici universitari e aziende miste, sono rimasti 1.400 milioni, suddivisi in modo da portare tutte le Regioni ad un incremento minimo del 9% in più rispetto allo scorso anno. In sostanza, come si vede bene nella tabella che pubblichiamo, si è fatto in modo che le Regioni meridionali, a cui va aggiunto il Lazio, non ricevessero un colpo troppo forte, che avrebbe reso difficilissima la gestione dei servizi sanitari. Il riparto concordato tra le Regioni avrebbe dovuto essere approvato in forma definitiva nel corso della Conferenza Stato Regioni fissata per il 10 febbraio scorso, "sconvocata" invece dal ministro La Loggia, su richiesta degli stessi rappresentanti regionali che

non intendevano acconsentire alla richiesta del Governo, secondo la quale il riparto 2005 doveva legarsi ad un nuovo Accordo Stato Regioni, in sostituzione di quello dell'8 agosto 2001. In un comunicato siglato da Enzo Ghigo e Vasco Errani, presidente e vicepresidente della Conferenza dei presidenti regionali, si sottolinea la necessità di arrivare rapidamente alla definizione dei fondi spettanti a ciascuna Regione per "fornire certezze finanziarie alle aziende sanitarie e ospedaliere", senza che ciò sia vincolato al dibattito di più ampia portata per il rinnovo dell'Accordo che, si legge nella nota, "necessita di un'approfondita concertazione istituzionale per raggiungere posizioni unitarie ed obiettivi comuni". Se l'imminente scadenza elettorale di aprile consiglierà il Governo a sospendere la richiesta di un nuovo Patto, il Riparto 2005 potrebbe essere apoprovato definitivamente e senza ulteriori modifiche dalla Conferenza Stato-Regioni ai primi di marzo, anche se restano da chiarire alcuni calcoli sulle fonti di finanziamento. In una nota della presidenza del Consiglio, infatti, si sottolinea come i gettiti provenienti da Irap e addizionale Irpef (corrispondenti a circa il 42% del totale del finanziamento in sanità) abbiano un "andamento erratico", ovvero fortemente oscillante, circostanza che potrebbe mettere in seria difficoltà i bilanci regionali.

Sempre che i calcoli sulla quota di risorse provenienti da si concludano rapidamente. I ritardi dei contribuenti, infatti, producono, come si legge.

RIPARTO 2005: LA PROPOSTA DELLE REGIONI

	Totale per cassa alle Regioni (compresi contratti e medicina penitenziaria)	Percentuale cassa	Riparto quota disavanzi progressi	Totale risorse per Regioni
Piemonte	6.462.317.660	8,18	58.898.309	6.521.215.969
Valle d'Aosta	81.373.335	0,10	0	81.373.335
Lombardia	13.746.038.026	17,40	117.379.700	13.863.417.726
Bolzano	431.352.576	0,55	0	431.352.576
Trento	358.649.319	0,45	0	358.649.319
Veneto	6.757.714.215	8,56	76.046.401	6.833.760.616
Friuli	862.052.633	1,09	0	862.052.633
Liguria	2.553.976.619	3,23	54.005.093	2.607.981.712
Emilia Romagna	6.457.729.397	8,18	56.335.662	6.514.065.059
Toscana	5.562.190.001	7,04	43.470.231	5.605.660.232
Umbria	1.331.850.483	1,69	11.209.117	1.343.059.600
Marche	2.218.182.404	2,81	20.690.097	2.238.872.501
Lazio	7.579.634.533	9,60	237.901.321	7.817.535.854
Abruzzo	1.926.936.543	2,44	17.990.885	1.944.927.428
Molise	485.362.046	0,61	5.025.980	490.388.026
Campania	7.545.932.012	9,55	337.754.818	7.883.686.830
Puglia	5.525.642.174	7,00	131.173.250	5.656.815.424
Basilicata	811.278.050	1,03	14.466.860	825.744.910
Calabria	2.683.300.738	3,40	82.621.465	2.765.922.203
Sicilia	3.827.523.365	4,85	107.449.581	3.934.972.946
Sardegna	1.583.756.648	2,01	27.581.232	1.611.337.880
B. Gesù	158.353.903	0,20	0	158.353.903
A.c.i.s.m.o.m.	32.763.761	0,04	0	32.763.761
Totale	78.983.910.441	100,00	1.400.000.000	80.383.910.441

A COLLOQUIO CON MARIA ELISABETTA ALBERTI CASELLATI, NUOVA SOTTOSEGRETARIA ALLA SALUTE

“Dopo la reversibilità, il prossimo passo sarà il governo clinico”

Tra le deleghe assegnate ad Elisabetta Casellati ci sono anche le “professioni sanitarie con lauree specialistiche relativamente all’area dei medici, odontoiatri, chimici, biologi, fisici e psicologi”. Per questo la neosottosegretaria alla Salute ha messo subito in agenda un incontro con i sindacati medici più rappresentativi e sul rinnovo del contratto dice: “Le istanze dei medici sono giuste, ma dobbiamo trovare una soluzione politica”

di Eva Antoniotti

Maria Elisabetta Alberti Casellati è in Forza Italia fin da quando Silvio Berlusconi annunciò la sua discesa in campo e si è sempre occupata di sanità: nel '94 era presidente della Commissione Sanità del Senato, dal '96 al 2001 responsabile del Dipartimento Sanità di Forza Italia, partecipando sempre attivamente alla stesura dei testi di legge e dei programmi della Casa delle libertà in materia. La norma che ha portato alla reversibilità dell’opzione di rapporto esclusivo con il Ssn, infatti, porta la sua firma e lei stessa annuncia la volontà di intervenire personalmente per sostenere l’approvazione delle norme sul “governo clinico”, ferme per ora in Commissione alla Camera. Obiettivo dichiarato, smantellare la riforma Bindi, portatrice di centralismo e statalismo. Malgrado la senatrice minimizzi la portata politica della sua nomina, che definisce “di rinforzo”, la scelta sembra rivolta a riequilibrare i rapporti interni al ministero della Salute, bilanciando la presenza politica del sottosegretario Cursi, molto orgogliosamente targato An.

Senatrice Casellati, come mai la sua nomina arriva solo ora? È stato un modo per riequilibrare le forze interne alla Cdl?

Non c’è stato bisogno di riequilibrare niente perché Cursi ha fatto bene sino ad oggi. Ma la sanità è un campo talmente vasto che più rinforzi ci sono e meglio è. Anche senza voler valutare le nuove competenze previste in Finanziaria, il ministero della Salute ha compiti vastissimi.

Il ministro Sirchia sembra volersi occupare più della salute e delle campagne di informazione rivolte ai cittadini che di sanità, intesa come organizzazione del Ssn. Lei condivide questa impostazione?

Il ministro Sirchia, per la prima volta nella storia, ha dato un impulso diverso, più vicino alle indicazioni dell’Oms, occupandosi di prevenzione, stili di vita. Certo, intervenire in questo campo non è facile perché i cambiamenti di carattere culturale sono lenti e proprio per questo i politici che si sono succeduti al ministero non se ne sono occupati, preoccupati che il feedback fosse troppo lungo. Invece questo ministro spende molto in prevenzione, che considera non un costo, ma un investimento. È proprio un capovolgimento, quasi epocale, del modo di intendere questo ministero.

Certo non bisogna trascurare la struttura del Ssn e proprio un mio provvedimento è intervenuto recentemente su una questione nodale, reintroducendo la reversibilità della scelta di esclusività.

Lei d'altronde ha sempre detto di voler “cancellare” la riforma Bindi.

Quello è stato un primo atto di abbattimento di una rifor-

ma che abbiamo sempre criticato, a voce molto alta. Il secondo passo è nel ddl sul “governo clinico” attualmente alla Camera: un segnale di cambiamento di rotta rispetto a un’impostazione molto autoritaria, dirigista e piramidale. Oggi proponiamo un’impostazione completamente diversa che si fonda sul governo clinico, da una parte, e sulla libera scelta dell’utente, dall’altra. È una rivoluzione anche questa, che capovolge scelte che noi abbiamo sempre contestato.

Questi cambiamenti produrranno novità anche nei servizi offerti ai cittadini?

Cambia la filosofia. Avevamo iniziato questo progetto di modifica nel '94, affidando ai direttori generali il governo delle aziende, ma poi tutto era rimasto “intrapopolato” dalla riforma Bindi. Ora, accanto al direttore generale che ha il compito di gestire e organizzare l’azienda, vorremmo porre un “direttore clinico”, che dovrà coordinare le diverse professionalità e la stessa organizzazione medica. È una figura che dovrà dare di nuovo fiato alle professionalità mediche che ci sono, e sono di qualità, ma spesso vengono oppresse da una organizzazione che non li valorizza.

Eppure i sindacati medici non hanno accolto questo ddl con entusiasmo.

Sto cominciando a parlare con loro e

Senatrice Maria Elisabetta Alberti Casellati,
nuova sottosegretario alla Salute



voglio capire, perché invece credo che sia un tributo a loro e al cittadino, che si troverà di fronte un medico motivato e valorizzato nella sua professionalità.

I medici non sembrano aver utilizzato molto neanche la nuova norma sulla reversibilità, visto che si è registrato solo un 1% di cambiamenti.

Siamo solo all'inizio e poi l'importante è il principio. Non capisco perché un medico, se a un certo punto della sua vita fa una scelta professionale, debba rimanere intrappolato per sempre. Finora, per dirlo con una battuta, di irreversibile nella vita c'erano solo la morte e la scelta della Bindi.

La trattativa per il rinnovo del contratto della dirigenza medica, scaduto da oltre tre anni, è ancora in alto mare. I sindacati accusano il Governo e le Regioni di non recepire nessuna delle loro richieste, soprattutto per quanto riguarda la parte normativa e il secondo biennio economico. Visto che tra le sue deleghe ci sono proprio le professioni sanitarie, come pensa di intervenire?

Ho già incontrato tutti i sindacati, ho ascoltato le difficoltà e credo che le istanze dei medici siano giuste. La soluzione ponte copriva il primo biennio economico, già finanziato con la Finanziaria 2003, ma ora stiamo cercando di affrontare tutta la questione dal punto di vista politico, anche se ancora non siamo arrivati ad un punto di definizione. Intorno a questo stiamo cercando di lavorare.

È appena stata firmata la Convenzione per la medicina territoriale. Qual è la sua opinione sull'Accordo?

Siamo molto soddisfatti dei risultati raggiunti con i medici di medicina generale. D'altra parte, il nostro sguardo è rivolto al cittadino e il fatto che i medici del territorio oggi formino delle associazioni che permettano di fornire assistenza 24 ore su 24 significa offrire migliori opportunità di assistenza. Il primo punto di riferimento per il cittadino torna così ad essere il medico di famiglia, che si alternerà con altre figure sanitarie per coprire l'arco temporale delle 24 ore. La medicina del territorio è un settore da valorizzare, specialmente oggi, con l'aumento della popolazione anziana. Si tratta di strutturare i servizi a seconda dei reali bisogni e far sì che la persona malata sappia fin da subito a chi rivolgersi: i medici di medicina generale dovranno diventare gli accompagnatori dei cittadini lungo tutto il percorso assistenziale, dalla diagnosi al ricovero, fino alla fase di ritorno a casa.

Tutt'ora, in Italia, esistono buoni servizi sanitari che sono però ostacolati da un'organizzazione a compartimenti stagni, in cui gli operatori sanitari non co-

municano. Credo sia invece necessario dare vita a un sistema circolare, che ruoti intorno alle esigenze del paziente.

Questa visione riguarda anche gli specialisti ambulatoriali?

È la stessa filosofia, che si fonda sulla proposta federalista. Questa legislazione punta a un obiettivo fondamentale: mettere al centro del sistema la persona e le sue esigenze.

Nella fase di trattativa per il rinnovo delle Convenzioni i sindacati temevano molto un eccesso di federalismo che rendesse inconsistente l'Accordo nazionale. È una preoccupazione che lei comprende?

È necessario chiarire ancora una volta cosa sia il federalismo. Si sente spesso dire che comporterà la creazione di "20 sanità", ma devo rispondere che queste "20 sanità" esistono già. La Riforma Bindi ha dato il via a una sanità che, indipendentemente dalla domanda, offre gli stessi servizi in qualsiasi zona d'Italia; la sanità, però, non è un atto amministrativo che si possa distribuire indipendentemente dal bisogno. I servizi vanno valutati in relazione alle necessità e attuare il federalismo significa proprio distribuire i servizi in base alle esigenze di un determinato territorio. Del resto una Regione con molti anziani, come il Veneto, ha bisogno di una strutturazione diversa da quella necessaria ad esempio in Sicilia, dove la popolazione è in media più giovane.

Nel dibattito per la ripartizione del Fondo sanitario nazionale

spesso le Regioni con la popolazione più anziana chiedono di ricevere quote maggiorate, mentre le Regioni "giovani" chiedono di tener conto anche del disagio sociale, come ad esempio l'elevato tasso di disoccupazione, che fa comunque alzare i costi della sanità.

I disagi sociali comportano per la sanità costi elevatissimi. D'altra parte si cerca anche di elevare la qualità della vita. Ma le tecnologie costano, così come l'assistenza agli anziani e ai cronici, e non è facile trovare i fondi per finanziare tutti i settori.

Credo che anche questo dovrebbe far parte dell'autonomia delle Regioni. Il Veneto, ad esempio, ha istituito un fondo speciale per erogare circa un milione di vecchie lire alle famiglie che assistono un malato di Alzheimer in casa, che è poi il luogo in cui i pazienti possono ricevere un trattamento più umano e personalizzato.

Io sono favorevole a coprire attraverso Fondi specifici tutte queste fasce di popolazione, ma ritengo anche debbano essere fondi regionali piuttosto che un Fondo del ministero.

Le Regioni lamentano però l'inadeguatezza del Fsn,

Reintrodurre la reversibilità della scelta di esclusività è stato il primo atto di abbattimento di una riforma che abbiamo sempre criticato, a voce molto alta. Il secondo passo è il Ddl sul governo clinico

anche se quest'anno ha avuto un discreto incremento. Questo significa che le nuove aree di intervento non possono comunque essere affrontate senza nuovi finanziamenti.

È vero, ma bisogna anche ricordare che, rispetto al precedente Governo, abbiamo alzato la quota del Pil per la sanità dal 5,1% al 6,5%. Un incremento forte, che ci ha avvicinato alla media europea.

Quali obiettivi si è data, assumendo questo nuovo incarico?

Vorrei capire quali sono le vere priorità e partecipare personalmente ai percorsi di cambiamento, come quello che ora si avvierà per la medicina generale. Poi vorrei intervenire per rispondere anche i bisogni più semplici ma ugualmente necessari, come, ad esempio, organizzare una rete di trasporto per accompagnare le persone anziane a fare le analisi, o al Pronto soccorso e così via. In sintesi, realizzare un sistema socio-sanitario in cui tutte le professionalità siano in comunicazione tra loro.

Il presidente Berlusconi ha spesso affermato di voler garantire i servizi ai cittadini più bisognosi. Questo può voler dire che non saranno più garantiti a tutti coloro che hanno maggiori disponibilità economiche?

Questo rischio non è contemplato. Si tratta solo di tendere una mano a quella che si ritiene la fascia più debole, sia dal punto di vista dell'informazione sia da quello dell'accesso ai servizi.

Vogliamo riservare loro una particolare attenzione, ma senza dimenticare gli altri, perché il Ssn è, e resta, un servizio di tutti.

Riguardo l'opuscolo sul corretto uso dei farmaci inviato nelle case degli italiani, alcuni hanno ritenuto che esso caricasse i cittadini di una responsabilità che non è la loro. Qual è, a suo parere, il significato di questa iniziativa?

Credo che il presidente Berlusconi e il ministro Sirchia abbiano preso un'ottima iniziativa, che non vuole criminalizzare nessuno ma soltanto invitare i cittadini a fare un atto di autocoscienza e responsabilizzazione in ordine ai farmaci.

Del resto, una volta che viene prescritto il farmaco, sta alla persona farne buon uso. L'opuscolo vuole ricordare che il medicinale ben usato fa bene, mentre male usato può portare conseguenze anche gravi. Non c'è, nella lettera di Berlusconi, neanche una nota contro i medici che prescrivono, ma semplicemente un invito ai cittadini all'uso giusto del farmaco. Se poi un uso oculato porta anche dei risparmi, questo può offrire l'opportunità di spostare alcuni farmaci innovativi in fascia C piuttosto che lasciarli a pagamento.

Cosa significa essere una donna in politica?

Delle donne viene spesso apprezzata la praticità. C'è un approccio diverso ai problemi, che la donna apprende nel gestire quotidianamente le piccole questioni in famiglia. Un modo diverso di affrontare i problemi e quindi di relazionarsi con le persone. In questo senso, una donna in sanità può portare una maggiore propensione a capire e rispondere ai problemi della gente.

segue dalla prima

ANCORA NON CI SIAMO

Non ci stancheremo mai di ripetere che questa è una strada sbagliata, frutto di analisi sbagliate (chi ha mai dimostrato una bassa produttività del sistema?) nella ricerca di obiettivi sbagliati (delirio quantitativo senza alcuna attenzione alla qualità) con strumenti sbagliati (controlli, verifiche, punizioni, licenziamenti).

In ambienti di lavoro così delicati, con competenze professionali così specifiche e con responsabilità così elevate, l'unica strada è quella del coinvolgimento responsabile dei medici nella identificazione degli obiettivi e degli strumenti per raggiungerli. Ogni altra strada è destinata all'insuccesso e per di più distruggerà nei medici quel senso di appartenenza aziendale che in pochi ci ostiniamo a voler costruire.

L'Anaa Assomed è da sempre portatrice di una cultura dei diritti e dei doveri dei medici che si radica in una cultura della responsabilità nei confronti dei cittadini. Non siamo statalisti né sovietici, semplicemente riteniamo che uno Stato,

per assolvere ai suoi doveri fondamentali debba fornire ai propri cittadini alcuni servizi essenziali che li rendano uguali nei diritti e nelle possibilità. Sanità, Scuola e Previdenza sono i pilastri dei diritti di cittadinanza.

Il nostro impegno da sempre è di operare per un Ssn efficiente ed efficace.

Il contratto nazionale è uno strumento fondamentale per la vita del Ssn e di chi vi opera. È un nostro diritto rinnovarlo. Ci batteremo insieme con tutte le forze per ottenere questo risultato.

Serafino Zucchelli

LA SANITÀ PER LA PROVINCIA AUTONOMA DI TRENTO

Trento

Rivedere la rete ospedaliera e territoriale

UNA REALTÀ POLITICA, GEOGRAFICA ED EPIDEMIOLOGICA CHE RICHIEDE STRATEGIE IN GRADO DI GARANTIRE UN'ASSISTENZA CAPILLARE ED EFFICACE ALLA POPOLAZIONE RESIDENTE ED ANCHE ALL'ALTO FLUSSO DI TURISTI. E SE IL GOVERNO LOCALE È ATTENTO AGLI STILI DI VITA DEI TARENTINI (LA LEGGE CONTRO IL FUMO QUI È IN VIGORE DA ANNI), FORSE È ARRIVATO IL MOMENTO DI AGGIORNARE LA RETE DEI SERVIZI, ORGANIZZANDO UN'ASSISTENZA SUL TERRITORIO IN GRADO DI AFFIANCARE EFFICACEMENTE L'OSPEDALE DI TRENTO, ATTUALMENTE CENTRO ASSOLUTO DELLA SANITÀ PROVINCIALE

di Lucia Conti

La Provincia Autonoma di Trento presenta delle caratteristiche che ne fanno un territorio particolare sia dal punto di vista geografico, che epidemiologico, dato l'alto livello di popolazione sia giovane che anziana. L'espletamento delle attività e l'erogazione delle prestazioni di prevenzione, cura, riabilitazione e medicina legale proprie del Servizio sanitario provinciale è inoltre assegnata ad un'unica Azienda sanitaria, la cui dimensione in termini di popolazione assistita è maggiore di quasi il 50% rispetto a quella media nazionale.

L'Azienda provinciale per i servizi sanitari si articola in 13 distretti sanitari, i cui ambiti territoriali coincidono con la suddivisione amministrativa degli 11 Comprensori, ad eccezione di quello della "Valle dell'Adige", che è stato suddiviso in tre distretti sanitari. I distretti sanitari comprendono un numero di Comuni variabile dai 7 ai 40, nonché bacini demografici diversificati che vanno dai 9.836 abitanti ai 160.948.

L'OFFERTA SANITARIA

Le attività e le prestazioni che il Servizio sanitario provinciale garantisce possono essere ricondotte a tre livelli:

1° livello (Assistenza sanitaria collettiva in ambienti di vita e di lavoro): comprende tutte le attività di promozione della salute, di prevenzione delle malattie e delle disabilità e di generale miglioramento della qualità della salute e della vita, attraverso la rimozione delle cause e dei fattori di rischio per la salute umana presenti nei vari contesti ambientali in cui si svolge la vita del singolo e della comunità.

2° livello (Assistenza distrettuale): i medici di medicina generale ed i pediatri di libera scelta operanti in ambito provinciale coprono in modo sostanzialmente uniforme il territorio della Provincia. Ciascun medico di medicina generale operante in provincia di Trento ha in carico mediamente 1.094 assistiti; ciascun pediatra di libera scelta circa 1.000 assistiti. I poliambulatori specialistici, ospedalieri e territoriali, sono 22, dislocati in tutti i distretti ad eccezione di quello della Valle di Cembra. Esistono, poi, altri servizi con sede territoriale, come Rsa, strutture residenziali per portatori di handicap e per malati psichiatrici, strutture per tossicodipendenti. Questo livello assistenza distrettuale ha assorbito nel 2002 una spesa di 376.949.000 euro e, nel 2003, circa il 44,5% della spesa sanitaria provinciale complessiva.

3° livello (assistenza ospedaliera): comprende l'attività di urgenza-emergenza e l'attività di assistenza ospedaliera in regime di ricovero ordinario e diurno. L'assistenza ospedaliera in regime di ricovero è garantita dalla rete provinciale di istituti di cura che evidenzia come la disponibilità di posti letto ospedalieri in provincia di Trento è più alta rispetto alla media nazionale: 5,3 per mille abitanti contro il 5,0 (nel 2001=5,5 contro il 5,1 nazionale).

LE RISORSE UMANE

Si traccia ora un sintetico quadro delle risorse umane che rendono possibile l'erogazione del servizio sanitario in Provincia.

Nel 2002 la consistenza complessiva del personale si è attestata intorno alle 6.700 unità (con un incremento di 29 unità rispetto al 2001): il 15% circa è rappresentato da dipendenti con qualifiche dirigenziali (medici, veterinari, biologi, psicologi) mentre il 12% svolge mansioni di carattere amministrativo.

Il personale del ruolo sanitario (personale infermieristico, tecnici di laboratorio e di radiologia, personale della riabilitazione, ecc.) – con l'esclusione dei dirigenti – rappresenta il 48% circa del totale, mentre il personale del ruolo tecnico (informatici, statistici, operatori tecnici addetti all'assistenza e ai servizi economici, ausiliari ecc.) si assesta intorno al 25% del totale.

In Trentino, il rapporto fra personale dipendente e popolazione residente fa registrare un valore piuttosto elevato: esso infatti è pari a 157 dipendenti ogni 10.000 abitanti a fronte di un valore dell'analogo rapporto a livello nazionale pari a 129,9.

LA MOBILITÀ SANITARIA

Le caratteristiche geografiche del territorio trentino favoriscono in parte il fenomeno della migrazione sanitaria, tanto che, nel 2002, quasi 16.000 trentini si sono rivolti agli ospedali della Provincia di Bolzano, del Veneto o della Lombardia per una diagnosi o un intervento chirurgico, mentre oltre 11.000 persone di fuori provincia erano state ricoverate lo stesso anno nelle strutture sanitarie trentine. Il numero dei ricoveri di trentini in ospedali extraprovinciali rappresentava, infine, il 16,08% del totale dei ricoveri sanitari del 2002 e il saldo, inteso come debito, della mobilità sanitaria, per il 2002 era balzato ad oltre 12 milioni di euro (su 812 milioni di spesa corrente sanitaria) dopo essersi mantenuto sui circa 6 milioni di euro negli anni compresi tra il 1995 e il 2001. Un dato che solo in parte è mitigato dalla correzione dovuta al contenzioso tra Regioni relativo alle tipologie di prestazioni sanitarie erogate. Dall'altra faccia della medaglia, vale a dire i pazienti che scelgono il Trentino per venire a farsi curare nelle sue strutture ospedaliere, emergeva che il 75% dei pazienti non residenti che si erano ricoverati in Trentino proveniva dal Veneto (31%), dalla Lombardia (30%) e dalla vicina Provincia di Bolzano (14%), per un totale di circa 12.000 ricoveri.

"L'analisi dei flussi della mobilità sanitaria – aveva spiegato l'assessore alla Sanità, Remo Andreolli, in una conferenza stampa – è condizione necessaria per conoscere la domanda e la qualità percepita del Servizio sanitario provinciale e conseguentemente per assumere decisioni strategiche di pianificazione e programmazione sanitaria".

LE LINEE POLITICHE DI SALUTE

I principi di riferimento, lo scenario, gli obiettivi strategici, i temi prioritari di intervento e gli strumenti a disposizione: sono queste le aree in cui si suddividono le linee guida programmatiche di legislatura in materia di politiche della salute,

approvate a novembre dalla Giunta su proposta dell'assessore Andreolli.

Nel documento si ribadiscono i principi di riferimento che devono orientare le scelte, primo fra tutti la convinzione che la salute e la qualità della vita sia una priorità ed un diritto fondamentale. Ne conseguono i principi di equità nella salute, nell'accesso e nel trattamento da parte dei servizi sanitari, che si consegue anche attraverso la partecipazione e la responsabilizzazione dei cittadini e degli operatori sanitari, come pure grazie ad un approccio intersettoriale e l'integrazione socio-sanitaria.

Buona parte del documento è riservata alla definizione dei principali obiettivi strategici: si va dalla promozione della salute e prevenzione delle malattie (con particolare riguardo alla lotta al tabagismo, all'abuso di alcol, ma anche alla prevenzione degli infortuni) alla comunicazione, dal sistema dei servizi (sempre più orientati alla logica di "rete") alla qualità delle risorse umane e quindi alla formazione, dalla ricerca alla qualificazione delle strutture sanitarie.

Prioritari gli interventi per ridurre i tempi di attesa per le prestazioni diagnostiche e specialistiche (si pensa alla diffusione della rete Tac e del modello "Rao – Raggruppamenti di attesa omogenei"), come pure quello volto a perfezionare il sistema che fa fronte alle emergenze (con potenziamento della rete del pronto soccorso e degli interventi di formazione). Altri temi sono l'attivazione di nuove specialità, i consulenti, dei servizi per le persone non autosufficienti e le cure palliative.

LA LEGGE CONTRO IL FUMO

Occorre ricordare che la legge contro il fumo esiste in Trentino già dal 2001, 4 anni prima che diventasse una norma

Provincia Autonoma di Trento

Popolazione residente al 1 gennaio 2001	477.859
Aziende Usl	1
Ospedali a gestione diretta	11
Ospedali classificati	2
Case di cura accreditate	5
posti letto pubblici	2.614
Posti letto privati accreditati	368
Ambulatori e laboratori pubblici	64
Strutture residenziali pubbliche	1
Ambulatori e laboratori privati	12
Strutture residenziali private	50

Fonte: dati Sis – anno 2000

nazionale. Ma il Trentino ha deciso di andare oltre. Forte dei buoni risultati ottenuti dalla legge precedente, ha deciso di estendere il divieto ad altri ambiti: negozi, alberghi, attività ricettive extralberghiere, rifugi, agritur, negli esercizi di intrattenimento e svago e in tutti gli altri locali chiusi accessibili al pubblico. Non solo: la nuova legge stabilisce il divieto di fumo anche in tutti i luoghi aperti di pertinenza degli asili nido, delle scuole materne e nelle scuole di ogni ordine e grado oltre che delle strutture adibite ad ospitare soggetti di età inferiore ai 18 anni.

ACCREDITAMENTO

In tema di accreditamento la provincia autonoma di Trento ha adottato nel 2000 un regolamento che definisce i requi-

siti minimi per l'autorizzazione e indica, in generale, le procedure per il rilascio dell'autorizzazione e dell'accREDITAMENTO delle strutture sanitarie e socio-sanitarie pubbliche e private (Dpgo n. 30-48 del 2000, in attuazione della L.p. n. 3 del 1998).

Sull'autorizzazione, il regolamento recepisce i requisiti minimi previsti nel Dpr 14 gennaio 1997 e fornisce specificazioni sui requisiti di alcune strutture (centri residenziali di cure palliative; case alloggio per i malati di Aids; servizi di assistenza alle persone dipendenti da sostanze di abuso; gli stabilimenti idrotermali). Sulle procedure, il Comune è responsabile del rilascio dell'autorizzazione per le strutture ambulatoriali private e per gli studi odontoiatrici, mentre la provincia per le altre

strutture. Per la verifica del possesso dei requisiti, i Comuni e la Provincia si avvalgono del servizio di igiene e sanità pubblica dell'unica azienda Usl della provincia. Per l'accREDITAMENTO è stata istituita un'apposita commissione tecnico-consultiva (art. 17 del regolamento), con il compito di formulare proposta alla Giunta sui requisiti ulteriori di qualità e sui criteri di verifica. Successivamente la commissione avrà compiti valutativi sulla sussistenza dei requisiti stessi.

Le informazioni relative alla scheda sull'accREDITAMENTO sono tratte dal numero 2 anno 1 di Monitor, bimestrale dell'Agenzia per i Servizi Sanitari Regionali (Assr)

L'autonomia provinciale si ispira al contratto nazionale

**INTERVISTA A ROMANO NARDELLI,
SEGRETARIO PROVINCIALE
ANAO ASSOMED**

Dottor Nardelli, ritiene che la sanità trentina possa rappresentare un modello di riferimento?

Quando ho la possibilità di parlare con i colleghi o confrontarmi con gli altri segretari provinciali e regionali, ho la sensazione che molte cose da noi siano quasi scontate mentre da altre parti siano ancora in fase di discussione. La provincia Autonoma di Trento, d'altra parte, rappresenta una realtà particolare, a partire dal fatto che qui la devolution ha preso piede già da diversi anni, nel senso che il contratto nazionale rappresenta la nostra traccia fondamentale, però è modificabile attraverso l'inserimento di voci prettamente inerenti alla nostra realtà organizzativa. Questo modo di fare fino ad ora ha funzionato e lo può confermare il livello di qualità delle nostre strutture sanitarie.

Di che tipo di "voci" sta parlando?

Abbiamo ad esempio inserito nel nostro stipendio una voce chiamata "indennità trentina" per tutta la dirigenza al di fuori di tutti gli impegni legati al singolo obiettivo e al rapporto di risultato. È stata assegnata per sopperire alle difficoltà di reperimento di personale dirigenziale medico per le strutture periferiche, perché andare a lavorare per esempio a Cavalese, dove c'è un alto tasso turistico, è decisamente diverso che abitare a Trento o in altre realtà nazionali, sia per quantità di lavoro che per costo della vita. Certo, dal punto di vista dei contratti ci sono ancora delle cose che vorremo sistemare, come lo straordinario, che sinora non ci è stato riconosciuto ma nonostante questo si è continuato a svolgere. Sono carenze che vanno riconosciute e risolte sia dalla parte politica che dall'azienda sanitaria. Una volta sistemate una serie di irregolarità, non solo contrattuali, allora potremmo davvero rappresentare un modello.

Quali sono queste irregolarità?

In particolare l'Ospedale di Trento rappresenta un'anomalia, perché per la città è un presidio primo livello, dove viene ricoverato dall'anziano che ha la polmonite al paziente con gravi problemi di ordine cardiologico o respiratorio, quindi un aspetto dicotomico tra ospedale di primo livello e uno di secondo e terzo livello. Questa situazione spesso finisce con creare un eccesso di ricoveri che difficilmente si riesce a smaltire e a indirizzare su altre strutture periferiche. Insomma, va rivista la rete ospedaliera e sanitaria in generale.

Una provincia ad alta densità significa anche alti carichi di lavoro?

La riqualificazione del personale è uno dei punti su cui ci battiamo, perché essendo al momento impensabile chiudere alcune realtà ospedaliere periferiche ogni medico corre il rischio di trovarsi inviato a destra o a sinistra secondo le necessità dell'azienda, senza nessun riconoscimento di posizione o di tipo economico.

Qual è la situazione della sanità privata?

Da noi c'è una sola azienda sanitaria e non esiste attività privata, ma solo un paio di strutture equiparate sul lago di Garda. In Trentino la stragrande maggioranza del servizio è offerto dal

Tabella 1 - Costi pro-capite per livelli di assistenza (lire)
Anno 2001

Livelli di assistenza	Regioni (media)	P.A. Trento
A assistenza sanitaria collettiva in ambiente di vita e di lavoro	115.176	103.597
B assistenza distrettuale	1.268.163	1.396.450
* assistenza di base	157.231	166.816
-guardia medica (compresa guardia turistica)	19.290	22.164
-medicina generale	116.150	117.706
-pediatria di libera scelta	21.791	26.946
* assistenza farmaceutica	401.256	301.159
* assistenza specialistica ambulatoriale	314.390	414.747
* assistenza territoriale ambulatoriale e domiciliare	112.783	117.876
* assistenza territoriale semi-residenziale (disabili psichiatrici, diasabili fisici, psichici, tossicodip., anziani, malati terminali e persone affette da AIDS)	70.715	7.634
* assistenza territoriale residenziale (disabili psichiatrici, diasabili fisici, psichici, tossicodip., anziani, malati terminali e persone affette da AIDS):	142.115	395.942
* altro	69.673	-7.723
C assistenza ospedaliera (comprensiva di P.S.)	1.280.686	1.514.326
Totale	2.664.024	3.014.373

pubblico e il fatto che ci sia un'unica azienda fa anche sì che tutta l'attività sindacale sia concentrata in un'unica realtà. Questo facilita le cose. Inoltre, il 97% della dirigenza medica ha scelto di svolgere attività intramoenia e l'assessore si sta anche attivando per trasformare la scelta da annuale in triennale o quinquennale. Anche in questo caso, il fatto che su 870 dirigenti medici solo 19 abbiano optato per l'extramoenia semplifica il dibattito.

Può spiegare un po' più in dettaglio come è organizzato il vostro sistema sanitario?

L'ospedale di Trento è il fulcro di tutta l'attività sanitaria e mentre a livello periferico abbiamo strutture di secondo e terzo livello, come dicevo, l'ospedale di Trento fa anche attività di primo livello. L'Ospedale di Rovereto è tuttavia simile, sia come realtà organizzativa che per complessità di struttura. Poi ci sono gli ospedali di valle, ospedali periferici che coprono un bacino di utenza che in determinati periodi dell'anno è limitato a poche persone ma che con le stagioni turistiche si popolano intensamente. La realtà geografica e orografica della nostra Regione fa sì che anche se siamo meno di 500.000 abitanti, ci sia una complessità e un numero delle strutture anomalo rispetto ad altre realtà.

Avete già iniziato il dibattito per la contrattazione regionale?

Stiamo aspettando di vedere come si concluderanno le trattative con l'Anao, quindi applicheremo il contratto nazionale modificandolo alle esigenze locali. Si era discussa anche la possibilità teorica di fare un contratto provinciale autonomo, ma fino ad ora il nostro è sempre stato un contratto di caratura nazionale e, tutto sommato, l'esperienza finora è stata positiva.

Tabella 2 - Ripartizione in % dei costi dei singoli livelli di assistenza sul totale
Anno 2001

Livelli di assistenza	Regioni (media)	P.A. Trento
A assistenza sanitaria collettiva in ambiente di vita e di lavoro	4,32%	3,44%
B assistenza distrettuale	47,60%	46,33%
* assistenza di base	5,90%	5,53%
-guardia medica (compresa guardia turistica)	0,72%	0,74%
-medicina generale	4,36%	3,90%
-pediatria di libera scelta	0,82%	0,89%
* assistenza farmaceutica	15,06%	9,99%
* assistenza specialistica ambulatoriale	11,80%	13,76%
* assistenza territoriale ambulatoriale e domiciliare	4,23%	3,91%
* assistenza territoriale semi-residenziale (disabili psichiatrici, diasabili fisici, psichici, tossicodip., anziani, malati terminali e persone affette da AIDS)	2,65%	0,25%
* assistenza territoriale residenziale (disabili psichiatrici, diasabili fisici, psichici, tossicodip., anziani, malati terminali e persone affette da AIDS):	5,33%	13,14%
* altro	2,62%	-0,26%
C assistenza ospedaliera (comprensiva di P.S.)	48,07%	50,24%
Totale	100,00%	100,00%

Fonte: Assr

Certo, riguardo la bozza di contratto di cui si sta parlando, ci sono delle criticità, anche rispetto alle 38 ore, per un carico di eccessivo lavoro. Ma si parla di ore non contrattate, gratuite. E sono ore che noi non intendiamo regalare. Deve essere raggiunto un accordo diverso per mantenere i livelli qualità e di prestazioni, perché lo straordinario, la reperibilità, la pronta disponibilità, le guardie, sono tutte situazioni che vanno a gravare sulla nostra attività e dovranno essere riviste. Poi, anche se molti punti vengono discussi a Roma, le criticità si ripercuotono anche da noi. Questa non è un'oasi di tranquillità. C'è questa maggior continuità del direttore generale che ci differenzia dagli altri, un discreto scambio di idee con la dirigenza aziendale, però siamo con il contratto scaduto e una volta chiuso quello nazionale vedremo come si metteranno le cose qui da noi.

Come sono i rapporti con l'assessore?

L'assessore ricopre da poco tempo questa carica e veniva da una realtà politico-amministrativa diversa rispetto alla sanità, per cui ha chiesto del tempo per poter inquadrare la situazione. Ora siamo alla resa dei conti, lo stiamo aspettando per vedere quale strada intraprendere. Abbiamo fatto all'assessore delle richieste di basso impatto. Sono state segnalate delle problematiche e l'assessore si è reso disponibile ad affrontare anche le questioni contrattuali. La nostra azienda provinciale per la contrattazione ha già preso i contatti per discutere anche con il personale sanitario non dirigente, quindi infermieri, tecnici e via dicendo. C'è poi la questione riorganizzativa, con la nascita delle strutture semplici e di altre specializzazioni professionali. Carne al fuoco ce ne è tanta, non resta che vedere che tipo di risposte arriveranno.

LA SANITÀ PER LA PROVINCIA AUTONOMA DI BOLZANO

Bolzano

E se fosse arrivato il momento di cambiare sistema?

UNA POPOLAZIONE SANA E UN SISTEMA SANITARIO SENZA CRITICITÀ ALLARMANTI DAL PUNTO DI VISTA ORGANIZZATIVO E FINANZIARIO. TUTTAVIA, SECONDO IL SEGRETARIO ANAAO TAGNIN, SI TRATTA DI UNA SANITÀ "DECISAMENTE OBSOLETA, CHE COMINCIA A STAGNARE PERICOLOSAMENTE". E UNA CONFERMA A QUESTA AFFERMAZIONE SEMBRA ESSERE RAPPRESENTATA DAL DATATO PIANO SANITARIO PROVINCIALE, RISALENTE ORMAI AL TRIENNIO 2000-2002

di Stefano Simoni

“In Alto Adige abbiamo un sistema sanitario ben funzionante, capillare, che garantisce un'assistenza adeguata e qualificata a tutta la popolazione”. Questa l'opinione espressa dall'assessore alla Sanità della Provincia Autonoma di Bolzano, Richard Theiner, in relazione ai dati relativi al 2003, pubblicati nella quindicesima edizione della relazione sanitaria provinciale. Eppure, il segretario provinciale Anaa, Mario Tagnin, ci descrive un quadro del sistema sanitario provinciale non completamente felice, chiuso in se stesso e per questo non aggiornato alle nuove esigenze. Tanto da suggerire di ispirarsi ad altre Regioni di Italia.

Qualche dubbio, comunque, sorge anche nell'assessore, secondo il quale, nonostante i dati sul sistema dei servizi sanitari bolzanini confermino “un quadro decisamente positivo della sanità provinciale”, tuttavia “l'Alto Adige, in quanto terra di confine, corre in special modo il rischio che la popolazione residente si rivolga altrove nella richiesta di prestazioni sanitarie, e quindi l'obiettivo deve essere quello di riuscire a garantire l'assistenza medica e costi sostenibili anche alle future generazioni”. Inoltre, il Servizio sanitario provinciale deve anche restare in grado di farsi carico delle necessità di assistenza sanitaria collegate con il notevole flusso turistico, sia invernale che estivo, in aggiunta alle esigenze di tutela della salute della popolazione residente.

Gli indicatori sintetici di stato e condizioni di salute della popolazione offrono, comunque, un quadro confortante della Provincia Autonoma di Bolzano: speranza di vita alla nascita tra le più alte d'Europa; mortalità infantile ai minimi livelli; mortalità per cause violente inferiore alla media nazionale; stili di vita e condizioni di salute complessivamente confrontabili con il resto d'Italia; mortalità per malattie del sistema circolatorio e per tumore inferiore alla media nazionale.

SPESA SANITARIA

La spesa sanitaria pubblica complessiva della P.A. di Bolzano, rilevata per l'anno 2003, ammonta complessivamente a circa 1.033,208 milioni di euro pari a 2.189,86 euro pro-capite, con un incremento in termini nominali di circa 3,4% rispetto al 2002. L'incidenza della spesa corrente sulla spesa complessiva è pari al 86,3% (89,7%

nel 2002). Degli 892 milioni di euro di spesa sanitaria corrente, il 93,8% è stato speso direttamente dalle aziende sanitarie ed il restante 6,2%, tramite la Provincia per assistenza indiretta, convenzioni con l'Austria, trasporto infermi, formazione del personale.

La spesa corrente pro-capite provinciale è più alta di quella nazionale ed ha quasi raggiunto, nel 2003, 1.900 euro pro-capite. Il Servizio sanitario provinciale eroga, infatti, delle prestazioni che rientrano in livelli assistenziali aggiuntivi rispetto a quelli definiti a livello nazionale dai Lea. I rimborsi per l'assistenza odontoiatrica, ad esempio, ma anche l'ospedalizzazione a domicilio, l'assistenza protesica e i rimborsi per il parto a domicilio.

Il rapporto tra ammontare della spesa sanitaria corrente pubblica e valore del Pil per il 2003 hanno rappresentato il 7,1%, superiore, quindi, alla media nazionale. La spesa sanitaria provinciale per investimenti, invece, ha raggiunto nel 2003 circa 141,4 milioni di euro, pari al 13,7% della spesa sanitaria complessiva.

ASSISTENZA OSPEDALIERA

Il ricorso da parte degli abitanti residenti in Provincia alle prestazioni del macrolivello dell'assistenza ospedaliera è stato notevole anche se in diminuzione rispetto all'anno precedente. Sono stati rilevati complessivamente 197.509 accessi ai servizi di pronto soccorso degli ospedali pubblici provinciali. Il 16,6% di questi accessi ha comportato il successivo ricovero nella struttura ospedaliera.

La popolazione altoatesina ha usufruito nel 2003 di 80.553 ricoveri per acuti in regime ordinario ai quali si aggiungono i 19.233 ricoveri in regime diurno e i 3.575 ricoveri di riabilitazione e lungodegenza post-acuzie. Rispetto al 2002, i ricoveri ordinari sono diminuiti di 4.434 unità (pari al 5,2%), quelli in regime diurno sono aumentati di 4.676 (pari al 32,1%).

I ricoveri di riabilitazione post-acuzie in Provincia sono aumentati del 29,8% rispetto al 2002, ritornando ai livelli di produzione del 2001. Il tasso di ricovero per acuti (regime ordinario e diurno) è stato di 211,5 ricoveri per 1.000 abitanti (220,1 nel 2002), di cui 170,7 per 1.000 in regime ordinario; il tasso di ospedalizzazione appare molto superiore al valore ottimale previsto a li-

vello nazionale di 160 per 1.000 abitanti. La durata media della degenza è stata in complesso di 6,7 giorni per ricovero, 6,5 per i ricoveri in ospedali pubblici e 8,8 per i ricoveri nelle case di cura private.

La mobilità passiva dei ricoveri per acuti in regime ordinario è stata pari al 13,4% (del totale dei ricoveri dei residenti) verso strutture ospedaliere ubicate in altre aziende sanitarie della Provincia, 4,3% verso ospedali del resto di Italia, 3,6% verso l'Austria (21,3% in totale). Consistente anche il flusso di mobilità attiva riguardante i ricoveri per acuti in regime ordinario: le strutture di ricovero per acuti pubbliche e private operanti in Provincia hanno prodotto nel 2003 84.282 ricoveri, di cui 10.088 a favore di non residenti in Provincia (mobilità attiva extraprovinciale). Nel complesso, sono stati prodotti 20.885 ricoveri di mobilità attiva, pari al 24,8% della produzione totale (12,8% extraprovinciale e 12,0% intraprovinciale).

ASSISTENZA DISTRETTUALE

Il macro-livello dell'assistenza distrettuale comprende una molteplicità di tipologie di prestazioni diverse: medicina generale, pediatria di libera scelta, assistenza domiciliare, assistenza infermieristica, consultoria materno-infantile, farmaceutica convenzionata, riabilitativa residenziale, psichiatrica, psicologica, semiresidenziale e residenziale a tossicodipendenti e ad alcolodipendenti, a malati mentali, a disabili ed anziani. La Provincia di Bolzano è divisa in 20 Distretti sanitari, formati di regola dall'aggregazione di 4-6 Comuni, con una popolazione compresa tra gli 15.000 e i 20.000 abitanti (tranne il distretto di Bolzano con circa 100.000 abitanti). Ciascun distretto ha una sede principale, a cui possono aggiungersi più punti di riferimento dislocati nel territorio. I medici di base convenzionati con il Servizio sanitario Provinciale sono complessivamente 298, ovvero 248 medici di medicina generale e 50 pediatri di libera scelta. Il 27% dei medici di medicina generale della Provincia è stato coinvolto in programmi di assistenza domiciliare integrata; mediamente su ogni paziente sono stati effettuati più di 8 interventi al mese, con l'apporto di diverse figure professionali.

Il numero di confezioni di farmaci prescritti ha rag-

giunto quasi il tetto dei cinque milioni di pezzi (4.917.905), pari a circa 10 confezioni di medicinali per abitante; i farmaci sono stati prescritti per l'84,2% dai medici di medicina generale e per il 12,0% dai medici ospedalieri.

OBIETTIVI

Rivelando la necessità di apportare al Servizio sanitario provinciale i cambiamenti necessari a garantirne l'efficienza, l'assessore Theiner individuava, nella relazione sanitaria provinciale, i seguenti obiettivi: "A livello ospedaliero, ma non solo, vogliamo arrivare ad accorpate i reparti e servizi in unità funzionali chiamate dipartimenti. Da queste innovazioni ci aspettiamo delle sinergie fra reparti e servizi, un migliore utilizzo delle risorse ed un abbattimento delle liste d'attesa, oltre che un risparmio in termini economici. A livello amministrativo, le 4 aziende sanitarie provinciali dovranno arrivare ad un'unica organizzazione virtuale in settori fondamentali quali il personale, gli acquisti, il settore tecnico e delle prestazioni. Vogliamo definire standard di qualità per tutte le prestazioni mediche offerte a diversi livelli fra i singoli ospedali, a garanzia della qualità e della comunicazione fra i singoli ospedali ed i servizi territoriali. Vogliamo sostenere la creazione a livello provinciale di centri di eccellenza, centri altamente specializzati per l'assistenza medica complessa. Per consentire una migliore comunicazione del sistema e migliorare l'accuratezza della documentazione disponibile, intendiamo creare un unico sistema informatico, che consenta lo scambio di informazioni ed il loro confronto, tramite l'uniformità delle procedure e dei flussi".

ACCREDITAMENTO

La provincia autonoma di Bolzano ha creato un sistema di accreditamento partendo dalle strutture sanitarie private, ambulatoriali e di ricovero, adottando delle linee guida provvisorie (il riferimento è il Dpg n. 582/99). La Giunta provinciale è competente all'istruttoria e al rilascio dell'accREDITAMENTO e si avvale dell'assessorato alla Sanità per la raccolta delle domande e la verifica della rispondenza dei requisiti. Questi ultimi sono costituiti da quelli previsti dal Dpr 14 gennaio 1997, dalle indicazioni della normativa provinciale in materia di autorizzazione, oltre che dai requisiti ulteriori elaborati da un'apposita commissione provinciale. Per le strutture che richiedono l'accREDITAMENTO viene verificato anche il possesso dei requisiti minimi.

La legge che prevede il riordino del Servizio sanitario provinciale è la n. 7 del 2001, la quale attribuisce alla Giunta provinciale la competenza di adottare i provvedimenti necessari per l'accREDITAMENTO, per la stipula degli accordi contrattuali, nonché per il rilascio delle autorizzazioni alla realizzazione e all'esercizio. La legge istituisce, inoltre, alcuni organismi per la programmazione e la verifica, tra cui la commissione provinciale per la promozione della qualità delle attività sanitarie, avente il compito di diffondere le conoscenze e le esperienze relative alla promozione della qualità e renderle concretamente operanti nel sistema sanitario provinciale.

Nello stesso anno (vale a dire il 2001) il Dpg n. 2310 ha poi definito i requisiti ulteriori per l'accREDITAMENTO degli studi professionali medici e delle altre professioni sanitarie.

Provincia Autonoma di Bolzano

Popolazione residente al 1 gennaio 2001	465.264
Aziende Usl	4
Ospedali a gestione diretta	7
Casi di cura accreditate	4
posti letto pubblici	2.266
Posti letto privati accreditati	184
Ambulatori e laboratori pubblici	200
Strutture residenziali pubbliche	7
Ambulatori e laboratori privati	41
Strutture residenziali private	16

Fonte: dati Sis - anno 2000

Per favorire lo sviluppo del modello di accREDITAMENTO provinciale sono già attivi dal 1999 gruppi tecnici volti alla definizione dei requisiti generali e specifici riferiti all'attività ospedaliera e alle unità territoriali

Le informazioni relative alla scheda sull'accREDITAMENTO sono tratte dal numero 2 anno 1 di Monitor, bimestrale dell'Agenzia per i Servizi Sanitari Regionali (Assr)

"La nostra sanità è obsoleta"

Dottor Tagnin, quali sono le maggiori criticità della sanità nella Provincia di Bolzano?

Il problema della sanità della Provincia di Bolzano è di essere essenzialmente pubblica. Il privato ha solo un 5% di spazio. Questo vuol dire non aver nessun tipo di libera professione, né intramoenia né extramoenia. Per farle capire, abbiamo fatto ricorso al giudice del lavoro affinché, nel prossimo contratto, si arrivi ad avere un regime di intramoenia disciplinata come nel resto d'Italia. Un altro problema è il numero di ore, esorbitante, che facciamo, che supera ampiamente le 50-55 ore settimanali.

Eppure Bolzano per molto tempo ha rappresentato un modello...

Trent'anni fa siamo stati i primi ad essere esclusivisti, ad avere il tempo pieno. Eravamo organizzati in modo che la libera professione fosse fatta nelle sei ore di plus orario, gli introiti non andavano al singolo medico ma venivano redistribuiti tra tutti i medici. Questo ci permetteva, ripeto trent'anni fa, di raddoppiare lo stipendio rispetto ai nostri colleghi del resto d'Italia. Questo meccanismo però è andato via via perdendosi, il monte ore è aumentato a dismisura, non ci si fermava più a 44 ore ma si arrivava a 55/60 ore con lo stipendio invariato. In più abbiamo perso le 4 ore di aggiornamento.

Come si è arrivati a questa situazione di profondo disagio?

Il problema è che la Provincia afferma di non avere i soldi, il che è poco plausibile. Fino a qualche anno fa i medici della Provincia di Bolzano erano invidiati in tutta Italia; oggi, la nostra condizione non è più soddisfacente. Noi vorremmo che tutto quello che viene svolto oltre l'orario di lavoro, fosse fatto su base volontaria e non imposto per esigenze di servizio. Libera professione vuol dire lavorare e guadagnare di più, ma decidendo di farlo volontariamente, non in seguito ad una imposizione. Credo che il privato, introdotto e regolamentato secondo criteri comuni a quelli che si utilizzano

nel resto d'Italia, porterebbe soldi freschi. Qui, invece, si crede che l'intramoenia porti una sanità a due livelli, mentre l'extramoenia non viene neanche presa in considerazione.

Come è organizzata l'assistenza sanitaria nella vostra Provincia?

Abbiamo 4 aziende sanitarie e 7 ospedali che coprono un bacino di utenza di circa 450 mila abitanti. Di questi, tre sono assolutamente superflui e vengono tenuti in piedi solo per ragioni politiche. Sono ospedali bellissimi da un punto di vista strutturale ma vuoti, le percentuali di occupazione sono intorno al 60%. La nostra sanità è decisamente obsoleta e organizzata male da un punto di vista strutturale. Abbiamo Tac e macchinari a non finire in ospedali piccoli che lavorano poco e in più manca il personale che sia in grado di farli funzionare. La Provincia si sta isolando dal Ssn cercando di creare un modello tutto suo. Siccome la sanità di Bolzano ha rappresentato, in passato, un modello si continua ad autoincensarsi senza guardarsi intorno, non c'è concorrenza, non c'è competitività, non vengono persone da fuori, i primari, le persone capaci non arrivano per problemi di bilinguismo e di retribuzione. La sanità comincia a stagnare pericolosamente.

Avete un Piano sanitario provinciale?

No, e francamente non saprei dire quando è stato approvato l'ultimo Piano. Non essendoci alternanza politica, sono anni che c'è sempre lo stesso governo, da noi decide tutto il presidente, il sistema è talmente chiuso che non se ne esce.

Anche voi, come i vostri colleghi nazionali, siete alle prese con il rinnovo del contratto. A che punto è la trattativa?

Il nostro contratto è scaduto il 31 dicembre scorso. Il prossimo contratto coprirà il periodo 2005-2008. Non abbiamo una contrattazione nazionale con l'Aran, da noi è in atto già da tempo la devolution che però, sulla base della nostra e-

sperienza, non possiamo dire che funzioni. Perché, se da un lato vengono tutelati gli interessi particolari, dall'altro, la mancanza di una normativa nazionale ci indebolisce.

Detto questo, abbiamo fatto un paio d'incontri, siamo dunque solo all'inizio. Noi abbiamo avanzato delle richieste specifiche alla parte politica: 34 ore di lavoro più quattro di formazione, più 3 aggiuntive per tutti, per cui si arriverebbe a 41 ore lavorative. Oltre quest'orario, abbiamo chiesto che scatti l'intramoenia. Per la controparte, invece, il contratto sarebbe già stato rinnovato con 48 ore per tutti e basta, però a noi non sta bene e chiediamo che vada rivista la parte normativa. Qui in Provincia di Bolzano non esiste il nucleo di valutazione, il collegio tecnico e tutti quei meccanismi di controllo neutrali che consentano anche al medico di godere di una certa obiettività nelle valutazioni, nelle assegnazioni di risultato e nella verifica degli obiettivi. Qui invece si vuole dare tutto in mano al primario, che a sua volta è nelle mani del direttore generale, che decide quante ore dobbiamo fare, a quanto deve ammontare lo stipendio di risultato, il primario decide se un medico ha raggiunto il risultato, se progredisce come fascia stipendiale o meno.

Il quadro che lei ha delineato non è affatto felice. Quali le possibili vie d'uscita?

Noi diciamo: "Andiamo a vedere quello che succede in Regioni come l'Emilia Romagna, prendiamo esempio da quelle realtà". Lì ci sono dei livelli che noi ci sogniamo, noi abbiamo una qualità alberghiera altissima ma il livello prestazionale è basso. Andiamo a vedere e a studiare altri modelli che funzionano e applichamoli da noi. Il nostro sindacato, l'Anaa, sono anni che afferma queste cose e le sue lotte sono state riconosciute al punto che abbiamo raggiunto circa il 48% degli iscritti è quindi il sindacato di maggioranza relativa. Ciò vuol dire, oltre al fatto che abbiamo la percentuale più alta d'Italia, che il disagio della categoria è molto forte. Siamo gli unici che si sono opposti a questo modo di fare politica sanitaria.

**INTERVISTA A MARIO TAGNIN,
RESPONSABILE PROVINCIALE
ANAAO ASSOMED**

EMILIA ROMAGNA

L'Anaaò bocchia il protocollo Regione-Università

In un documento inviato alle istituzioni regionali, l'Anaaò Assomed ha mosso alcuni rilievi molto critici nei confronti della proposta di protocollo d'intesa Regione-Università elaborata dall'assessorato alla Sanità

L'Anaaò Assomed ha mosso alcuni rilievi fortemente critici al Protocollo generale di Intesa Regione-Università sottolineando, in primis, sul piano del metodo una inaccettabile asimmetria di rappresentanza tra la componente professionale ospedaliera e quella universitaria per il fatto che l'una lo ha discusso, contrattato, accettato e votato, mentre l'altra è costretta ad intervenire a prodotto finito. Appaiono, quindi, assenti forme di collaborazione con le "risorse professionali" e le Oo.Ss. mediche, non essendo stati garantiti spazi di negoziazione nonché le condizioni della par condicio tra le due componenti.

Il rapporto tra Ssn e Facoltà di Medicina è oggi giunto anche nella nostra Regione ad un passaggio per diversi aspetti critico. È un dato di fatto che l'Università, per logiche motivate da esigenze di mantenimento di equilibri accademici, tende ad occupare importanti posizioni assistenziali tradizionalmente affidati alla dirigenza del Ssr con uomini portatori di una vocazione diversa da quella che ispira la missione ospedaliera prioritariamente votata all'assistenza, all'aggiornamento e alla ricerca che della buona assistenza costituiscono parte integrante. Una vera invasione di campo che si realizza con il pretesto della didattica e della ricerca (unici ruoli istituzionali dell'Università), una sorta di passepartout in forza del quale vengono richiesti, e troppo spesso acriticamente concessi, posti letto, strutture, incarichi apicali e risorse a spese del Ssr.

Questa strategia, oltre a introdurre nel mondo ospedaliero una visione incoerente con gli interessi dei pazienti, porta ad una inevitabile collisione, non solo con i legittimi diritti dei medici ospedalieri, ma anche con le prerogative delle Regioni in fatto di programmazione sanitaria. Essa mira a configurare di fatto la subordinazione delle necessità assistenziali a quelle didattiche, vere o presunte, e la cessione di sovranità da parte delle rappresentanze elette alla Università.

Il testo del protocollo di intesa esprime un mortificante contesto normativo, pregiudicando fortemente gli interessi dei cittadini e la valorizzazione professionale dei medici che operano alle dipendenze del Ssr.

Una intesa Regione-Università dovrebbe avere l'ambizione di definire un nuovo modello organizzativo, espressione originale della integrazione tra due ordinamenti nella quale la specificità di ciascuno è definita dall'insieme degli obiettivi dell'Azienda a prescindere dal sistema giuridico di provenienza. Non c'è invece nel testo in esame alcun articolo o comma che individui i meccanismi capaci, pur in assenza di elementi comuni di riferimento normativo, di favorire una sinergia tra le componenti professionali, rimuovendo i contrasti e i conflitti alla base del vissuto di "convivenza coatta" che caratterizza la situazione attuale.

C'è, invece, un nuovo onere a carico della Regione che, pur non perdendo occasione di lamentare la scarsità di risorse, non lesina finanziamenti alle Aziende ove è presente l'Università mentre permane un'ambiguità di fondo sulla partecipazione di quest'ultima ad eventuali risultati economici negativi che rimane

indeterminata pur concorrendo essa ampiamente a determinare strategie, obiettivi e modi di perseguirli. Non appare, però, più ammissibile una dissociazione tra potere e responsabilità, nella logica di privatizzare gli utili e socializzare le perdite. A fronte di eventuali disavanzi delle nuove Aziende ospedaliero-universitarie è previsto un incremento del finanziamento a carico del solo Ssr, esteso addirittura alle prestazioni ambulatoriali con il rischio di una distorsione del finanziamento dell'intero sistema regionale. Finanche per l'attuazione di programmi di ricerca di rilevante interesse comune è dichiarato il solo finanziamento della Regione.

Se nessuno mette in discussione che formazione medica e ricerca clinica non possono essere disgiunte dalla pratica medico-assistenziale, rimane da chiarire, allo scopo di rimediare allo spreco di risorse umane ed economiche che l'attuale situazione implica, quanta e quale sia l'assistenza necessaria al loro svolgimento ottimale nel percorso dal liceo alla laurea. È compito del protocollo di intesa procedere all'individuazione di parametri, in termini di attività e di necessità didattiche, capaci di identificare tipologia e volume delle attività assistenziali necessarie e non vicariabili per le funzioni istituzionali della Facoltà di medicina e chirurgia, come disposto dall'art. 1, comma 2, Dlgs 517/99, perché programmazione e qualificazione delle strutture sono di competenza della Regione.

Una definizione vaga di tali parametri, quale quella convenuta tra Regione ed Università, rappresenta una elusione di tale obbligo legislativo ed organizzativo, e lascia aperta la strada a tentativi di mantenere l'esistente forzando i successivi Atti aziendali verso la mera ricognizione del dato storico o della ratifica di assetti di potere interno prescindendo da finalità e contenuti di un qualche interesse collettivo. Tale pratica consente, inoltre, il proliferare di microstrutture con un indice operativo al di sotto di soglie minime di efficacia e di economicità, causa ed effetto del moltiplicarsi di incarichi apicali di medici universitari, le cui prospettive di carriera sono sistematicamente superiori a quelle degli ospedalieri.

In tale ottica anche i posti letto rappresentano una risorsa che deve essere dimensionata nella sua utilità ai fini didattici e di ricerca secondo parametri appropriati. La previsione di un numero "di norma non inferiore a 3" per studente iscritto al primo anno appare fin troppo generosa, suscettibile di prestarsi ad eccessi di discrezionalità e dettata dalla unica volontà di non innovare. Considerare poi tale numero integrabile da una quota relativa agli iscritti al primo anno delle Scuole di Specializzazione e dei Corsi di Laurea, appare una inaccettabile ulteriore forzatura. Infatti, la collaborazione disciplinata dal Dlgs 517/99 attiene esclusivamente alle attività formative relative al triennio clinico del Corso di laurea in Medicina, ove l'Università ha la titolarità esclusiva della formazione, richiedendo, per logica e legge, la formazione specialistica e quella delle professioni sanitarie una piena corresponsabilizzazione dei Dirigenti medici del Ssr. Comunque, il numero di posti letto non può che intendersi in senso complessivo per Università e comprendere tutte le strutture a direzione universi-

taria ovunque collocate.

Il Dlgs 517/99 ha messo fine al famigerato, e inventato, istituto della "clanicizzazione" di Uu.Oo.

Invece il Protocollo Regione-università (Pru) prevede di confermare al personale universitario la direzione di strutture ospedaliere e soprattutto l'utilizzo in eterno della procedura della clanicizzazione temporanea che rappresenta una anomalia non prevista nell'ordinamento attuale. Tra l'altro la clanicizzazione temporanea è un'ipocrisia in un sistema che è già tarato al massimo sulle necessità didattiche.

La stessa individuazione di sedi formative presso le strutture ospedaliere e territoriali di aziende sanitarie diverse dall'Azienda di riferimento non può che avvenire, nel rispetto dell'art. 6 del Dlgs 502/92 e s.m, e del comma 4 dell'art. 2 del Dl 517/99, solo in risposta a motivati bisogni reali e non camuffare la necessità di trovare posti assistenziali al personale universitario a ricompensa di una mancata carriera accademica.

In una innaturale dilatazione del ruolo riservato alla Università nella programmazione della attività assistenziale, anche i principi ispiratori della organizzazione appaiono discutibili.

La scelta dei Dipartimenti ad attività integrata (Dai), oggetto ancora misterioso per molti aspetti al quale si attribuiscono virtù taumaturgiche, come modello organizzativo ordinario non viene supportata da una chiara motivazione, soprattutto in rapporto con i non soppressi Dipartimenti universitari che conservano autonomia finanziaria e gestionale.

Il modello Dai rischia di creare un pregiudiziale monopolio universitario nella direzione di strutture che gestiscono risorse che sono prevalentemente assistenziali, unicamente sostanziate dal principio, determinato in maniera unilaterale, della "necessità" didattica e di ricerca, in cui la nomina del Direttore viene affidata all'intesa con il Rettore anche laddove interessi personale del Ssr, amplificato in maniera abnorme dalla previsione addirittura di Dai interaziendali quasi a volere clanicizzare l'intera rete ospedaliera regionale.

Con non secondarie ripercussioni sul governo clinico assegnato al Collegio di Direzione.

Anche a proposito dell'organo di indirizzo, organismo di nuova istituzione all'interno delle Aziende Ospedaliere universitarie, nel quale si realizza la partecipazione dell'Università al governo della Azienda, non è condivisibile la scelta di dilatare i compiti previsti dal Dlgs 517/99, art. 4, comma 4.

Sotto questa luce occorre anche porre estrema attenzione al conflitto di interesse in capo al preside della Facoltà se nello stesso tempo componente di diritto di un organo di governo con funzioni di controllo, ed addirittura di istituzione o soppressioni di Uu.Oo. e Dipartimenti, ed investito delle funzioni gestionali di direttore di Dipartimento, e quindi nella veste di controllato nella sua triplice funzione di responsabile della didattica, ricerca e assistenza.

Il Pru sorvola completamente sulla necessità di misurare il debito orario del personale universitario con gli stessi metodi adottati per i medici ospedalieri e di precisare che esso deve comprendere tutte le tipologie di attività assistenziale in misura equilibrata non

essendo ammessa una selezione al loro interno. Anche il rischio che venga a determinarsi un differenziale economico negativo per i medici ospedalieri che non potranno non richiedere un nuovo sistema di equiparazione viene sottaciuto e sottovalutato.

Il Protocollo di Intesa sembra riconoscere l'obbligo di valorizzare la funzione didattica svolta dai medici ospedalieri, sia come didattica formale che come attività di tutor clinico, nella fase pre e post laurea, ma la vincola ancora alla organizzazione prevista dall'Università e nulla dice sulle modalità di accesso ai fondi di ateneo di cui al Dlgs 517/99, art. 6 comma 3 e di riconoscimento del maggior impegno professionale attraverso una apposita disciplina normativa ed economica. Università e Regione continuano a dimenticare che, se si vuole garantire una reale e duratura efficacia ai complessi integrati, occorre iniziare a ragionare su un modello formativo che non può più essere quello tradizionale delle Facoltà, insufficiente per logiche e dimensioni a far fronte alla continua espansione di una domanda a carattere eminentemente pratico, sapendo che in nessun paese in ambito Ue la formazione post laurea è di esclusiva pertinenza universitaria. Fondamentale è il contributo che il Ssn può dare alla formazione medica orientando i nuovi professionisti verso quei valori di qualità, appropriatezza, corretto uso delle risorse che rendono equo e sostenibile il Sistema sanitario in un'epoca di risorse economiche limitate.

Noi riteniamo che la Regione non possa rinunciare ad un tale patrimonio con un atteggiamento che ha delle connotazioni autolesionistiche per continuare a fidarsi di chi ha ridotto il sistema formativo ad un esame, ove forza lavoro a basso costo, ed occulta, viene utilizzata per la produzione dei volumi di attività che giustifichino

l'esistenza delle strutture a direzione universitaria.

L'Ospedale di insegnamento è ancora una volta una realtà negata.

L'intervento della Corte Costituzionale, con la sentenza n. 329 del 2003, dà alla Regione, in forza del nuovo titolo V della Costituzione, la responsabilità di definire con proprie norme rapporti Università-Ssn meno conflittuali e più rispettosi dei reciproci fini istituzionali. Non ci sono più alibi se si vuole evitare che lo stato giuridico e l'autoreferenzialità orientino la organizzazione e la gestione delle neonate Aziende ospedaliere universitarie.

Una tale responsabilità, la Regione, ce l'ha innanzitutto nei confronti dei cittadini nella loro duplice veste di principali destinatari del servizio e di finanziatori dello stesso. Ma anche nei confronti dei medici dipendenti del Ssr che non accettano di essere condannati a cedere spazi e competenze all'espansionismo universitario per rifugiarsi nelle riserve di un Ssr povero e per i poveri lasciando ad altri le magnifiche e progressive sorti della formazione, della didattica e della assistenza nei settori ad alta specializzazione.

Un modello istituzionale più integrato rispetto all'assistenza, alla formazione ed alla ricerca clinica non può nascere dalla subordinazione dell'Azienda all'Università, come in realtà sta avvenendo.

La trasparenza degli obiettivi, delle strategie, della gestione, la capacità di darsi le regole e di farle rispettare sono elementi indispensabili per costruire un efficace livello di integrazione ed assumere l'orientamento alla didattica, alla ricerca ed all'assistenza come alto obiettivo professionale comune alla componente universitaria ed a quella ospedaliera. Solo così è possibile assicurare una risposta adeguata alle attese che la società ci-

vile giustamente "pretende" dal sistema integrato formazione medica-ricerca-assistenza sanitaria.

In conclusione, il testo del Pru lascia l'impressione di una persistente subordinazione delle necessità assistenziali a quelle della didattica universitaria configurando quindi una forte limitazione della potestà e della autonomia del Ssr fermi restando per quest'ultimo tutti gli obblighi connessi al finanziamento.

Da variabile indipendente del sistema l'Università ne diventa la variabile dominante. L'integrazione a parole ricercata diventa in questo modo una occasione mancata.

L'Anaao Assomed rifiuta nel metodo e nel merito il testo che vi viene sottoposto, preparato tra l'altro in segrete stanze al di fuori di ogni confronto con le forze sociali e professionali, e si riserva di utilizzare tutti gli strumenti sindacali, politici e legali, fino al ricorso al Tar, anche per ognuno dei successivi atti aziendali e Piani attuativi Locali, per contrastarne l'applicazione.

Il sistema sanitario regionale viene condannato, specie in alcune strutture di importanza cruciale, ad una lunga fase di instabilità e conflittualità per difendere privilegi anacronistici, e costosi, che sfuggono ad ogni valutazione di efficienza ed efficacia. Senza un serio confronto che coinvolga tutti gli attori interessati al futuro del sistema sanitario e preveda un ripensamento del modello proposto si pongono solo le condizioni per la prevaricazione arrogante ed autoreferenziale. Il che certo non risponde all'interesse del malato ed alla valorizzazione delle professionalità che operano all'interno del Ssr.

*La Segreteria Regionale
Anaao Assomed Emilia Romagna*

PIEMONTE

Assicurazioni: preintesa sindacati e assessorato

Il costo delle polizze varierà dai 300 ai 500 euro. Prevista la copertura per tutti i sinistri, in intra ed extramoenia, fino a 15 milioni di euro

Dopo una lunga trattativa, il 21 gennaio scorso è stata siglata dalle Organizzazioni sindacali e la Regione Piemonte, una preintesa sull'applicazione regionale dell'articolo 24 del contratto di lavoro in ordine dunque alla problematica relativa alle assicurazioni della Dirigenza Medica ed in particolare alla rivalsa in caso di "colpa grave".

La decisione dell'Anaao, congiunta a quella delle altre sigle della dirigenza, di sottoscrivere esclusivamente una preintesa, è stata determinata dalla possibilità, in caso di modifiche sostanziali della polizza regionale "responsabilità civile", di modificare le clausole sottoscritte.

La Regione si è impegnata a ricontrattare il reintegro dei massimali previsti dalla polizza regionale, ove sia prevedibile l'esaurimento, così come previsto dall'articolo 21 della legge regionale n. 9/2004, richiamato in premessa della preintesa, in cui si esclude la rivalsa senza limitazione di massimale, da parte sia delle aziende sani-

tarie, sia dell'Impresa di assicurazione nei confronti dei dirigenti, per i sinistri per i quali è riconosciuta la colpa grave. In questo modo si è voluto non limitare il diritto sancito limitandolo ai massimali di polizza esistenti.

Nella preintesa si specifica che i Dirigenti medici e sanitari riceveranno una lettera di adesione dalla propria azienda, con la possibilità di non accettare la proposta entro il termine tassativo di quindici giorni.

Il costo della polizza oscillerà da un minimo di trecento ad un massimo di cinquecento euro. Tale oscillazione è inversamente proporzionale al numero di adesioni di ogni azienda: qualora a livello di ogni singola azienda si raggiunga il 95% di adesioni il costo della polizza sarà di trecento euro, in caso di adesioni tra il 50% e il 95% il costo oscillerà tra i trecento ed i cinquecento euro annui secondo una griglia di premi che prenderà a riferimento la percentuale di adesione aziendale o la media regionale se più favorevole;

infine con un'adesione inferiore al 50% non si potrà dare luogo alla polizza in azienda.

È tuttavia in corso una trattativa con l'assicurazione per precisare ulteriormente l'entità dell'importo in funzione delle adesioni, fermo restando l'oscillazione compresa tra i trecento ed i cinquecento euro annui. Si sta verificando, inoltre, la possibilità che l'esborso avvenga mediante una riduzione del fondo di risultato; ciò consentirebbe di considerare le cifre come esborsi lordi.

È prevista la copertura per tutti i sinistri, in servizio ed in intramoenia fino a quindici milioni di euro, senza franchigia con retroattività di cinque anni.

La polizza ha durata triennale e può essere disdetta annualmente. Il termine ultimo per la definizione delle adesioni è stato fissato al 15 marzo 2005 con copertura retroattiva al 1° gennaio 2005 per tutti coloro che aderiranno.

Paola Carnevale

PROCREAZIONE MEDICALMENTE ASSISTITA

Fecondazione: la Consulta ha deciso, si andrà a votare

La Corte Costituzionale alla fine di una lunga Camera di consiglio ha dichiarato ammissibili i quattro referendum parzialmente abrogativi della legge 40/2004 e inammissibile quello totalmente abrogativo perché, si legge nella sentenza, la legge "è costituzionalmente necessaria". A questo punto, in una domenica compresa tra la metà di aprile e la metà di giugno, i quattro quesiti, che vanno dalla sperimentazione alla diagnosi preimpianto, saranno sottoposti al voto popolare

di Stefano Simoni

L'abrogazione di alcune norme della legge sulla procreazione medicalmente assistita (Pma) "non comporta il venir meno di una tutela costituzionalmente necessaria". È sulla base di questo principio che la Corte Costituzionale ha dichiarato ammissibili quattro dei cinque quesiti referendari proposti. Secco "no" invece per il quesito che mirava ad abrogare in toto la legge 40/2004 poiché, per la Consulta, la legge è "costituzionalmente necessaria" e quindi non può essere "puramente e semplicemente" cancellata, sì agli altri quattro quesiti referendari abrogativi di alcune parti della legge 40/2004.

Dunque i referendum ammessi dalla Suprema Corte al voto popolare sono i quattro quesiti parziali: vale a dire quelli reattivi alla ricerca sperimentale sugli embrioni, quelli sulle norme che limitano l'accesso alla procreazione medicalmente assistita (non più di tre embrioni per impianto), i diritti del concepito e la fecondazione eterologa.

LE MOTIVAZIONI DELLA CONSULTA

Il primo dei referendum ammessi propone di cancellare il limite alla ricerca clinica e sperimentale sugli embrioni, in modo da consentire nuove cure: "Va escluso - si legge nella sentenza n. 46 - che le disposizioni di legge oggetto del quesito possano ritenersi a contenuto costituzionalmente vincolato o necessario, così da sottrarsi alla possibilità di abrogazione referendaria".

Osservazioni simili per il secondo quesito ammesso, il cui è obiettivo la cancellazione di norme sui limiti all'accesso alla Pma (come l'eliminazione dell'obbligo di creare in vitro non più di tre embrioni e di trasferirli con un unico e contemporaneo impianto nell'utero materno). La loro abrogazione, scrive la Consulta nella sentenza n. 47: "non comporta il venir meno di una tutela costituzionalmente necessaria". Le norme che si chiede di cancellare: "sono tra loro intimamente connesse" e il quesito ha: "una matrice razionalmente unitaria" perché si punta alla: "rimozione di una serie di limiti all'accesso e allo svolgimento delle procedure di procreazione medicalmente assistita".

Un ragionamento che vale anche per il terzo quesito, che riguarda l'abrogazione delle norme sulle finalità, sui diritti dei soggetti coinvolti e sui limiti all'accesso. Si propone la cancellazione totale dell'articolo 1 della legge sui diritti del concepito, per affermare che i diritti delle persone già nate non possono essere considerati equivalenti a quelli dell'embrione. Un'abrogazione che: "non incontra ostacoli di natura costituzionale", per la Consulta. Si tratta di: "aspetti specifici della disciplina" che "rientrano nell'ambito della discrezionalità legislativa", quindi: "la loro abrogazione non comporta il venir meno di una tutela costituzionalmente necessaria".

L'ultimo quesito propone di cancellare il divieto di fecondazione eterologa. "Non può dirsi che l'eventuale abrogazione delle disposizioni oggetto sia suscettibile di far venir meno un livello minimo di tutela costitu-

zionalmente necessario", sostiene la Corte nella sentenza n. 49.

A questo punto la "palla" passa al presidente della Repubblica Ciampi, che ha il compito di fissare la data per il referendum. Comunque sia, sarà una decisione "politica", a tutti è, infatti, chiaro come in questa primavera piena di scadenze elettorali (regionali e ballottaggi amministrativi) più si porta in avanti la data per lo svolgimento del referendum, più è forte il rischio di astensionismo (già una parte del fronte del "no" sta spingendo in questa direzione).

Prima di arrivare al voto però c'è un'altra ipotesi, seppur remota, i ripensamenti parlamentari, vale a dire le riscritture parziali della legge 40/2004, che in questo caso eviterebbero la chiamata alle urne.

Il Senato ha ripreso lo studio sui disegni di legge per modificare la L. 40/2004. Il Parlamento va avanti anche se, per il momento, sembra mancare la volontà politica per

seguire la strada della discussione parlamentare. Nessuno dei due schieramenti, infatti, si è ancora espresso chiaramente su quale metodo sostenere, se appoggiare la via parlamentare o quella referendaria.

IL SÌ DI CHI CONOSCE LA MALATTIA

È prevedibile che si apriranno discussioni fino all'ultimo momento utile prima del voto. In questo anno, in cui la legge ha avuto la sua applicazione, ma anche prima, in fase di approvazione, si è parlato molto del concepito, dei suoi diritti, delle sue tutele, della madre e del desiderio di maternità della donna. L'attenzione, insomma, si è focalizzata su un aspetto della norma quale la procreazione medicalmente assistita, dimenticandone un altro altrettanto importante: la libertà di ricerca scientifica. Importante per i malati che sperano, non immediatamente evidentemente, di essere curati o perlomeno di veder migliorate le proprie aspettative di vita.

FECONDAZIONE E "TURISMO" SANITARIO

Riportiamo i risultati di uno studio multicentrico sul fenomeno del "turismo sanitario" a seguito dell'introduzione, in Italia, della legge 40 effettuato la scorsa estate dal forum delle associazioni di genetica e riproduzione (Forager).

Da una indagine a questionario eseguita in estate dal forum delle associazioni di genetica e riproduzione (Forager) presieduto da Claudio Giorlandino (presidente, tra l'altro della società italiana di diagnosi prenatale e medicina materno-fetale (Sidip), a Milano, Bologna e Roma, risulta che circa il 25% delle coppie che si rivolgono ai centri di fecondazione, una volta venute a conoscenza delle limitazioni che la legge 40/2004 impone decide di rivolgersi in centri pubblici e privati di altri paesi.

Un altro consistente numero vi afferra in prima istanza senza più rivolgersi ai centri italiani. Vietando la legge italiana anche di consigliare un centro estero piuttosto che un altro, non si può conoscere, a priori, dove tali coppie afferriscano.

Nonostante ciò è stato possibile eseguire un'indagine mediante questionario anonimo su di un campione di 324 coppie distribuito tra Milano, Bologna, Roma e Catania al loro rientro in Italia.

Dai dati questa è stata la distribuzione dei "viaggi della speranza":

- Al primo posto le coppie si sono recate in Spagna: 25%
- Al secondo posto Inghilterra: 20%
- Al terzo posto in Belgio: 18%
- Segue la Svizzera: 10%
- Poi l'Austria: 10%
- La Slovenia: 5%
- La Francia, l'Ucraina, Malta e Cipro, complessivamente, circa il 12%.

Fonti di informazione

Particolarmente rischiose, poiché prive di un controllo di qualità razionale, appaiono le fonti di informazione da dove le coppie traggono informazioni su dove sarebbe conveniente rivolgersi.

- Al primo posto sta la comunicazione fra coppie (il cosiddetto passaparola)
- Al secondo posto internet

- Al terzo posto riviste o giornali.

Anche il costo delle metodiche tradizionali (Fivet ed Icsi), che in Italia, oggi, a seguito dell'introduzione delle limitazioni legislative, offrono minori garanzie di successo, sono divenute, all'estero, circa un 30% più care, rispetto al passato.

Costi per i trattamenti

La seguente tabella riporta i costi riferiti nei questionari e che possono variare notevolmente da centro a centro, nello stesso paese:

- In Spagna tra i 5.000 e gli 8.000 euro
- In Inghilterra tra le 3.500 e le 5.000 sterline
- In Belgio tra i 6.000 e gli 8.000 euro
- In Svizzera tra i 6.000 e gli 8.000 euro
- In Austria tra i 5.000 e i 7.000 euro
- In Slovenia tra i 5.000 ed i 7.000 euro

Prezzi molto variabili negli altri paesi (mai comunque inferiori ai 5.000 euro).

Ovviamente, a questi, vanno aggiunti i costi per la trasferta e per il "lucro cessante" a seguito del periodo di inattività lavorativa.

Di particolare rilievo è il dato di un'evidente speculazione alla quale le nostre coppie sembrano essere sottoposte e che emerge dal fatto che viene riferito come, per gli italiani, alcune delle numerose metodiche vietate in Italia, abbiano raggiunto prezzi molto elevati rispetto al passato. Ad esempio la diagnosi di anomalie fetali prima dell'impianto (che in Italia costava intorno ai 4.000 euro ed in Belgio altrettanto) è stata fatta pagare, in Belgio, in alcuni casi, dopo l'introduzione della legge anche 10.000 euro. Vi è inoltre da aggiungere che, per quanto risulta il piccolo campione esaminato, la percentuale di successo appare inferiore, oggi, all'estero, rispetto a quella che era ottenibile in Italia nella maggior parte dei centri fino a marzo 2004 (media all'estero 28%, contro il 35% di successi, che era registrato, in passato, come media italiana prima dell'introduzione della legge).

I quattro quesiti referendari ammessi dalla Consulta

1. PER CONSENTIRE NUOVE CURE PER MALATTIE QUALI ALZHEIMER, PARKINSON, SCLEROSI, DIABETE, CARDIOPATIE E TUMORI

Cosa prevede il quesito?

Il quesito propone l'abrogazione di alcune parti di articoli che prevedono limiti alla ricerca clinica e sperimentale sugli embrioni. Secondo i promotori la finalità di questo referendum è quella di "consentire nuove cure per malattie come l'Alzheimer, il morbo di Parkinson, la sclerosi, il diabete, le cardiopatie e anche determinati tumori". In sostanza viene chiesta la libertà di ricerca sull'embrione, che la legge 40/2004 impedisce in tutte le forme fino a vietare il congelamento dell'ovocita fecondato. La posizione dei referendari è che ogni intervento sugli embrioni avrà finalità terapeutiche e non si vuole arrivare alla clonazione riproduttiva, per ottenere bambini.

Cosa accadrebbe se vincessero il sì?

Se vincessero il sì, verrebbero abrogate alcune parti degli articoli 12, 13 e 14 della legge attuale. Si disegnerebbe uno scenario nuovo: si tornerebbe a congelare embrioni e a servirsene come materia di studio. In altri termini, sarebbe permesso portare avanti ricerche che larga parte della letteratura scientifica internazionale considera tra le più promettenti per la medicina, ad esempio l'uso di cellule staminali embrionali (oggi in Italia sono autorizzate sperimentazioni solo su staminali adulte) o ricorso alla controversa "clonazione terapeutica" una pratica al momento proibita dall'articolo 13.

Quali sono le proposte di legge depositate in Parlamento?

La libertà di ricerca viene sostenuta, seppur con diverse sfumature, da tutti i testi depositati in Parlamento dall'Opposizione. Nella Maggioranza, invece, le aperture più significative sono riscontrabili dal testo firmato da Giuseppe Palumbo, di Forza Italia, presidente della XII Commissione Affari sociali camera dei deputati. La proposta Palumbo contempla la possibilità di utilizzare embrioni crioconservati e "orfani".

2. PER LA TUTELA DELLA SALUTE DELLA DONNA

Cosa prevede il quesito?

Il quesito sulla salute della donna punta alla cancellazione di una serie di restrizioni ritenute, anche dagli specialisti, ostacoli per il successo delle tecniche di fecondazione assistita specie se applicate su pazienti che hanno superato i 35 anni di età. I sostenitori del referendum in oggetto chiedono di eliminare l'obbligo di creare in vitro un numero massimo di tre embrioni per volta e di togliere l'obbligo di trasferirli nell'utero della donna in un'unica soluzione. Due paletti fissati dal legislatore per evitare il rischio di ottenere embrioni in eccesso e di doverli congelare.

Cosa accadrebbe se vincessero il sì?

L'abrogazione dell'obbligo alla "gradualità" nell'applicazione delle tecniche consentirebbe ai medici di decidere un percorso terapeutico adeguato per ogni paziente, valutando caso per caso. La possibilità di dare vita a un numero congruo di embrioni, deciso volta per volta, a seconda delle necessità (valutando ad esempio l'età della donna) aumenterebbe le percentuali di successo. In più la possibilità di congelare risparmierebbe alla donna in cura di sottoporsi, in caso di insuccesso, a un nuovo ciclo di trattamento ormonale. Alle tecniche potrebbero infine accedere le coppie ora escluse, cioè quelle che non hanno diagnosi di sterilità, ma portatrici di malattie genetiche. Viene riaperta la porta alla diagnosi preimpianto, che permette di selezionare gli embrioni sani.

Quali sono le proposte di legge?

Quella del senatore Antonio Tomassini punta al congelamento degli ootidi (embrioni ai primissimi stadi) e così pure quella di Giuliano Amato. Viene ampliato il limite di tre embrioni, si "riapre" alle coppie non sterili e alla diagnosi preimpianto.

3. IL CONCEPITO

Cosa prevede il quesito?

Il quesito sui diritti del concepito è molto simile a quello precedente. E come quello, ispirato all'autodeterminazione e alla tutela della salute della donna, prevede l'eliminazione degli stessi limiti (quindi divieto di congelamento dell'embrione, numero massimo di embrioni da creare e trasferire, possibilità di diagnosi preimpianto e selezione degli embrioni, nessun obbligo di impianto coatto degli embrioni creati in provetta).

La novità è però la richiesta di abrogare integralmente l'articolo 1 che fa riferimento "ai diritti di tutti i soggetti coinvolti, compreso il concepito". In pratica soggetti già nati e il nascituro, fin dalla fecondazione vengono messi sullo stesso piano della legge attuale, dal punto di vista morale e giuridico.

Cosa succede se vince il sì?

Si affermerebbe il principio che i diritti delle persone già nate non possono essere considerati equivalenti a quelli dell'embrione. Un'affermazione che, secondo i referendari, eviterebbe di rimettere in discussione la legge 194 sull'aborto. I referendari ammettono che esiste un dovere di tutela nei confronti dell'embrione, ma non lo riconoscono soggetto di diritto al pari della donna, i cui bisogni devono mantenere un aspetto prioritario.

Quali sono le proposte di legge?

Quelle della maggioranza mantengono inalterato l'articolo 1, quindi il principio dell'equiparazione tra gli embrioni e gli altri "soggetti" coinvolti nell'applicazione delle tecniche. La proposta Amato sostituisce a questo principio "il riconoscimento della dignità della persona umana". Sulla stessa linea la proposta di Angius (Ds).

4. L'ETEROLOGA

Cosa prevede il quesito?

Il quesito vuol far cadere il divieto di fecondazione eterologa, dove si utilizzano gameti (ovociti e spermatozoi) appartenenti a donatori esterni alla coppia in cura. La legge attuale permette, infatti, soltanto tecniche "omologhe": i gameti devono appartenere ai due genitori. Il ricorso all'eterologa riguarda le coppie con problemi di sterilità per le quali non esistono altre cure e la prevenzione di malattie genetiche se uno o entrambi i genitori ne fossero portatori.

Cosa succede se vince il sì?

Si potrà utilizzare anche un gamete esterno alla coppia. L'abolizione del divieto per l'eterologa avrà anche un effetto pratico: molte sono le coppie che, non avendo altre soluzioni, si rivolgono a centri fuori dall'Italia, dove le leggi non sono altrettanto restrittive. Ultimamente il ricorso alla donazione di gameti ha riguardato sempre di più le donne perché per risolvere la sterilità maschile sono state messe a punto tecniche innovative come la microiniezione di spermatozoi.

Quali sono le proposte di legge?

Le proposte di modifica della legge vengono solo dall'opposizione. Prevedono la riammissibilità dell'eterologa in coppie di conviventi e stabili, subordinando però il ricorso a un donatore a una specifica autorizzazione da parte di una commissione medica pubblica istituita appositamente presso le regioni: un compromesso legato all'assoluta necessità di questo intervento. La proposta Angius (Ds) invece liberalizza questa tecnica, ammettendo che possano usufruirne anche donne single.

Le speranze legittime di chi soffre rischiano, purtroppo, di sovrapporsi alla realtà fatta di un quotidiano in cui ciò che emerge è la mancanza di fondi, di strutture e di assistenza. Un quotidiano in cui manca la consapevolezza, da parte di chi dice di "no" al referendum per "ragioni morali" di cosa voglia dire vivere, nel caso di malattie drammaticamente invalidanti, imprigionati in un corpo che non risponde neanche al più elementare degli input.

TRA INVITI A NON ASTENERSI E A DISERTARE, IL MONDO DELLA SCIENZA È DIVISO

All'indomani della decisione della Consulta sui referendum, il mondo della scienza ha fatto registrare una spaccatura: da un lato, il partito dei soddisfatti per il sì ai 4 quesiti referendari, che invita a non disertare l'appuntamento alle urne, dall'altro, quello dei critici, in primis le associazioni sanitarie cattoliche, che difende la legge ed esorta, viceversa, a non andare al voto.

Il "partito" dei favorevoli sottolinea l'importanza dell'appuntamento referendario, in occasione del quale ogni cittadino potrà esprimersi secondo coscienza. In testa il ginecologo Carlo Flamigni, pioniere italiano per le tecniche di fecondazione assistita, che ha appunto lanciato un appello ai cattolici perché non optino per l'astensionismo: "I cattolici non possono disertare le urne - ha affermato

- ed è loro dovere morale dimostrare che le norme contenute nella legge 40 sono condivise. Non andare al voto sarebbe a questo punto immorale".

Per i difensori della legge 40, al contrario, la parola d'ordine è "astensionismo". E questa la posizione sostenuta dal coordinatore nazionale del Forum delle associazioni sanitarie cattoliche (che comprende anche l'associazione dei medici cattolici), Domenico Di Virgilio: "Chi è d'accordo e quindi vuole la legge 40 - ha commentato - può anche non recarsi a votare ai referendum, perché l'astensione è già un sì alla legge sulla procreazione". Ed ha aggiunto: "La Consulta ha preso una decisione assolutamente corretta, escludendo solo il quesito referendario che avrebbe riportato l'Italia nel baratro di un Far West, determinando un gravissimo vuoto legislativo".

E la legge non va modificata anche secondo monsignor Elio Sgreccia, presidente della Pontificia Accademia per la Vita, il quale ha fatto sapere come: "Qualsiasi modifica che peggiori la legge sulla procreazione assistita non può essere condivisa dal mondo cattolico".

Tra queste posizioni si inserisce il ministro della Salute Girolamo Sirchia che appresa la notizia della decisione della Corte ha così commentato la bocciatura da parte della Corte Costituzionale del quesito referendario totalmente abrogativo della norma sulla procreazione assistita: "Il primo passo, quello di non accettare il refe-

rendum che annullerebbe quanto è stato fatto finora, è molto positivo: in caso contrario ci saremo trovati di fronte al caos completo che c'era prima. Questa è stata un'ottima scelta. Mi auguro - ha aggiunto Sirchia - che anche i successivi referendum vedano, da parte dell'opinione pubblica, un'adesione al testo originario della legge o con piccole modifiche".

Più politica la lettura che fa Marida Bolognesi, parlamentare Ds e relatrice nella scorsa legislatura di una proposta di legge in materia, che ha affermato: "Le decisioni della Consulta sui referendum relativi alla legge sulla procreazione assistita bocciarono la linea del Governo che, con il ricorso, negava ogni buon senso. L'atteggiamento del Governo è stato grave anche perché si opponeva allo strumento referendario".

La Bolognesi ha ribadito anche che: "la legge 40 ha dimostrato, fin dalla prima applicazione, che non tutela la salute delle donne e dei bambini ed è una legge oscurantista sul piano della ricerca. Abbiamo il dovere di dare ai cittadini una legge che garantisca la salute con implicazioni etiche. Non il contrario. Bisogna - ha concluso la deputata dei Ds - chiudere una fase sbagliata di contrapposizione ideologica. È ovvio che la via parlamentare è la migliore ma gli spazi, oggi, sono minimi. Bisogna ora lavorare, investire, per far capire alla gente che abbiamo bisogno di regole per la salute e che è sbagliato avere leggi etiche".

a cura di Arianna Alberti

REGNO UNITO

Chirurgia estetica: nuove regole e più severe

Bisturi bisturi delle mie brame... ma su quali garanzie di sicurezza può contare il paziente che si affida alla chirurgia estetica, in Gran Bretagna come altrove? L'incertezza sulle qualifiche del chirurgo, una scarsa informazione sulle possibili metodologie di intervento, e soprattutto sui rischi legati all'operazione, nonché una certa difficoltà a far valere i propri diritti quando si è subito un danno risultano essere i principali punti del *cabier de doléances* identificati nei due rapporti condotti dalla Healthcare Commission britannica e da un gruppo di esperti (il rapporto è consultabile sul sito governativo all'indirizzo: <http://www.dh.gov.uk/AboutUs/HeadsOfProfession/ChiefMedicalOfficer/fs/en>).

"I risultati delle indagini confermano che i pazienti spesso subiscono dei danni evitabili", dice Harry Cayton, responsabile per il ministero della Sanità delle relazioni con i pazienti e il pubblico, aggiungendo come le raccomandazioni fornite dal rapporto dovrebbero aiutare a risolvere i problemi nel settore della chirurgia estetica dove, come ha del resto annunciato Liam Donaldson, Chief medical officer (il consigliere per la sanità delle più alte cariche dello Stato, a capo di tutto lo staff medico inglese), verranno presto introdotte misure atte a migliorare l'attuale normativa. Come primo passo verrà richiesto ai Royal Colleges – associazioni professionali equiparabili alle nostre società scientifiche più rappresentative, ma con maggior peso e ruolo rispetto a queste – e al gruppo di esperti estensore di uno dei due rapporti di sviluppare programmi formativi specialistici per chirurghi estetici ed entro quest'estate l'impegno del governo è quello di garantire una migliore informazione ai pazienti sui trattamenti cui intendono sottoporsi. Inoltre, il personale medico e infermieristico, assicura il Ministero della Sanità, dovrà fornire ai pazienti tutti i dettagli relativi alle qualifiche professionali del medico.

Dai peeling all'acido glicolico alle iniezioni di botulino, ai trattamenti laser (spesso eseguiti da operatori sprovvisti delle necessarie qualifiche, come hanno messo in luce i rapporti), il tutto dovrà essere più severamente regolamentato e ogni struttura in cui si effettua questo tipo di trattamenti dovrà essere accreditata presso il ministero della Sanità. Al General Medical Council, l'organismo governativo regolatore della professione medica deputato alla tutela dei diritti della collettività in tema di salute, spetterà invece il compito di migliorare il sistema di archiviazione e classificazione delle denunce dei pazienti, il che consentirà anche un confronto tra le diverse specialità mediche e i relativi iter procedurali.

Il ministero della Sanità britannico inoltre procederà al riesame della normativa in materia di "filler" estetici e la Medicines and Healthcare Products Regulatory Agency valuterà le proposte, già inoltrate alla Commissione europea, per regolamentare i prodotti dell'ingegneria tissutale.

La chirurgia estetica rappresenta un settore della sanità privata in rapidissima espansione: "un numero crescente di persone si sottopone, anche a prezzo di grandi sacrifici economici, a questo tipo di intervento, alcuni sono insoddisfatti dei risultati e alcuni altri, sia pure una minoranza, a seguito di interventi eseguiti da mani poco esperte o in strutture non idonee, subiscono lesioni più o meno gravi sino a restare sfigurati" afferma Donaldson aggiungendo come ormai si sia reso necessario "restituire alla gente fiducia nella sicurezza dei trattamenti cui intende sottoporsi, nella competenza dei medici cui si affida e nell'informazione che riceve, che deve essere tale da consentire loro di prendere, per l'appunto, una decisione pienamente informata".

REGNO UNITO

Il sistema di informatizzazione del Ssn procede. Ma la "sensibilità" dei dati preoccupa medici e pazienti

Problemi e disguidi hanno segnato nell'ultimo bimestre il corso dell'Information Technology (IT) Programme, il programma di informatizzazione sanitaria del Ssn inglese, varato nel 2002. In particolare, uno degli elementi più qualificanti del programma, il progetto di prenotazione elettronica di visite e prescrizioni, avrebbe incontrato difficoltà tecniche, ma non solo. Infatti sotto accusa è anche la diffidenza dei medici di famiglia nei confronti del nuovo sistema di archiviazione dei dati sanitari dei pazienti, dovuta al timore che non vi siano quelle garanzie di sicurezza e riservatezza delle informazioni che essi in primis dovrebbero gestire. A rilevarlo è la prima indagine di monitoraggio in corso d'opera dell'intero programma di informatizzazione del National Health Service effettuata dal Nao, il National Audit Office (l'organismo di monitoraggio dei conti pubblici per conto del Parlamento), mentre non si placa la polemica con la maggior azienda fornitrice dei computer destinati ai medici di medicina generale. Sembra dunque cadere "a fagiolo" la campagna pubblicitaria per conquistare menti e cuori di medici e pazienti inglesi all'IT Programme, affidata a un'azienda leader nel settore delle public relations, la Porter Novelli, con un contratto annuale, riferiscono i giornali economici, di oltre 1 milione di sterline. Con l'appuntamento del nuovo "Care Records Service", che supporterà il sistema di prenotazione elettronica di tutta l'Inghilterra, le informazioni sullo stato di salute di oltre 50 milioni di cittadini saranno veicolate nel network della sanità pubblica. Si potrà così sapere in tempo reale se un paziente è affetto da diabete o da una particolare allergia ai farmaci, ma... è l'altra faccia della medaglia a preoccupare medici e pazienti, e cioè la sicurezza e riservatezza dei dati, il che poi costituisce uno dei principali ostacoli con cui deve confrontarsi il programma di informatizzazione. Del resto l'anno scorso la Bma, l'Ordine dei medici britannici, aveva espresso una

posizione chiara, invitando i medici ad utilizzare il sistema con "cautela" fintantoché non vi fossero le necessarie garanzie di sicurezza, riservatezza e protezione dei dati.

Una schiarita su questo fronte è arrivata di recente dal Care Records

Development Board, il comitato costituito ad hoc l'anno scorso anche sull'onda del malessere manifestato dai medici per lo scarso coinvolgimento nell'elaborazione del programma. Il comitato, che si compone di 14 membri ed è presieduto da Harry Cayton (responsabile per il ministero della Sanità delle relazioni con i pazienti e il pubblico), ha approvato in via di massima una clausola, cosiddetta dell'opt out, che permetterebbe al paziente di verificare chi può prendere visione dei suoi dati e come essi vengono gestiti e archiviati, ferma restando la potestà del medico di archiviare elettronicamente le informazioni sensibili che lo riguardano. Ad ulteriore tutela del paziente anche una "garanzia" sull'archiviazione dei dati sanitari. Cayton non nasconde la sua soddisfazione per questa formula di compromesso: "la Care record guarantee realizza un accordo tra Ssn e utenti su come vengono raccolti, archiviati e tenuti in sicurezza i dati che li riguardano" e si dice convinto che verrà approvata anche dal comitato che dirige l'IT Programme. Ma la battaglia sul fronte dei medici non è ancora stata vinta dal governo e forse per questo Cayton progetta a maggio una conferenza congiunta con la Bma su questi temi. Mentre procedono, tra alti e bassi, i lavori per l'allestimento del sistema di informatizzazione centralizzata, una nuova generazione di hardware e software, che sostituirà i vari obsoleti e spesso tra loro incompatibili sistemi informatici, vedrà la luce a fine marzo in 54 aziende sanitarie ed entro il 2008 la maggior parte degli oltre 300

IL PUNTO

Il sistema informatico del Ssn: una utopia per il nostro Paese?

di Alberto Andrión

Il Regno Unito, a dispetto della persistente crisi del suo servizio sanitario (ma pare vi siano segni di miglioramento), continua a scommettere sulla bontà del sistema complessivo e, di conseguenza, ad investire ingenti capitali per il suo restyling. Ad esempio, il governo britannico ha stanziato 6 miliardi di sterline (11 miliardi di) per un progetto che avrà termine nel 2010, data in cui saranno messi in rete tutti i Mmg e gli ospedali britannici con la possibilità di compiere prenotazioni, avere informazioni, esaminare referti, ecc. A dire il vero, i medici inglesi paiono essere un po' restii sia per ragioni condivisibili – garanzie di sufficiente protezione dei dati per il paziente e il professionista – sia per altre ragioni forse più opinabili legate al possibile incremento della trasparenza e verificabilità delle procedure. Esiste qualcosa di simile da noi? Qualcuno ci sta pensando? A parte i proclami ed i convegni sulla information technology che ciclicamente vengono proposti all'uditorio mediatico, nulla in realtà si muove. Il Ministero della Salute pare occupato in altre faccende e il Ministro Stanca – cui venne demandato il compito di informatizzare l'Italia – pare non occuparsi del settore sanitario. Di investimenti nemmeno l'ombra, anzi: l'ultima legge finanziaria ha previsto una riduzione del 5% per la spesa di beni e servizi afferenti al sistema informativo sanitario e l'ulteriore slittamento di un anno del progetto di tessera sanitaria informatizzata e della relativa consegna a tutti i cittadini italiani provvisti di codice fiscale.

Le date del Programma di Information Technology per il National Health Service

2004

- Prima fase del Servizio di archiviazione elettronica (Care Records Service) dei dati dei pazienti mirata essenzialmente a raccogliere i dati demografici necessari per rendere operativo il sistema di prenotazione elettronica delle visite

2005

- Attivazione entro la fine dell'anno del sistema di prenotazione elettronica di tutto il Ssn inglese
- Prima fase della trasmissione elettronica delle prescrizioni
- Seconda fase del Servizio di archiviazione elettronica da realizzare in tutto il territorio inglese; con l'ausilio di nuovi sistemi di hardware e software centralizzati sarà possibile accedere a informazioni più dettagliate sul paziente

2006-08

- Terza fase del Servizio di archiviazione elettronica, esteso alla medicina di base
- Prescrizione elettronica pienamente operativa

2008-10

- Fase finale del Servizio di archiviazione elettronica, con la piena integrazione tra i servizi assistenziali sanitari e quelli sociali

"trust", le strutture sanitarie del Ssn inglese che erogano assistenza a livello ospedaliero e di base, saranno in grado di poter accedere ed interagire con il nuovo sistema centrale. I tempi di realizzazione dipendono, oltre che dall'efficienza tecnica, soprattutto dalla capacità delle strutture di reperire i fondi necessari a pagare l'allestimento delle reti, della componentistica e non ultima la formazione del personale, esclusi, infatti, dal "pacchetto" pubblico. Il ministro della Sanità John Hutton, a inizio febbraio, ha rassicurato il Parlamento sullo stato dei lavori dell'IT, il più importante progetto di information technology ad uso civile. Mentre si sono verificati ritardi per il booking elettronico per la prenotazione delle visite, ha riferito, "il sistema di prenotazione delle prescrizioni è in fase avanzata e diverrà operativo già nei prossimi mesi". Buoni progressi inoltre, ha proseguito Hutton, si sono registrati in altri servizi, in particolare nel sistema di analisi e gestione della qualità, a supporto della medicina generale, e nel servizio di "contatto" e-mail con il Ssn. La chiave del successo dell'intero IT Programme, comunque, secondo il ministro, è nelle mani dei medici della sanità pubblica, da come essi risponderanno al programma, ed ha auspicato che tutte le parti interessate, pazienti, operatori sanitari, esperti di informatica ecc. si aggregino al network creato sul web che rappresenta "i nostri occhi e le nostre orecchie". Per ora gli iscritti sono 600 e "non vedo alcun motivo per cui a breve non possano diventare 5000" si chiede Hutton.

G IURISPRUDENZA *sentenze e ordinanze*

Il testo delle sentenze citate è disponibile sul sito www.anaao.it

Corte Costituzionale Sentenza n. 380/2004

Lo Stato non può disciplinare l'accesso al lavoro pubblico locale

Con sentenza n. 380 depositata il dicembre scorso, la Corte Costituzionale ha dichiarato l'illegittimità dell'articolo 53 della finanziaria 2003 (legge 289/2002), nella parte in cui si applica ai concorsi banditi dalle Regioni o dagli enti locali. La norma stabilisce che ai medici che conseguono il titolo di specializzazione, ai fini concorsuali, spetta lo stesso punteggio attribuito per i dipendenti. Tale norma viola palesemente, secondo la Consulta, le competenze esclusive assegnate alle Regioni dal nuovo titolo V in materia di accesso al lavoro pubblico locale.

Tribunale di Venezia Sentenza Terza Sezione Civile del 13/12/2004

Errore medico e omessa informazione: danno esistenziale riconosciuto agli eredi

La struttura ospedaliera è responsabile in solido con i medici di un paziente che non è stato informato dello stato della propria patologia, in quanto "nell'ambito del contratto di spedalità rientrano, oltre le prestazioni di diagnosi e cura, anche tutta una serie di prestazioni ulteriori, fra cui quella di raccogliere il consenso del paziente e, quindi, quella di fornire a quest'ultimo un ampio bagaglio informativo, parametrato anche in relazione alle capacità dello stesso, al fine di potere decidere consapevolmente in ordine ai trattamenti".

Consiglio di Stato Sentenza n. 7747/2004

È il Dg della Asl a decidere sugli incarichi dirigenziali

Il direttore generale di una Asl che deve attribuire un incarico di dirigente medico può scegliere "un medico carente di esperienza specifica nel relativo settore, se il prescelto dimostra un valore complessivo, culturale e professionale, maggiore degli altri candidati". Lo ha stabilito il Consiglio di Stato con sentenza n. 7747/2004, nella quale i giudici ribadiscono che la discrezionalità del direttore generale è molto ampia e comprende anche la facoltà di scegliere il medico che, a suo giudizio, possa corrispondere alle esigenze organizzative e funzionali della Asl. Nella fattispecie il direttore generale aveva deciso di assegnare un incarico quinquennale di dirigente medico di secondo livello presso il servizio di radiologia diagnostica ad un medico "carente di esperienza specifica nel settore della Tac".

Tar Lazio Sentenza n. 14484/2004

È possibile una doppia specializzazione per i medici

Non vi sono norme di legge che "menzionano tra i motivi di incompatibilità o di esclusione da Scuole di specializzazione il possesso di altre specializzazioni". Lo ha stabilito il Tar Lazio, con sentenza n. 14484/2004, accogliendo il ricorso di un aspirante partecipante alla Scuola di specializzazione in malattie dell'apparato respiratorio, già in possesso di una specializzazione in chirurgia toracica. Nella sentenza, il Tar fa riferimento a giurisprudenza consolidata sia del Consiglio di Stato, secondo il quale "i doveri degli specializzandi non sono di osservanza inconciliabile con il possesso di un'altra specializzazione" che della Corte Costituzionale che nel 2002 aveva già bocciato il decreto secondo il quale l'accesso alla formazione specialistica non era consentito ai titolari di specializzazione o di diploma di formazione specifica in medicina generale.

Corte di Cassazione Sentenza Terza Sezione Civile n. 19564/2004

Il medico è responsabile per il solo "contatto" con il paziente

Per la responsabilità del medico non è necessario un contratto ma è sufficiente un "contatto" con il paziente. Lo ha stabilito la terza sezione civile della Corte di Cassazione, con sentenza n. 19564 del 2004, sostenendo che il medico che consente il ricovero di un paziente, pur essendo a conoscenza delle carenze della struttura sanitaria nella quale lavora, può essere chiamato a risarcire i danni eventualmente subiti dal paziente. Il rapporto professionale, infatti, nasce anche in assenza di un vero e proprio contratto "formale" tra medico e malato e quindi di un obbligo di prestazione da parte del professionista; ciò, tuttavia, non lo esonera dal rispetto a precisi doveri di comportamento verso chi si è affidato alle sue cure "entrando in contatto con lui", indipendentemente dall'esistenza di un impegno formale. La responsabilità del medico ospedaliero per danni subiti da un paziente da lui assistito è del tipo contrattuale, perché derivante da contratto sociale. Infatti, la prestazione resa dal medico al paziente è sempre la stessa, vi sia o non vi sia alla base un contratto d'opera professionale tra i due soggetti. Ciò è dovuto al fatto che, trattandosi di professione protetta, il servizio reso non può essere diverso a seconda se esista o non esista un contratto. Queste connotazioni comportano che l'esercizio della professione sanitaria deve essere svolto sempre allo stesso modo, senza possibilità di distinguere se alla prestazione sanitaria il medico sia tenuto contrattualmente o meno.

a cura di Paola Carnevale

P REVIDENZA

Precisazioni sulle prestazioni dell'Enpam

A seguito di alcuni chiarimenti richiesti nell'ultimo Consiglio nazionale Anaao Assomed da alcuni colleghi, ritengo di dover chiarire quali sono le prestazioni attualmente fornite dal Fondo generale Enpam. Al compimento del 65° anno di età, a decorrere dal mese successivo e con 5 o 15 anni di anzianità contributiva, a seconda dei casi, il Fondo generale Enpam, al quale sono obbligatoriamente iscritti tutti i medici compresi gli ospedalieri, eroga la pensione ordinaria di vecchiaia. Tale trattamento previdenziale è costituito dalla somma della "Quota A" relativa ai contributi che si pagano al Concessionario esattoriale e della "Quota B" che spetta agli iscritti che hanno contribuito al Fondo della Libera professione (fra questi anche gli ospedalieri che esercitano la professione intramoenia oppure extramoenia). All'iscritto al Fondo generale Enpam può inoltre essere erogata la pensione di invalidità per inabilità assoluta e permanente all'esercizio dell'attività professionale, invalidità che viene accertata dall'apposita Commissione medica costituita presso ciascun Ordine. Viene garantita – anche per l'iscritto che al raggiungimento dei 65 anni di età non ha raggiunto l'anzianità minima per il pensionamento (5 anni di anzianità contributiva in caso di costanza d'iscrizione al Fondo oppure, in caso di precedente cancellazione, 15 anni di contribuzione) – la restituzione dei contributi che è un'indennità formata dall'88% dei contributi versati, maggiorati degli interessi semplici al tasso annuo del 4,50%.

In caso di morte del sanitario, con meno di 5 anni di anzianità contributiva e già cancellato o radiato dagli albi professionali, l'indennità viene liquidata ai superstiti, con le stesse aliquote previste per le pensioni indirette o di reversibilità.

Per i superstiti inoltre è prevista dal mese successivo al decesso dell'iscritto in costanza di contribuzione al Fondo la pensione indiretta, mentre ai superstiti di iscritto già pensionato deceduto viene erogata la pensione di reversibilità.

Altra cosa sono invece le prestazioni assistenziali che il Fondo generale Enpam elargisce all'iscritto e ai suoi superstiti. Tali prestazioni sono previste sia per gli iscritti alla "Quota A"

(tutti i medici) sia per i contribuenti alla "Quota B" (coloro che svolgono la libera professione, anche intramuraria ed extramuraria in caso degli ospedalieri).

Queste prestazioni vengono erogate agli iscritti, ai pensionati e ai loro superstiti in condizioni economiche disagiate oppure colpiti da infortunio, malattia o da eventi di particolare gravità e che versano in precarie condizioni economiche. Per usufruire delle prestazioni assistenziali deve essere presentata un'apposita domanda, tramite il competente Ordine e occorre avere un reddito complessivo non superiore a quattro volte il minimo Inps.

Le prestazioni assistenziali straordinarie della "Quota A" sono relative a spese per interventi chirurgici, cure sanitarie o fisioterapiche non a carico del Ssn, spese di assistenza ad anziani, malati non autosufficienti, portatori di handicap, difficoltà contingenti del nucleo familiare sopravvenute entro i dodici mesi successivi alla malattia o al decesso dell'iscritto, spese funerarie, spese straordinarie per eventi imprevisti. Tali prestazioni possono essere richieste non più di due volte per ogni anno solare. Sono inoltre previsti sussidi assistenziali per gli orfani ai fini scolastici, per ospitalità in case di riposo, per assistenza domiciliare, per il concorso nel pagamento degli oneri per interessi su mutui, ricostruzione o riparazione della casa o dello studio professionale nella misura del 75% degli oneri stessi a seguito di calamità naturali. Alle suddette prestazioni assistenziali si aggiungono quelle che prevede il Fondo generale per gli iscritti alla "Quota B" e ai loro superstiti che vengono erogate ai medici e agli odontoiatri che abbiano contribuito al Fondo per almeno un anno nel triennio anteriore alla presentazione della domanda. Queste sono prestazioni assistenziali per invalidità temporanea, prestazioni assistenziali straordinarie nei casi di invalidità e premorienza, sussidi assistenziali aggiuntivi per l'assistenza domiciliare, interventi aggiuntivi per calamità naturali.

Gian Mario Santamaria

CAF: DAL 10 MARZO IL NUOVO SERVIZIO PER GLI ASSOCIATI

Da giovedì 10 marzo 2005 sono operativi gli uffici del Caf costituiti dalla Cida a cui l'Anaa Assomed è confederata

Gli iscritti all'Associazione potranno rivolgersi alle sedi Anaa Assomed oppure alle sedi delle altre associazioni Federate alla Cida presenti nelle città di seguito indicate - nei giorni e nell'orario che verranno successivamente comunicati - per richiedere l'assistenza fiscale a condizioni economiche estremamente vantaggiose. Sarà sufficiente prendere un appuntamento per ricevere i consigli di un fiscalista professionista.

Possono usufruire del servizio anche i familiari degli iscritti a cui verranno applicate le medesime condizioni economiche.

I SERVIZI OFFERTI

	Pubblico	Soci
■ Modello 730 (compilazione, controllo e trasmissione)	€ 40	25
■ Modello 730 integrato per ogni allegato integrativo	€ 15	10
■ Modello UNICO (semplice)	€ 80	50
■ Modello UNICO (allegati aggiuntivi)	€ 50	30
■ Dichiarazione I.C.I. (per unità imm.)	€ 25	15
■ Modelli pagamento I.C.I. (per bollettino)	€ 10	5
■ Modello RED/INPS	Gratis	
■ Modello I.S.E.E.	(da definire con il Comune sede periferica)	

DOCUMENTI DA PRESENTARE

- Dichiarazione (mod. 730 o mod. Unico) presentata nell'anno 2004
- CUD riferito al 2004
- Documentazione per detrazioni (mutui, assicurazioni vita, contributi, spese mediche, polizza auto, pensioni alimentari, etc.)
- Mod. F24 2004 (acconti e saldi IRPEF versati nel corso dell'anno 2004)
- Riferimenti relativi all'attuale datore di lavoro
- Ricevuta della polizza RC auto (quietanza anno 2004)

In seguito sarà possibile anche richiedere assistenza per:

- Successioni
- Assistenza contenzioso fiscale tributario
- Consulenza legale
- Contratti di locazione
- Finanziamenti Regionali
- Amministrazione Personale
- Servizi contabili (IVA - Contabilità - Visure)

GLI UFFICI CAF

SEDE	FEDERAZIONE	INDIRIZZO	TELEFONO PER UTENTI	FAX
ANCONA	Anaa-Assomed	Via Giacomo Matteotti 12	071203209	071203209
BOLOGNA	Anaa-Assomed	Via Marconi, 71	051249124	051249181
CAGLIARI	Anaa-Assomed	VIA Cimarosa, 123	070482553	0704529975
CATANIA	Anaa-Assomed	VIA S. Paola 8	095441085	095438692
GENOVA	Anaa-Assomed	Via Porta d'Archi, 3 int.6	010312151	010312151
REGGIO CALABRIA	Anaa-Assomed	Via Vittorio Veneto, 69	0330371561	d.saraceno@libero.it
TORINO	Anaa-Assomed	Corso Sommellier, 32	011501076	
TERNI	Anaa-Assomed	Via Filippo Turati 22	0744287468	0744287488
BARI	Cida	Via Pizzoli 8 - 70121	0805282946	0805752950
CAMPOBASSO	Cida	Via G. Mazzini 101/C	0874438183	0874438183
NAPOLI	Cida	Via Orazio 92 - 80122	81681189	081669924
PALERMO	Cida	Via B. Gravina 52	0916085401	
PESCARA	Cida	Via G. Galilei 65	08527348	0854229746
TRENTO	Cida	da confermare	0461239929	0451233722
AGRIGENTO	Federdirigenticredito	Gioieni 178		
BERGAMO	Federdirigenticredito	Via Cucchi 6		064403421
BRESCIA	Federdirigenticredito	Via Tosio 1		
LECCE	Federdirigenticredito	Via Carlo Russi 3/C	0832307086	
PADOVA	Federdirigenticredito	Piazza Papa Giovanni XXIII 2/B		
SALERNO	Federdirigenticredito	Via R. Mauri 49		
UDINE	Federdirigenticredito	Via Gorgi 15	043225001	
FIRENZE	Federmanager	Via Baracca 235/E	0553436617	0553427947
LATINA	Federmanager	Via degli Eroi del Lavoro 5	0773691334	0773695776
MILANO	Federmanager	Via Larga 31	02583761	0258307557
PARMA	Federmanager	Via del Conservatorio 2	0521386707	0521386187
PIACENZA	Federmanager	Pzza S. Antonio 1	0523336937	0523388966
PISA	Federmanager	Via Garibaldi 194	05094101	
TARANTO	Federmanager	Corso Italia 340/d	099335943	099335943
TORINO	Federmanager	Via S. Francesco da Paola 20	00115625588230/231	0115625703
TRIESTE	Federmanager	Via Coroneo 1	040371090	040634358
VARESE	Federmanager	Via Monastero Vecchio 45	0332313198	0332310343
VERONA	Federmanager	Pzza Renato Simoni 3	0045594388-0458008775	
FOGGIA	Funzione Pubblica	Viale Luigi Pinto 87		

DIRIGENZA MEDICA

Il mensile dell'Anaa Assomed

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

direttore
Serafino Zucchelli

direttore responsabile
Silvia Procaccini

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

coordinamento editoriale
Cesare Fassari

hanno collaborato:
**Arianna Alberti, Eva Antoniotti, Paola Carnevale, Lucia Conti
Gian Mario Santamaria, Stefano Simoni**

Progetto grafico e impaginazione:
Daniele Lucia, Barbara Rizzuti

Editore

Italpromo Esis Publishing

Via dei Magazzini Generali 18/20, 00154 Roma
Telefono 065729981 - fax 0657299822

Registrazione al Tribunale di Milano n.182/2002 del 25.3.2002
Sped. in abb. postale - D.L. 353/2003
(conv. in L. 27/02/2004 n. 46) art. 1, comma 1, DCB ancona
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 febbraio 2005