Verso le elezioni: rendiconto di cinque anni della Conferenza dei governatori tra richieste

«Stato sempre invadente e

Successi e fallimenti 2005-2010: da Santa Trada ai due «Patti», dai piani

ROMANO COLOZZI, CAPOFILA DEGLI ASSESSORI AL BILANCIO

«Senato federale indispensabile»

Saluta la legislatura agli sgoccioli con soddisfazione per i progressi compiuti nell'interazione Governo-Regioni, segnala l'accordo sugli ammortizzatori sociali e il Patto sulla salute come sintesi eccellenti del confronto istituzionale, addita il nodo del federalismo fiscale come prima emergenza della Conferenza che verrà. Ma avverte: il problema delle "invasioni di campo" «va risolto definitivamente con la creazione di un Senato federale». È questo che davvero preoccupa **Romano Colozzi**, assessore al Bilancio della Regione Lombardia, espertissimo anche di questioni sanitarie, che festeggia un decennio di frequentazione "assidua" della Stato-Regioni.

Insomma, a fine percorso Stato e Regioni si saluteranno da "quasi amici"?

In questa legislatura abbiamo conseguito risultati molto significativi. E su alcune vicende si è fatto un vero e proprio salto di qualità. In particolare l'accordo sugli ammortizzatori sociali è emblematico di cosa vuol dire leale collaborazione Stato-Regioni. Altrettanto importanti sono stati i Patti per la salute: l'ultimo, in particolare, raggiunto in un momento di acute tensioni finanziarie. Ma nei rapporti quotidiani resta una difficoltà di fondo che coinvolge il triangolo Regioni-Governo-Parlamento.

È evidente che la riforma del 2001 non è ancora entrata fino in fondo nella consapevolezza dei diversi soggetti politici, chiunque governi e chiunque si trovi in Parlamento.

Romano Colozzi

È l'annoso problema delle violazioni di competenze.

È su questo che si inceppa di solito il lavoro della Stato-Regioni. E le resistenze più grandi si incontrano proprio nella macchina ministeriale. Questo è un problema serio. Se non lo si risolve corriamo due rischi: il conflitto permanente o la paralisi. E un circolo vizioso che va spezzato. E serve un senato federale per riuscirci.

A proposito di ministeri: avete sperimentato anche chiusura e rinascita della Salute... Il bilancio?

Sia la scelta di un ministero della Salute accorpato - voluta dal Governo precedente - che quella di un ministero disaggregato - come deciso da quello attuale - può avere punti di valore. Credo che alla fine la scelta di mantenere in vita un ministero della Salute sia più funzionale e più utile, ma forse bisognerebbe riflettere se non avrebbe più senso accorpare alla Salute, invece che al Lavoro, anche le politiche assistenziali. Mi rendo conto però di quanto sarebbe complessa la redistribuzione politica e amministrativa di funzioni assegnate a ministeri diversi.

Sempre in tema di ministeri, quanto hanno pesato le questioni finanziarie e i rapporti con l'Economia nella attuale Legislatura?

I problemi che le Regioni hanno affrontato in campo sanitario si sono incrociati spesso pesantemente con quelli finanziari. Oggi la politica sanitaria è fatta da scelte specificamente sanitarie delegate alle Regioni dal Titolo V da scelte su come finanziare il bisogno e la domanda di Sanità, che per la dimensione del fenomeno attengono alle competenze di un altro ministero.

In tutti i confronti ci sono gli alti e bassi. La partita del Patto per la salute si è chiusa anche con l'intervento sostanziale dell'Economia: tra le posizioni iniziali della trattativa - che per i finanziamenti facevano riferimento ai fondi previsti in Finanziaria - e la conclusione finale, c'è di mezzo una mole di risorse non indifferente, sia per il primo anno che in una dinamica evolutiva. Su altre vicende il problema è assai più complicato.

Parla del nodo dei Fas?

È il tema che caratterizza lo scontro in atto: la programmazione era stata fatta prima dello scoppio della crisi; le dimensioni di quest'ultima hanno indotto il Governo a chiedere di ridefinire assieme le strategie di investimento collocandole all'interno del nuovo quadro. Forse il Governo avrebbe potuto coniugare di più questa legittima richiesta di ridefinizione dei programmi con la tempistica che si era impegnato a rispettare e su cui sono sorti molti problemi per le Regioni. Ma quello che ha contribuito a complicare la matassa in modo quasi inestricabile è stata la previsione - peraltro sottoscritta da tutte le Regioni - dell'utilizzazione del Fas per la copertura dei disavanzi sanitari. Il tema è complicato: stiamo parlando, specie per il Sud, di risorse enormi e in alcune Regioni - è il caso della Calabria - non è stato neppure possibile trovare per ora una convergenza su come quantificare i disavanzi pregressi in assenza di prove documentali inoppugnabili.

Mentre si fanno i conti sui Fas, sullo sfondo restano temi cruciali come Lea e federalismo: cosa dobbiamo aspettarci?

L'accordo sul federalismo fiscale è stato un momento particolarmente significativo di questa Legislatura, ma è rimasto purtroppo insoluto - perché il Governo non ha avuto il coraggio di fare una scelta - il nodo gordiano del rapporto tra un federalismo incentrato sulle funzioni legislative e un federalismo incentrato sul finanziamento delle funzioni fondamentali degli enti locali. Questo è un buco nero che rischia di mettere in crisi tutto il meccanismo.

Per quanto riguarda i Lea io sinceramente non capisco perché non li si approva: non so se sono subentrati ripensamenti su possibili impatti finanziari. Questa è una domanda da rivolgere al ministero.

Superata questa tornata elettorale che aspetto potrebbe assumere la Conferenza?

Comunque vadano le elezioni, che ci sia una maggioranza di centro-sinistra o una maggioranza di centra-destra, che ci sia una maggioranza molto forte o risicata, credo che la Conferenza ha una sola possibilità di sopravvivere: quella di attestarsi su un confronto con Governo e Parlamento che tenga ferma la barra sul rispetto delle rispettive competenze istituzionali. È chiaro che c'è sempre un aspetto politico che incide nel momento in cui si formulano proposte e posizioni. Ma è altrettanto vero che la Conferenza delle Regioni, che è una libera associazione non prevista da nessuna legge come obbligatoria, sta in piedi finché i singoli soggetti riescono a trovare un punto di incontro accettabile. E credo che il punto di incontro non possa riguardare le consonanze o dissonanze col Governo in carica: la Conferenza sarebbe continuamente spaccata in due.

Viceversa i casi in cui le Regioni si sono radicalmente differenziate sono stati decisamente una minoranza. Chi spera che ci sia più sintonia con il Governo in carica deve sempre tener conto che - in attesa del governo federale - è interesse di tutti non far precipitare le situazioni fino al punto di far scomparire la Conferenza delle Regioni.

Un tema che le sarebbe piaciuto lasciar chiuso in questa Legislatura e quello che sarà cruciale per la prossima?

Quello che sarà cruciale per la prossima è senz'altro il federalismo fiscale: o si gioca subito quella partita, oppure andiamo in un corto circuito da cui non si esce più.

Un punto su cui non abbiamo trovato una soluzione adeguata è la questione del Patto di stabilità. Andiamo avanti per approssimazioni: una riflessione organica, non meramente tecnica o ragionieristica ma politica, su come coniugare compatibilità finanziarie e garanzia del mantenere in capo a Regioni, Comuni e Province una capacità operative e di sviluppo è una sintesi ancora da trovare.

Sara Todaro

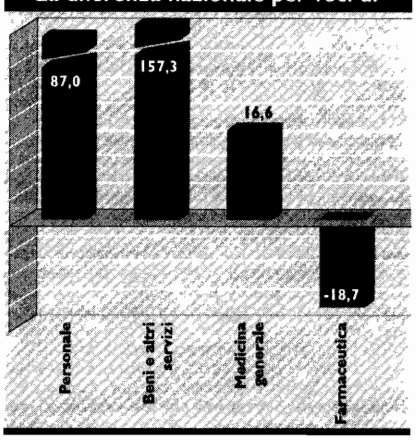
Scatta il conto alla rovescia per le elezioni amministrative in tredici Regioni. Ed è tempo di bilanci per i cinque anni passati. Che sono stati densi di eventi, di scontri e confronti col Governo. E di partite che restano in sospeso.

Un bilancio difficile da trarre. Che tre degli assessori di punta in questi anni, sostanzialmente condividono. Lamentando ancora le invasioni di campo dei Governi in competenze e poteri ormai regionali. Voglia di centralismo che resiste, insomma. Ma c'è anche un comune sentire, che poi da tempo confermano tutti (o quasi) i governatori: la necessità di compattezza, qualsiasi Governo sia al comando, per difendere la propria autonomia. E insieme la responsabilità di quella autonomia. Del resto, lo dicono i «Patti», ormai le spese in più extra budget nazionale, se le pagano le Regioni col proprio bilancio. Con più tasse e compartecipazioni dei cittadini, peraltro.

Ma cosa lascia dopo 5 anni la Conferenza dei presidenti? Al primo posto c'è il federalismo fiscale - anticipato nel 2006 dall'altolà regionale alle previsioni del Dlgs 56/2000 con l'accordo di Santa Trada - che ora va applicato anche con la nascita di una Camera delle Regioni. Un successo e un limite, dunque. Poi due «Patti per la salute» in cui i governatori hanno ottenuto incrementi di risorse e controllo dei piani di rientro e dei commissariamenti e un Piano sanitario nazionale, disegnato in base alle esigenze di salute e programmazione del territorio. Attenzione però: nel 2010 il fondo è cresciuto meno che in tutto il quinquennio e c'è il forte rischio di rosso anche nelle Regioni "virtuose".

Oltre ai "pilastri" istituzionali di Patti e federalismo, decine di provvedimenti hanno caratterizzato la legislatura trascorsa: dalla sburocratizzazione avviata dal 2006 con il provvedimento che ha cancellato le certificazioni inutili fino ai decreti Brunetta che sono le Regioni a dover applicare nella loro autonomia e su cui sono intervenute per ottenere

La diferenza nazionale per voci di



Le più alte e le più basse differenze pro capite (in euro) di spesa

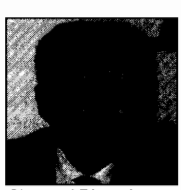
Chi aumenta di più (euro								
Bolzano	236	V. d'Aosta	358	Molise	47	Piemonte	22	Piemonte
Friuli V.G.	160	Friuli V.G.	267	Puglia	34	V. d'Aosta	10	V. d'Aosta
Basilicata	147	Lazio	224	Basilicata	32	Lombardia	-5	Lombardia
Chi aumenta di meno (euro								
Abruzzo	64	Calabria	112	Calabria	14	Calabria	-33	Calabria
Umbria	56	Trento	103	Campania	7	Sicilia	-33	Sicilia
Veneto	25	Bolzano	37	Trento	4	Sardegna	-36	Sardegna

CONSUNTIVI, EREDITÀ E RISCHI FUTURI: PARLA

E Bissoni lascia dopo

Dopo le elezioni lascia. A 57 anni farà il pensionato («ho 39 anni di contributi, dalle mie parti si lavora da ragazzini:) occupandosi «gratis» di politica a livello territoriale («ma non di Sanità»). **Giovanni Bissoni**, da 15 anni storico assessore alla salute in Emilia Romagna, ha attraversato tutte le vie crucis del Ssn dal 1995 a oggi. In pratica, le ha viste tutte. E ci spiega i pericoli da evitare in questo particolare incrocio politico. Parola di chi nel 2006 è stato sul punto di diventare ministro.

Quindici anni da assessore alla Sanità: Bissoni, lei ha vissuto le più importanti trasformazioni del Ssn. Proprio dal 1995, l'anno di avvio dell'aziendalizzazione...



Giovanni Bissoni

È vero. Poi la riforma Bindi, il Titolo V, i Patti per la salute: ho vissuto tutte le ultime stagioni della Sanità italiana.

E che sistema è quello che stiamo attraversando?

È il frutto di passaggi fondamentali che hanno realizzato un Ssn come insieme di servizi sanitari regionali. Dove esistono due grandi famiglie: chi ha costruito un sistema che riesce a dare buoni servizi e che si misura anche con l'equilibrio economico-finanziario; e chi non è riuscito a recuperare un divario che anzi per alcuni aspetti è aumentato. Dopodiché nella valutazione dei servizi esistono differenze legate ai modelli che le varie Regioni hanno costruito.

Dal 1995 c'è stato un passo avanti o un arretramento?

Sono convinto, con le differenze di cui dicevo, che la maggior parte delle Regioni eroghino un'assistenza al livello delle aree più avanzate d'Europa. Da questo punto di vista il Ssn è fortemente cresciuto. Il punto debole è che purtroppo questa crescita non è omogenea.

Il problema insomma resta il Sud, siamo sempre lì...

È così. Tuttavia adesso i piani di rientro sono qualcosa di diverso da quelli di inizio Duemila, quando nacquero solo come piani di manovra finanziaria. Oggi cercano di tenere insieme l'equilibrio economico-finanziario e un'idea di riorganizzazione del sistema. Abbiamo perso molto tempo pensando che usare il bastone e la carota fosse sufficiente a stimolare una rinascita dei servizi sanitari, mentre c'era bisogno di un'azione di affiancamento, non solo in termini di verifiche, ma anche di sostegno e di investimento.

E il federalismo fiscale sarà la panacea di tutti i mali?

Non esiste una panacea di fronte a problemi di questa gravità. Sarebbe già importante che il federalismo venisse attuato, come dice la legge, in un clima di solidarietà nazionale e quindi con le risorse per i Lea messe a disposizione di tutte le Regioni a prescindere dalla loro capacità di ricchezza. Bisogna che ci si renda conto che è un problema di tutto il Paese se al Sud la Sanità è incapace di rispondere in termini assistenziali corretti. Per questo l'ultimo Patto comincia a far entrare la Conferenza delle Regioni nel governo dei piani di rientro.

Quella dei commissariamenti è una strada giusta?

Governare la Sanità implica avere la forza di fare delle scelte. Scelte a volte difficili nelle normali dialettiche locali. Semplificare in via straordinaria per alcuni periodi questi percorsi, indubbiamente può dare una mano. Ma sia chiaro: non si può ipotizzare che il destino della Sanità sia quello di essere governata dai commissari.

Federalismo vorrà dire costi standard. Non sarà facile...

Su tale questione stanno girando strane idee. Come quella secondo cui i

GAS 10 communication
HEALTH CARE
È IL NOSTRO CORE BUSINESS

Il Sole 24 ORE
Sanità

GAS 10 communication
10 ANNI DI SUCCESSI INSIEME

LAVORO&PROFESSIONE

A PAG. 25 **CONVENZIONI.** Pre-intesa per specialisti e pediatri di base, Mmg ancora fumata nera
A PAG. 26 **FISCO.** È obbligatoria l'imposta di bollo sulla ricevuta che il medico rilascia al paziente
A PAG. 27 **CONSULTA.** Corretti i limiti di 15 anni per la domanda di revisione della malattia professionale

Al Consiglio FnomCeo il presidente Bianco chiede una riforma organica delle neo-professioni sanitarie

«Ordini, nuova delega al Governo»

Obiettivo: evitare i rischi di un sistema asimmetrico - Le proposte sulla sicurezza stradale

Evitare una riorganizzazione asimmetrica delle neo-professioni sanitarie e lavorare a una riforma organica e completa che comprenda anche i «vecchi» ordini. È il messaggio lanciato dal presidente della FnomCeo, **Amedeo Bianco**, nel corso dell'ultimo Consiglio nazionale, che si è svolto a Roma, alla fine di febbraio.

Il cuore dell'intervento, approvato per acclamazione dal Consiglio, ha infatti riguardato il Ddl 1142: «Istituzione degli ordini e albi delle professioni sanitarie infermieristiche ostetrico-riabilitative, tecnico-sanitarie e della prevenzione», in discussione presso la Commissione Igiene e Sanità del Senato.

«Abbiamo sempre sostenuto che il processo di organizzazione delle professioni sanitarie - sottolinea Bianco - le nuove e le vecchie, va affrontato in modo organico. Bisogna infatti ricordare che l'80% delle professioni - 350mila infermieri, 15mila ostetriche e 20mila tecnici radiologi - con la legge 233, era già regolamentato attraverso i collegi, che hanno lo stesso valore degli ordini. A queste si aggiungono 17 nuove professioni che necessitano della definizione di albi, come strumento fondamentale per governarle. Ma se la parola d'ordine è parificare, con questa legge si rischia di riformare solo una parte delle professioni lasciando al palo i vecchi ordini (medici, farmacisti e veterinari)». «L'impatto di questo provvedimento - aggiunge Bianco - sugli ordini, sebbene assenti insieme ai farmacisti e veterinari nelle previsioni del disegno di legge, sarebbe negativo. Saremo oggettivamente risucchiati da questa disposizione generale che norma organizzazione, gestione, attribuzioni degli ordini delle professioni sanitarie».

Bisogna lavorare a un testo condiviso

Per questa ragione, Bianco ha invitato i presidenti degli ordini provinciali ad abbandonare l'opposizione tout court e a lavorare nell'ottica di questo provvedimento, per inserire una delega che consenta al governo di normare anche i vecchi ordini. In altre parole, secondo FnomCeo, va cambiato il titolo del Ddl 1142 aggiungendo a quello originario il seguente: «E delega al Governo per la riorganizzazione degli Ordini delle professioni sanitarie di medico chirurgo, odontoiatra, farmacista e veterinario». Un'ipotesi emendativa sulla quale c'è stato un confronto con il ministro della Salute, **Ferruccio Fazio**: «Il ministro si è reso disponibile - ha annunciato Bianco nel corso del Consiglio - a percorrere lo strumento della delega e ha già fissato un incontro con la relatrice del disegno di legge, la senatrice **Laura Bianconi**, per valutare questa possibilità».

Un altro capitolo affrontato è stato quello sulle disposizioni in materia di sicurezza stradale (atto del Senato 1720). La bozza in discussione, in particolare, prevede che il medico curante trasmetta ai servizi legali delle Asl le segnalazioni sulle condizioni cliniche dei pazienti che possono determinare pregiudizio alla guida di autoveicoli. «La questione è delicata e molto avvertita: il nostro timore - spiega Bianco - è che questo compito costituisca un pregiudizio nel rapporto medico-paziente. La conseguenza sarebbe infatti che il paziente, per non subire un danno sociale, eviterebbe i propri medici. Il conflitto è tra due tutele di pari dignità: da una parte va salvaguardato il rapporto di fiducia medico-paziente, dall'altra la salute collettiva. Per questo vanno trovati meccanismi terzi, che amplifichino le due tutele. La nostra proposta è questa: far muovere in modo proattivo i servizi legali delle Asl, che già hanno un'ampia disponibilità di elenchi di Drg, da cui desumere, magari a campione, eventuali problematiche».

Pronti emendamenti della Federazione

Sulla questione la FnomCeo è stata sentita in Parlamento: «Il ministero - ha detto il presidente - sta predisponendo un emendamento che dovrebbe raccogliere senso e merito delle nostre preoccupazioni».

Rosanna Magnano

© RIPRODUZIONE RISERVATA

ALLARME DEGLI ENDOCRINOLOGI

Tiroide: 100 milioni l'anno di test inutili

Per verificare la funzionalità della tiroide potrebbe essere sufficiente soltanto l'esame della tireotropina (Tsh), con un risparmio di quasi 100 milioni di euro all'anno. E invece per uno screening di base, si effettuano moltissimi esami tiroidei non strettamente necessari, con un appesantimento dei costi per il cittadino e per il Ssn.

L'allarme è dell'Associazione medici endocrinologi, che ha evidenziato un uso spesso inappropriato degli esami diagnostici prescritti sia dai medici di famiglia che daglin specialisti. Per inquadrare le problematiche tiroidee più comuni non sarebbe sempre necessario effettuare il dosaggio degli ormoni fT3 e fT4. In particolare, in una prima indagine si potrebbe usare l'esame del "Tsh riflesso", en solo se questo risultasse alterato si farebbe una serie di indagini a cascata, effettuati utilizzando la stessa provetta di sangue. Lo spiega Roberto Castello, segretario nazionale dell'Ame e direttore dell'Aou di endocrinologia di Verona, «In Italia abbiamo circa il 10% della popolazione affetta da problemi alla tiroide. Soltanto il "gozzo" costa alla Sanità pubblica 150 milioni l'anno. Con un uso più appropriato degli esami, ci potrebbero essere risparmio e maggiore velocità diagnostica, senza diminuire la qualità». Per scoprire infatti se la tiroide ha problemi di funzionamento bastano un prelievo del sangue e un'attesa di un'ora e mezza. Solo dopo questo primo check, potrebbe essere necessario proseguire con analisi più approfondite.

Nell'azienda sanitaria di Verona è stata fatta un'indagine molto significativa, con l'aiuto dei colleghi della Società italiana di medicina di laboratorio: 1.704 cittadini che non avevano mai effettuato esami ormonali sono stati sottoposti a prelievo del sangue e a esame del Tsh. Di questo campione di popolazione, soltanto 100 persone hanno evidenziato anomalie e, quindi, hanno avuto bisogno di ulteriori indagini. Le principali società scientifche ha calcolato che il dosaggio di fT3 andrebbe richiesto solo nel 10% dei casi, e quello di fT4, nel 60% dei casi. Invece, solitamente i Mmg preferiscono andare subito a fondo con le indagini, anche per una primissima diagnosi di funzionamento. E non perché siano inutilmente zelanti, ma perché le malattie della tiroide sono in aumento in tutta Italia: tuttavia, l'esame del livello di Tsh nel sangue è in grado da solo di evidenziare se la tiroide funziona troppo (ipertiroidismo) o poco (ipotiroidismo). Ma questo spreco non è soltanto causato dallo zelo dei Mmg.

Non esiste infatti nel nomenclatore il codice per l'esame del Tsh riflesso, come segnala ancora Castello, «Oggi questo strumento a livello di Sanità pubblica è presente a macchia di leopardo. In Piemonte una delibera ha invitato espressamente le Asl a poterla utilizzare e lo stesso sta succedendo nella Provincia di Trento e, tra breve, anche in Emilia Romagna. A Verona, il Tsh riflesso è utilizzato dal 2000, con una flessione di almeno il 40%. degli esami "extra", con un risparmio a livello di Aou pari a 150mila euro annui».

Lucilla Vazza

© RIPRODUZIONE RISERVATA

LE SCADENZE FISCALI DI MARZO

DI ALBERTO SANTI

Martedì 16

■ Sostituti d'imposta - Redditi di lavoro dipendente e assimilati - Versamento addizionali regionali e comunali
Le addizionali regionale e comunale sui redditi di lavoro dipendente e assimilati sono dovute al momento in cui vengono eseguite le operazioni di conguaglio, con possibilità di avvalersi al massimo di undici rate (il versamento è dovuto invece in unica soluzione allorché cessi il rapporto di lavoro).

■ Iva - Versamento mensile
Ultimo giorno per eseguire il versamento, da parte dei contribuenti mensili, dell'Iva a debito, risultante dalla differenza fra l'imposta esigibile del mese precedente risultante dalle operazioni attive registrate o da registrare e l'imposta risultante dai documenti di acquisto registrati. Il versamento, se di importo superiore a 25,82 euro, va effettuato mediante il modulo F24; se l'ammontare del debito verso l'Erario non supera tale limite, il versamento si opera unitamente a quello di marzo.

■ Iva - Versamento annuale
Ultimo giorno per il versamento, senza maggiorazione, dell'Iva a debito risultante per il 2009 da evidenziare nella dichiarazione annuale. Il versamento va effettuato in forma rateizzata e con applicazione degli interessi con scadenza entro il giorno 16 di ogni mese. Per i soggetti tenuti alla presentazione della dichiarazione unificata annuale, il versamento può essere effettuato entro il termine previsto per il pagamento delle somme dovute in base a tale dichiarazione, maggiorando le somme con gli interessi nella misura dello 0,40% per ogni mese o frazione di mese successivo alla predetta data del 16 marzo.

■ Società di capitali - Tassa annuale libri sociali
Per le società di capitali è dovuta, indipendentemente dal numero di libri e registri tenuti e dalle pagine che li compongono, la tassa annuale di 309,87 euro (elevata a 516,46 euro se il capitale sociale eccede 516.456,90 euro). Il versamento si esegue con delega bancaria, utilizzando il codice 7085. Il modello deve essere presentato con modalità telematiche.

■ Iva - Comunicazione dei dati contenuti nelle dichiarazioni d'intento ricevute
I soggetti che cedono beni o forniscono servizi nei confronti di contribuenti che si avvalgono della facoltà di effettuare acquisti senza applicazione dell'imposta, hanno l'obbligo di comunicare all'agenzia delle Entrate i dati contenuti nelle dichiarazioni d'intento ricevute. Il modello di comunicazione va inviato esclusivamente per via telematica.

■ Contributi Inps - Versamento mensile
Scade oggi il termine per il versamento dei contributi Inps dovuti sulle retribuzioni dei dipendenti di competenza del mese precedente, da eseguirsi tramite modello F24. Il modello deve essere presentato con modalità telematiche per i titolari di partita Iva, ovvero, a un'azienda di credito convenzionata, al concessionario della riscossione o a un ufficio postale abilitato, per i non titolari di partita Iva.

■ Inps - Contributo alla gestione separata
Entro oggi deve essere versato alla gestione separata dell'Inps il contributo sui compensi corrisposti nel mese precedente ai soggetti tenuti all'iscrizione nell'apposita gestione separata Inps, ai sensi della legge 335/95.

IL TESTO PER LA SPECIALISTICA AMBULATORIALE

Pubblichiamo il testo della pre-intesa per il rinnovo del 2° biennio economico 2008-2009 di specialisti, veterinari, biologi, chimici e psicologi ambulatoriali.

Art. 1

Istituzione del referente nelle Uccp

1. Nelle Unità complesse delle cure primarie (Uccp) di cui all'art. 31-*bis* Acn 23 marzo 2005 e s.m.i. per la disciplina dei rapporti con i medici specialisti ambulatoriali, veterinari e altre professionalità, è istituito il ruolo del referente unico.

2. Gli Accordi regionali individuano le specifiche funzioni, i compiti e le responsabilità del referente unico dell'Uccp definendone i criteri e le modalità per la sua nomina da parte delle aziende sanitarie, stabilendo anche il compenso da corrispondere.

3. Il referente unico si avvale della collaborazione dei coordinatori delle aggregazioni funzionali di cui all'art. 30-*bis* Acn 23 marzo 2005 e s.m.i.

4. L'onere complessivo del compenso di cui al comma 2 viene finanziato attraverso la quota assegnata agli Accordi integrativi regionali dal presente Acn.

Art. 2

Disposizioni sui flussi informativi e comunicazioni "paperless"

1. Le informazioni previste all'articolo 28-*bis* dell'Acn 23 marzo 2005 e s.m.i. e più in generale qualsiasi altra informazione rilevante sotto il profilo del rapporto convenzionale, vengono trasmesse dal medico all'azienda sanitaria e da quest'ultima al medico esclusivamente attraverso modalità informatizzate e l'impiego della posta elettronica certificata.

2. Tale obbligo decorre con la tempistica prevista al 1° comma dell'art. 28-*ter* dell'Acn 23 marzo 2005 e s.m.i., fatto salvo quanto previsto al comma 3 dell'art. 28-*bis* del medesimo Acn.

Art. 3

Livelli di contrattazione

1. L'Accordo collettivo nazionale si caratterizza come momento organizzativo ed elemento unificante del Ssn, nonché come strumento di garanzia per i cittadini e per gli operatori.

2. I tre livelli di negoziazione previsti dalla normativa vigente (nazionale, regionale e aziendale) devono risultare coerenti col quadro istituzionale definito dal nuovo titolo V della Costituzione, rispettando i principi di complementarietà e mutua esclusione che devono rendere razionale l'intero processo di contrattazione.

3. Il livello di negoziazione nazionale si svolge attorno ad aspetti di ordine generale quali a esempio:

- La definizione dei compiti e delle funzioni del personale sanitario convenzionato, a partire dall'attuazione dei livelli essenziali e uniformi di assistenza;
- La dotazione finanziaria complessiva a disposizione dei tre livelli di negoziazione per gli incrementi da riconoscere al personale sanitario convenzionato in occasione del rinnovo contrattuale;
- La responsabilità delle istituzioni, Regioni e aziende sanitarie, nei confronti della piena applicazione dell'Acn.

4. Il livello di negoziazione regionale, Accordo integrativo regionale, definisce obiettivi di salute, modelli organizzativi e strumenti operativi per attuarli, in coerenza con le strategie e le finalità del Servizio sanitario regionale e in attuazione dei principi e dei criteri concertati a livello nazionale.

5. Il livello di negoziazione aziendale, Accordo attuativo aziendale, specifica i progetti e le attività del personale sanitario convenzionato necessari all'attuazione degli obiettivi individuati dalla programmazione regionale.

6. È abrogato l'art. 2 Acn 23 marzo 2005 e s.m.i.

Art. 4

Indicazioni per i prossimi accordi integrativi regionali

1. I prossimi Air dovranno svilupparsi lungo il processo di attuazione delle nuove forme organizzative (Aft e Uccp), individuate con l'Acn 29 luglio 2009, affrontando in particolare i seguenti aspetti:

a) relazioni funzionali tra i professionisti convenzionati che operano nell'ambito di dette forme organizzative, avendo riguardo in particolare alle nuove funzioni di valenza comune espletabili nel nuovo contesto collaborativo e quelle tra gli stessi professionisti e l'azienda sanitaria;

b) azioni per favorire gli utenti e l'accesso ai servizi, con particolare riferimento a:

- accessibilità giornaliera di almeno 12 ore ai servizi dell'Uccp (con sede di riferimento o con sede unica)
- possibilità di accesso in tempo reale, per i professionisti convenzionati operanti nelle sedi di Uccp, ai dati clinici di tutti gli assistiti del territorio di riferimento
- individuazione e potenziamento della strumentazione diagnostica di base disponibile presso la sede dell'Uccp
- potenziamento dell'assistenza domiciliare e residenziale, con individuazione di personale infermieristico dedicato
- sviluppo delle attività di prevenzione e dei programmi assistenziali rivolti ai casi più complessi;

c) miglioramento della presa in carico degli assistiti affetti da patologia cronica e adesione ai livelli assistenziali di diagnosi e cura previsti dai percorsi diagnostico-terapeutici-assistenziali (Pdta) condivisi;

d) definizione e monitoraggio di indicatori di qualità dell'assistenza anche con la finalità di misurazione dello stato di salute degli assistiti portatori di patologia cronica;

e) valutazione dell'appropriatezza dei servizi erogati, inclusa la misurazione dell'impatto sui consumi complessivi e specifici degli assistiti affetti da patologia cronica;

f) messa a punto dei percorsi di assistenza interdisciplinare integrata, ambulatoriale e domiciliare, a favore dell'anziano e dell'anziano fragile, coinvolgenti tutte le competenze professionali operanti in ambito distrettuale, con la partecipazione delle Aft e delle Uccp;

g) rafforzamento dei sistemi di sorveglianza e controllo nella sicurezza alimentare nell'ambito dei programmi della medicina veterinaria.

Art. 5

Tempistica degli accordi integrativi regionali

1. Gli Accordi integrativi regionali (Air) sono siglati e resi operativi dagli appositi provvedimenti regionali entro 12 mesi dall'entrata in vigore del presente Acn.

2. Qualora in una Regione tale termine non venga rispettato, le risorse definite dal presente Acn per l'Air vengono attribuite come segue:

- per ciascun settore di attività, secondo le stesse modalità e proporzioni concordate per l'attribuzione della quota nazionale degli incrementi contrattuali definiti dal presente Acn;
- tali incrementi contrattuali sono riconosciuti agli specialisti, ai veterinari e ai professionisti convenzionati previa riduzione del 10%;
- la Regione interessata adotta i provvedimenti conseguenti.

Art. 6

Funzioni dello specialista ambulatoriale responsabile di branca e del coordinatore dell'Aft

1. Il responsabile di branca specialistica di cui all'art. 30 dell'Acn 23 marzo 2005 e s.m.i., ha il compito di coordinare gli specialisti ambulatoriali appartenenti alla medesima branca, per assicurare le specifiche attività nell'ambito dei programmi aziendali.

2. Il coordinatore dell'Aft di cui all'art. 30-*bis* comma 4 dell'Acn del 23 marzo 2005 e s.m.i., assicura il coordinamento delle attività degli specialisti ambulatoriali delle diverse branche nell'ambito dei programmi aziendali e al fine del loro impegno nelle Uccp.

3. Gli accordi regionali valutano le condizioni e le opportunità di istituire il responsabile di branca dei medici veterinari, degli psicologi, dei biologi e dei chimici, tenuto conto della consistenza numerica a livello aziendale dei convenzionati di riferimento.

Art. 7

Impiego degli specialisti ambulatoriali e degli altri professionisti convenzionati nell'assistenza domiciliare e residenziale e nelle Uccp

1. L'azienda assicura, in accordo con il referente dell'Uccp, la presenza degli specialisti ambulatoriali e degli altri professionisti convenzionati sulla base delle esigenze rilevate.

2. Nell'ambito della Uccp, lo specialista ambulatoriale e gli altri professionisti convenzionati hanno il compito di garantire l'assistenza specialistica definita dalla programmazione aziendale ai pazienti che accedono ai servizi di quella Uccp, nonché ai pazienti che devono essere assistiti al proprio domicilio o presso altre strutture residenziali.

3. L'attività dello specialista ambulatoriale e degli altri professionisti convenzionati nell'ambito della Uccp si svolge in accordo con l'attività degli altri medici convenzionati operanti nella medesima Uccp (assistenza primaria, continuità assistenziale, pediatria di famiglia ecc.) e viene coordinata dal referente della stessa Uccp.

Art. 8

Aumenti contrattuali

(Omissis)

Art. 9

Modifiche e integrazioni all'Acn 23 marzo 2005 e s.m.i.

(Omissis)

L'ARTICOLATO PER LA PEDIATRIA DI LIBERA SCELTA

Pubblichiamo il testo della pre-intesa per il rinnovo del 2° biennio economico 2008-2009 dei pediatri di libera scelta, firmata il 2 marzo scorso.

Art. 1

Istituzione del referente nelle Uccp

1. Nelle Unità complesse delle cure primarie (Uccp) di cui all'art. 26-*ter* Acn 15 dicembre 2005 e s.m.i. per la disciplina dei rapporti con i medici pediatri di libera scelta, è istituito il ruolo del referente unico.

2. Gli Accordi regionali individuano le specifiche funzioni, i compiti e le responsabilità del referente unico dell'Uccp definendone i criteri e le modalità per la sua nomina da parte delle aziende sanitarie, stabilendo anche il compenso.

3. Il referente unico si avvale della collaborazione dei coordinatori delle aggregazioni funzionali *(omissis)*.

4. L'onere complessivo del compenso di cui al comma 2 viene finanziato attraverso la quota assegnata agli Air dal presente Acn.

Art. 2

Modifiche alle norme vigenti sull'incompatibilità

1. Fatti salvi i criteri di incompatibilità già sanciti dall'art. 17 Acn 2005 e s.m.i., ai sensi dell'art. 4, comma 7, della legge 412/1991 è incompatibile con lo svolgimento delle attività previste dal presente accordo il medico che sia iscritto negli elenchi dei Mmg convenzionati ai sensi dell'art. 8, comma 1 Dlgs 502/1992 e s.m.i.

2. Le clausole negoziali difformi sono abrogate.

Art. 3

Disposizioni sui flussi informativi e comunicazioni "paperless"

1. Dal momento dell'avvio a regime da parte della Regione o Provincia autonoma della rete informatica regionale di cui all'art. 58-*ter* dell'Acn 15 dicembre 2005 e s.m.i., nell'ambito dell'indennità informatica prevista dall'art. 58, lett. b), comma 10, del citato accordo, rientra anche l'invio da parte del singolo pediatra del flusso informativo riferito alle informazioni clinico-sanitarie contenute nella scheda individuale di cui all'art. 44 comma 2, lett. d), Acn 2005 e s.m.i., utili per la generazione del "patient summary", così come definito nell'ambito dell'Nsis.

2. L'individuazione dei pazienti affetti da patologie croniche o da particolari problemi di salute per i quali è prevista l'integrazione della quota capitaria di cui all'art. 10 del presente accordo viene effettuata con criteri definiti a livello regionale. Per tali pazienti i pediatri di libera scelta partecipano a percorsi di presa in carico e gestione integrata e inviano all'azienda sanitaria uno specifico prospetto informativo *(omissis)*. I dati epidemiologici da trasmettere nel prospetto informativo sono concordati e condivisi a livello regionale.

3. Le informazioni di cui al presente articolo, così come quelle previste all'articolo 58-*bis* dell'Acn 2005 e s.m.i. e più in generale qualsiasi altra informazione amministrativa rilevante sotto il profilo del rapporto convenzionale, vengono trasmesse dal medico all'azienda sanitaria e da quest'ultima al medico esclusivamente attraverso modalità informatizzate e l'impiego della posta elettronica certificata.

4. Tale obbligo decorre con la tempistica prevista al 1° comma dell'art. 58-*ter* dell'Acn 15/2005 e s.m.i., fatto salvo quanto previsto al comma 4 dell'art. 58-*bis* del medesimo Acn.

Art. 4

Livelli di contrattazione

1. L'Acn si caratterizza come momento organizzativo ed elemento unificante del Ssn, nonché come strumento di garanzia per i cittadini e per gli operatori.

2. I tre livelli di negoziazione previsti dalla normativa vigente (nazionale, regionale e aziendale) devono risultare coerenti col quadro istituzionale definito dal nuovo titolo V della Costituzione *(omissis)*.

3. Il livello di negoziazione nazionale si svolge attorno ad aspetti di ordine generale quali ad esempio: la definizione dei compiti e delle funzioni del personale sanitario convenzionato, a partire dall'attuazione dei Lea; la dotazione finanziaria complessiva a disposizione dei tre livelli di negoziazione per gli incrementi da riconoscere al personale sanitario convenzionato in occasione dei rinnovi contrattuali; la responsabilità delle istituzioni, Regioni e aziende sanitarie, nei confronti della piena applicazione dell'Acn.

4. Il livello di negoziazione regionale, Air, definisce obiettivi di salute, modelli organizzativi e strumenti operativi per attuarli, in coerenza con le strategie e le finalità del Ssr e in attuazione dei principi e dei criteri concertati a livello nazionale.

5. Il livello di negoziazione aziendale, Accordo attuativo aziendale, specifica i progetti e le attività del personale sanitario convenzionato necessari all'attuazione degli obiettivi individuati dalla programmazione regionale.

6. È abrogato l'art. 2 Acn 2005 e s.m.i.

Art. 5

Indicazioni per gli Air

1. I prossimi Air dovranno svilupparsi lungo il processo di attuazione delle nuove forme organizzative (Aft e Uccp), individuate con l'Acn 29 luglio 2009, affrontando in particolare i seguenti aspetti:

a) relazioni funzionali tra i professionisti che operano nell'ambito di dette forme organizzative, avendo riguardo in particolare alle nuove funzioni di valenza comune espletabili nel nuovo contesto collaborativo, e quelle tra gli stessi professionisti e l'azienda sanitaria;

b) azioni per favorire gli utenti e l'accesso ai servizi, con particolare riferimento a:

- accessibilità giornaliera di almeno 12 ore ai servizi dell'Uccp (con sede di riferimento o con sede unica);
- possibilità di accesso in tempo reale, per i professionisti operanti nelle sedi di Uccp, ai dati clinici di tutti gli assistiti del territorio di riferimento,
- individuazione e potenziamento della strumentazione diagnostica di base disponibile presso la sede dell'Uccp,
- potenziamento dell'assistenza domiciliare e residenziale, con individuazione di personale infermieristico dedicato,
- sviluppo della medicina d'iniziativa, delle attività di prevenzione e dei programmi assistenziali rivolti ai casi più complessi,

c) miglioramento della presa in carico degli assistiti affetti da patologia cronica e adesione ai livelli assistenziali di diagnosi e cura previsti dai Pdta condivisi;

d) definizione e monitoraggio di indicatori di qualità dell'assistenza anche con la finalità di misurazione dello stato di salute degli assistiti cronici;

e) valutazione dell'appropriatezza dei servizi erogati, inclusa la misurazione dell'impatto sui consumi complessivi e specifici degli assistiti affetti da distinta patologia cronica.

Art. 6

Tempistica degli Air

1. Gli Air sono siglati e resi operativi dagli appositi provvedimenti regionali entro 12 mesi dall'entrata in vigore del presente Acn.

2. Qualora in una Regione tale termine non venga rispettato, le risorse definite dal presente Acn per l'Air di quella Regione vengono attribuite come segue:

- secondo le stesse modalità e proporzioni concordate per l'attribuzione della quota nazionale degli incrementi contrattuali definiti dal presente Acn;
- tali incrementi contrattuali sono riconosciuti ai medici convenzionati previa riduzione del 10%;
- la Regione interessata adotta i provvedimenti conseguenti entro 30 giorni.

Art. 7

Gestione delle liste degli assistiti dai pediatri di libera scelta

1. Al fine di garantire l'assistenza pediatrica ai bambini con età inferiore a 6 anni, laddove se ne ravvisi la necessità, la Regione può modulare la gestione delle liste degli assistiti dai pediatri di libera scelta con l'obiettivo di attribuire la priorità all'inserimento a questa categoria di assistiti secondo criteri definiti fra le parti.

2. Al medesimo fine, qualora il calcolo del rapporto ottimale non consenta la pubblicazione di una zona carente al fine di garantire il diritto all'assistenza pediatrica e alla libera scelta del cittadino, le aziende, sulla base degli indirizzi regionali, possono procedere a individuare un'ulteriore zona carente nel medesimo ambito.

Art. 8

Indicazioni per lo sviluppo dell'assistenza domiciliare

1. La visita domiciliare è un servizio che il pediatra mette in atto quando ritiene necessario *(omissis)*.

2. La visita domiciliare deve corrispondere in generale a criteri di appropriatezza e di efficacia basati sull'evidenza.

3. Nei confronti degli assistiti caratterizzati da condizioni cliniche di particolare gravità, il pediatra di famiglia garantisce l'assistenza domiciliare in coerenza con il Piano terapeutico e con i percorsi assistenziali definiti a livello regionale. Tali condizioni sono rappresentate da: malattie genetiche invalidanti; artropatie con grave limitazione funzionale; patologie onco-ematologiche; immunodeficienza congenita e acquisita; soggetti politraumatizzati; cerebropatici e cerebrolesi con forme gravi; cardiopatie congenite a rischio di scompenso emodinamico; insufficienza respiratoria; insufficienza renale; distrofia muscolare.
La Regione in relazione alla propria realtà epidemiologica può decidere di sostituire una o più condizioni cliniche riferite a patologie croniche incluse in questo elenco.

4. Il programma delle visite domiciliari a favore degli assistiti di cui al comma precedente viene inserito nel flusso informativo di cui al comma 2 dell'art. 3.

Art. 9

Impiego degli specialisti ambulatoriali nell'assistenza domiciliare e residenziale e nelle Uccp

(Omissis)

Art. 10

Aumenti contrattuali

(Omissis)

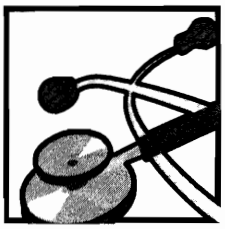
Art. 11

Modifiche Acn 15 dicembre 2005 e s.m.i

(Omissis)

CONVENZIONI/ Siglate le pre-intese per il rinnovo del 2° biennio economico

Specialisti e pediatri firmano



Aumenti del 3,2%: agli accordi regionali va l'1,2% - Uccp, sì al referente

Un coordinatore delle aggregazioni funzionali che collabora attivamente con il referente delle Unità complesse delle cure primarie. Un flusso informativo paperless tra medico e azienda sanitaria. Aumenti del 3,2%, con l'1,2% riservato alla contrattazione integrativa locale, che assume sempre più rilevanza. E un meccanismo di salvaguardia per evitare che le intese decentrate non vadano in porto: se entro un anno (ma probabilmente la tempistica sarà rivista) non si siglano, scatta il taglio del 10% degli incrementi previsti. Sono queste le novità comuni alle pre-intese firmate il 2 marzo alla Sisac per il rinnovo del secondo biennio economico 2008-2009 di specialisti ambulatoriali e pediatri di libera scelta (i testi sono pubblicati nella pagina accanto). Accordi raggiunti a una condizione: saranno corretti nel caso in cui per i medici di medicina generale si concordassero condizioni migliorative.

Specialisti, veterinari&Co. L'articolato siglato da Sumai, Cisl medici e Federazione medici Uil (ma non ancora dallo Smi) per specialisti ambulatoriali, veterinari, biologi, chimici e psicologi profila per gli specialisti due possibilità di carriera: il responsabile di branca e il coordinatore delle aggregazioni funzionali, chiamati a collaborare con il referente Uccp. Gli accordi regionali dovranno stabilire percorsi di assistenza interdisciplinare per gli anziani, ma anche soluzioni per i cronici. Sparite, invece, le norme sulle incompatibilità. «Si intravede un sistema organizzato della specialistica territoriale», commenta **Roberto Lala**, segretario Sumai.

Pediatri. Due le innovazioni più significative per la pediatria di libera scelta: l'invio on line del patient summary e la garanzia di assistenza domiciliare per i pazienti affetti da dieci malattie croniche, elencate nel pre-accordo firmato da Fimp e Cipe. La questione della carenza di pediatri per i bimbi tra 0 e 6 anni in alcune aree del Paese è stata risolta prevedendo che la Regione possa «modulare la gestione delle liste», «secondo criteri definiti tra le parti». «Senza che nessuno abdicasse al proprio ruolo - dice **Giuseppe Mele**, presidente Fimp - sindacato e parte pubblica hanno chiuso nel migliore dei modi possibili».

Manuela Perrone

© RIPRODUZIONE RISERVATA

NUOVO ROUND DOPO LA FUMATA NERA DI MERCOLEDÌ

Medici di famiglia, si decide in settimana: lo scoglio è il patient summary

Fumata nera, mercoledì scorso, per i medici di famiglia: il sogno della pre-intesa sul secondo biennio economico 2008-2009 si è infranto contro lo scoglio del patient summary, l'obbligo dell'invio della scheda con i dati di ogni paziente. Falliti i tentativi di mediazione (la Fimmg ha chiesto che fosse inserito solo come sperimentazione) il tavolo si è aggiornato a martedì 9 marzo. Se si troverà l'accordo, non è escluso che lo stesso giorno tutti i convenzionati possano firmare l'intesa definitiva.

«Pur registrando importanti progressi non ci sono ancora le condizioni per la firma», ha commentato **Giacomo Milillo**, segretario Fimmg, alla fine della lunga giornata di trattativa della scorsa settimana. Al nuovo round la Fimmg arriverà con le indicazioni del Consiglio nazionale urgente convocato per domenica 7 marzo. L'obiettivo è rifare il punto sulla proposta Sisac sul patient summary, che prevede una serie di passaggi graduali: l'invio sperimentale per i primi sei mesi riferito ai soli over 75; l'invio nei sei mesi successivi relativo anche ai cronici; stabilizzato quest'ultimo flusso, l'invio generalizzato per tutti i pazienti. Fino al consolidamento «per l'utilizzo da parte del pronto soccorso».

Di fatto dalla scelta della Fimmg, che ha quasi il 65% delle deleghe, dipenderà la conclusione. Gli altri sindacati continuano a evidenziare le ombre del testo, ma in caso di firma saranno costretti ad accodarsi, come avvenuto per la convenzione 2009, pena l'esclusione dai tavoli regionali. «Una firma coatta», sintetizza **Maria Paola Volponi** dello Smi. Che resta in stato di agitazione con Snami. «Non si riescono a intravedere i vantaggi di questo rinnovo», ha ribadito il presidente **Angelo Testa**. «Ma è impossibile accettare che l'1,2% degli aumenti sia destinato al livello regionale, e che possa servire a finanziare i referenti delle Uccp, cioè a pochi a discapito dei molti». **Nicola Preiti** (Fp Cgil medici) denuncia un altro punto capestro: «Tutto il 2% dell'incremento nazionale va ai medici per gli assistiti over 75. Per gli altri non c'è nulla».

Convenzionati al 1° gennaio 2009

Assistenza primaria	46.107
Continuità assistenziale	15.815
Emergenza sanitaria territoriale	2.991
Medicina dei servizi	1.925
Specialisti ambulatoriali	15.145
Altri (veterinari, psicologi, biologi, chimici)	1.303
Pediatria	7.644
Totale complessivo	90.930

Fonte: Sisac

Gli aumenti in pista

Decorrenza	Quota capitaria	Quota oraria
Arretrati 2008	0,51 €/anno per assistito	0,15 €/ora
Arretrati 2009	4,12 €/anno per assistito	1,23 €/ora
Decorrenza	Quota capitaria	Quota oraria
dall'1/1/2010	4,40 € (assistiti 0-6 anni)	0,62 €/ora
dall'1/1/2010	0,25 € (assist. ai cronici)	
dall'1/1/2010	1,54 € (Air)	0,46 (Air)

SANITÀ RISPONDE

Per facilitare i lettori, i quesiti dovranno specificare l'area di interesse, identificandola nel modo seguente:

- **A** Lavoro e professione
- **B** Organizzazione e gestione
- **C** Diritti, doveri, etica
- **D** Fisco
- **E** Previdenza
- **F** Sanità privata

I quesiti possono essere inviati tramite fax al n. 0630226484 o all'indirizzo e-mail: redazione.sanita@ilsole24ore.com oppure possono essere spediti a: Il Sole-24 Ore Sanità, "Sanità Risponde" Piazza Indipendenza 23 b/c - 00185 Roma

E LAUREA: COME RISCATTARE GLI ANNI

Sarebbe mia intenzione riscattare gli anni di laurea ma nessuno mi ha saputo dire della loro convenienza e se sarà possibile anticipare la pensione. Preciso che sono medico dipendente da un'azienda sanitaria dal 2001 e ho frequentato l'università da novembre 1992 a ottobre 1998.

(P.M.)

Il riscatto degli anni di studio, se ricadenti anche solo in parte nel periodo antecedente al 1° gennaio 1996 consente di rientrare nel cosiddetto sistema "misto", che prevede la possibilità di pensionamento con le stesse regole del retributivo e pertanto anticipa (in questo caso di 6 anni) la possibilità di andare in pensione d'anzianità, fermo restando il raggiungimento del requisito richiesto dell'età. L'importo del riscatto è deducibile dal reddito ai fini Irpef, e dal 2008 per i pagamenti rateali non sono più previsti interessi.

E DOPPIA PENSIONE: COSÌ LA REVERSIBILITÀ

Sono un medico avanti con l'età. Percepisco due pensioni: quella relativa al periodo di dipendente ospedaliero e quella dell'Enpam. In caso di decesso mia moglie percepirà entrambe?

(R.B.)

In caso di decesso del titolare i trattamenti pensionistici posseduti sono regolarmente trasferiti, reversibilità, al coniuge sopravvissuto o/e agli aventi diritto. Il trattamento di reversibilità prevede una riduzione del suo importo in presenza di redditi del superstite.

C TRASPARENZA E PUBBLICITÀ SANITARIA

Desidero sapere quali sono le condizioni attuali e ordinistiche per la pubblicità sanitaria.

(M.C.)

Il cosiddetto decreto Bersani (decreto legge 223/2006), convertito dalla legge 248/2006, in conformità ai principi comunitari di libera concorrenza e di libertà di circolazione di persone e servizi e per assicurare agli utenti un'effettiva facoltà di scelta nell'esercizio dei propri diritti e di comparazione delle prestazioni offerte sul mercato, ha abrogato le disposizioni legislative e regolamentari che prevedono, con riferimento alle attività libero professionali e intellettuali, «il divieto, anche parziale, di svolgere pubblicità informativa circa i titoli e le specializzazioni professionali, le caratteristiche del servizio offerto, nonché il prezzo e i costi complessivi delle prestazioni secondo criteri di trasparenza e veridicità del messaggio il cui rispetto è verificato dall'Ordine». L'Ordine ha potere di verifica della veridicità del contenuto della pubblicità per eventuali segnalazioni agli organi competenti.

a cura di Claudio Testuzza

B MOBILITÀ: SE SCATTA LA NOVAZIONE

Nel comparto Sanità che rapporto esiste tra concorsi e mobilità? Il passaggio di un dipendente da un'azienda all'altra produce novazione nel rapporto di lavoro con cancellazione delle ferie residue e/o altre penalizzazioni?

(A.A.)

Fino all'entrata in vigore del Dlgs 30 marzo 2001 n. 165, per le aziende sanitarie ricoprire i posti vacanti voleva dire scegliere liberamente tra il fare ricorso alle procedure di mobilità o indire concorsi pubblici. L'alternativa tra le due possibilità sembrava superata con l'entrata in vigore dell'art. 6, comma 1, del citato decreto legislativo che consentiva alle singole aziende la libera scelta tra i due strumenti. Successivamente però veniva adottata tutta una serie di provvedimenti indirizzati a favorire la mobilità. È pertanto diventato importante ricordare che la mobilità non comporta novazione del rapporto di lavoro (Ccnl dell'8 giugno 2000) e che il rapporto prosegue a tutti gli effetti con il nuovo datore di lavoro. Tuttavia, gli istituti normo-economici che abbiano valenza annua e non siano strettamente connessi a un particolare evento (ferie, cumulo ore di aggiornamento, tredicesima mensilità ecc.) dovrebbero essere chiusi al momento del trasferimento in quanto non sembra corretto che effetti derivanti dal pregresso servizio ricadano sull'azienda ricevente. Emblematico è il caso delle ferie: è inconcepibile che un dipendete prenda servizio presso un'altra azienda con un pesante carico di ferie arretrate.

a cura di Gherardo Pagnoni

A I CONTRATTI DI COLLABORAZIONE

Con la presente si chiede se, dopo la c.d. legge Biagi, sia necessario individuare uno specifico progetto per poter stipulare contratti di collaborazione con gli infermieri professionali o se si possa procedere esclusivamente alla stipula di contratti libero professionali tout court.

(S.B.)

L'articolo 61 Dlgs 276/2003 - nel prevedere che i rapporti di collaborazione coordinata e continuativa debbano essere riconducibili a uno o più progetti specifici o programmi di lavoro o fasi di esso, introducendo la tipologia del contratto di collaborazione a progetto - ha escluso da tale previsione «le professioni intellettuali per l'esercizio delle quali è necessaria l'iscrizione in appositi albi professionali...». Nel caso di specie, posta l'esistenza di un apposito albo professionale, ove le prestazioni siano rese secondo le modalità proprie del lavoro autonomo (dunque, senza esercizio da parte della struttura del potere disciplinare, direttivo, gerarchico e di controllo) in maniera continuativa con tali lavoratori sarà possibile continuare a stipulare contratti di collaborazione coordinata e continuativa (cosidetti co.co.co.).

a cura di Giovanni Costantino (Studio Costantino)

Un'anticipazione dell'indagine Fiaso-Agenas sui bisogni formativi del management

Come si costruisce il manager

Nei dipartimenti si deve saper programmare, gestire carriere e incarichi

La Sanità e la sua gestione non si può improvvisare più. Soprattutto a certi livelli. Dove capacità e conoscenze che si traducono in competenze sono ormai irrinunciabili. Ne è convinta la Fiaso, la Federazione che riunisce Asl e Ao, che insieme all'Agenas sta realizzando un'ampia ricerca sui bisogni formativi del management sanitario. Un'indagine che sarà presentata nei prossimi mesi con la benedizione del ministero della Salute. E che viene anticipata in questa pagina con il primo identikit di una delle funzioni aziendali investigate attraverso interviste ad hoc con gli stessi operatori sanitari: quello dei «direttori dei dipartimenti clinico gestionali ospedalieri».

Cosa serve, dunque, per fare un buon direttore di dipartimento? Secondo le interviste effettuate in 8 strutture (tra Asl, Ao e un Irccs) ci sono alcune capacità e conoscenze che vanno assolutamente sostenute a colpi di formazione, soprattutto in prospettiva. Ecco quali. Innanzitutto tra le capacità direzionali ritenute più utili ci sono quelle di «orientamento ai risultati» e di «apertura all'innovazione». Poi l'«autonomia decisionale» è considerata importante «ma in molte realtà aziendali non sufficientemente sviluppata».

Secondo la ricerca «sorprende» poi la «rilevanza modesta» assegnata alla «gestione dei conflitti» visto che «una delle idee alla base dei dipartimenti è proprio quella di rendere più razionale l'allocazione dei pazienti tra le diverse unità operative e di sanare eventuali conflitti professionali che possano nascere soprattutto in tema di allocazione delle risorse, ma anche sulla progettazione dei processi clinici e assistenziali».

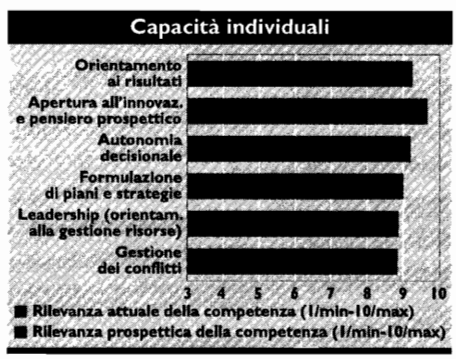
Le «conoscenze» che ottengono valutazioni maggiori sono relative alla «promozione e guida dei Pdta» (Percorsi diagnostici e terapeutici assistenziali», alle «innovazioni tecnologiche» (anche in ottica Hta), alle «tecniche di valutazione delle risorse umane» (gestione delle carriere e incarichi). Comportamenti clinici (Pdta), innovazione scientifica e tecnica (tecnologia), competenze individuali e motivazione (risorse umane) «sembrano quindi - avverte la ricerca - i banchi di prova su cui sviluppare la funzione dei dipartimenti».

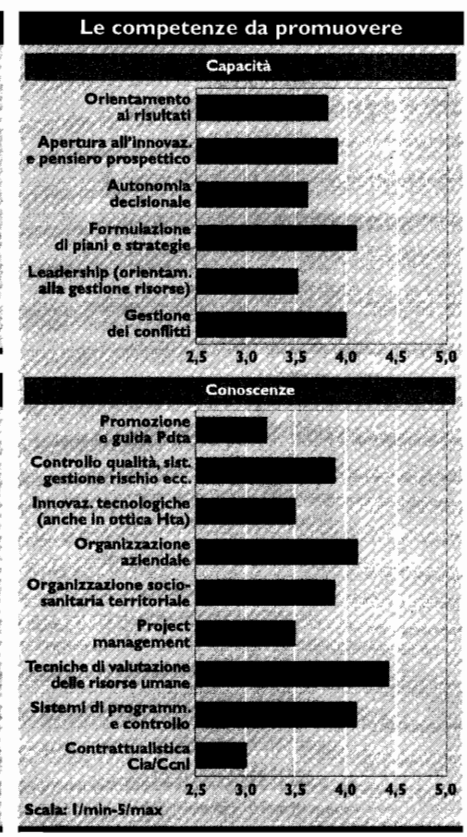
In conclusione in quali fronti la formazione è percepita più utile o promettente? Rispetto alle capacità di direzione, gli intervistati auspicano particolari investimenti formativi su «formulazione di piani e strategie» e su «gestione dei conflitti», capacità oggi valutate d'«importanza minore rispetto ad altre». Rispetto alle conoscenze specifiche, l'indicazione dell'indagine è di puntare su attività di formazione che «prediligano tematiche abbastanza classiche di management sanitario». E cioè: le tecniche di valutazione delle risorse umane (gestione delle carriere e incarichi), l'organizzazione aziendale e i sistemi di programmazione e controllo.

Secondo la ricerca Fiaso-Agenas è «interessante notare», infine, che la «promozione e guida dei Pdta» e le «innovazioni tecnologiche», sebbene ritenute «conoscenze centrali» per il futuro dei dipartimenti, sembrano conoscenze che richiedono «investimenti formativi minori». Le ragioni? Forse un livello di conoscenze già oggi adeguato o una «scarsa efficacia della formazione su tali conoscenze» o il fatto, infine, che il mancato esercizio di queste conoscenze derivi più da ragioni di ordine organizzativo che «da una carenza nelle conoscenze di tali argomenti».

Mar.B.

© RIPRODUZIONE RISERVATA





L'INTERVENTO

Politica meno invadente per chi è formato

DI VALERIO ALBERTI *

La campagna elettorale per le regionali di marzo vede anche questa volta la Sanità come il terreno privilegiato di confronto tra gli aspiranti governatori. Come è ovvio che sia, visto che i servizi sanitari regionali assorbono ben l'80% del bilancio delle stesse Regioni. Differenti sono le proposte per migliorare le performance evitando al contempo bilanci in rosso. Ma sull'esigenza di far compiere alla politica un passo indietro dalla gestione sanitaria c'è una convergenza bipartisan.

Un passo in avanti auspicabile sarebbe quello di fissare criteri più selettivi sia per le nomine che per la valutazione dei risultati, dai quali dovrebbe dipendere la conferma o meno degli incarichi. Al di là degli avvicendamenti al governo delle Regioni. Per far questo basterebbero tre mosse:

❶ ridurre la discrezionalità delle nomine inserendo tra i requisiti imprescindibili per gli incarichi di direzione quello del possesso di curricula formativi di attestata qualità;

❷ prevedere clausole contrattuali di salvaguardia dallo spoil system. Negli ultimi anni è stato meno esasperato rispetto al passato, ma ancora c'è da fare nella definizione dei criteri di conferma o revoca di direttori generali, direttori sanitari e amministrativi;

❸ stabilire, su base regionale, criteri oggettivi di valutazione delle performance aziendali centrate sull'efficienza gestionale, sulla capacità di contenere i costi e sui risultati conseguiti in termini di qualità dei servizi erogati e, a tali valutazioni, la riconferma o meno degli incarichi.

Il 74% dei Dg in aula solo dopo tre anni

Qualche passo avanti sui requisiti per le nomine verrebbe compiuto con l'approvazione del Ddl sul «governo clinico», il cui futuro iter parlamentare appare però quanto mai impervio. Qualcosa da subito si potrebbe però fare sul terreno cruciale della formazione e delle competenze necessarie per rivestire incarichi di direzione, stabilendone l'imprescindibilità ai fini della loro corresponsione.

Oggi per legge i direttori generali hanno l'obbligo di acquisire una formazione specifica in management sanitario entro 18 mesi dalla loro nomina. Ecco, basterebbe tanto per iniziare a uniformarsi a quel che già fanno nei Paesi europei con sistemi sanitari simili al nostro, come Francia, Gran Bretagna e Norvegia, dove la partecipazione a programmi formativi è obbligatoria ai fini della copertura dei ruoli dirigenziali in ambito sanitario. Da noi, invece, nonostante la maggior parte delle Regioni abbiano adottato modelli efficaci di formazione professionale, in particolare dei direttori generali, lo studio Agenas-Fiaso - che verrà presentato a maggio in un convegno nazionale a Roma - indica che la grande maggioranza degli stessi direttori generali - per l'esattezza il 74% - ha seguito un corso dopo aver ricoperto l'incarico per oltre 3 anni. Un dato, quest'ultimo, che si presta a due chiavi di lettura tutt'altro che antitetiche. Da un lato testimonia appunto la necessità di avviare processi formativi "a monte" Dall'altro ci dice però che esiste oramai un gruppo di persone adeguatamente formate e impegnate stabilmente in ruoli di direzione. Insomma, un gruppo professionale di manager della Sanità che si sta progressivamente costituendo. Perciò il management delle aziende sanitarie va ancor più "coltivato" attraverso percorsi formativi "permanenti", percorsi che qualifichino sempre di più, sul piano manageriale, anche i dirigenti sanitari e amministrativi della Sanità, utili non solo a una maggior efficacia della loro azione, ma anche validi come "vivaio" per incarichi dirigenziali da svolgere in modo qualificato e per eventuali progressioni verticali verso il top management. L'analisi che Fiaso ha compiuto insieme ad Agenas sulla formazione e sulle competenze dei Dg e di otto funzioni chiave per l'amministrazione e gestione aziendale smentisce l'immagine spesso più mediatica che reale di un management coltivato nel giardino della politica anziché in quello della formazione e gestione sanitaria. È infatti lo stesso identikit tracciato lo scorso anno dall'indagine Censis-Fiaso, quello di professionisti che in oltre il 60% dei casi ha coltivato esperienze pregresse in ambito medico-sanitario. Quella stessa indagine però rivelava che il 63% dei direttori generali giudica la propria sovranità limitata dalle intromissioni indebite della politica. Vincolare gli incarichi ai curricula professionali valorizzando la formazione può rivelarsi un'arma efficace per ridurre sensibilmente quella percentuale.

Serve un "vivaio" per i dirigenti

** Comitato di presidenza - Fiaso*

ONCOLOGIA/ Nella quarta edizione del «Libro bianco» degli oncologi Aiom la mappa

Contro i tumori meno letti e

Ricoveri in calo ma vola la spesa farmaceutica - Tecnologie: il Sud recupera

DI MANUELA PERRONE

Diminuiscono i posti letto, aumentano l'assistenza a domicilio e le cure palliative, vola la spesa farmaceutica, si riduce la forbice tra Nord e Sud. E intanto avanzano i "nuovi" servizi, come quelli di riabilitazione, a riprova della trasformazione del cancro da "male incurabile" a patologia cronica.

La mappa delle cure anti-tumore in Italia arriva dalla quarta edizione del Libro bianco realizzato dagli oncologi Aiom con il sostegno di Novartis e presentato il 3 marzo al ministero della Salute. Un'enorme mole di dati che, confrontati con le indagini passate (la prima, pilota, risale al 2000), dicono molto sulla strada intrapresa dall'oncologia negli ultimi anni. «Un documento prezioso», ha commentato il ministro **Ferruccio Fazio**, ricordando che «siamo tra i Paesi più avanzati per diagnosi, terapie e ricerca». Tanto che il dicastero sta lavorando alla costruzione di una «rete delle eccellenze».

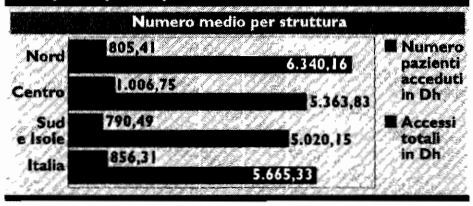
Il Libro bianco, che contiene anche un'utile Carta dei servizi con l'identikit delle 230 strutture censite, non è l'unica novità: l'Aiom, attraverso un gruppo di lavoro coordinato da **Evaristo Maiello**, ha prodotto e stampato le «Linee guida dell'oncologia italiana», che contengono le guidelines per 22 tipi di tumore.

Meno ospedale, più casa. Nelle oncologie diminuiscono i posti letto (sono in media 13 per struttura, contro i 17 del 2001) nonché numero e durata dei ricoveri ordinari: nel 2008 sono stati 627 in media, contro i 931 del 2004. Di contro, crescono ancora gli accessi al day hospital (5.700 contro 5.200) e aumenta il ricorso alle cure a domicilio. Il "file F", che agevola l'erogazione di farmaci per trattare a casa il paziente, nel 2009 era attivo in 3 centri su 4 (era in uno su due nel 2004). Ogni struttura, delle 77 che hanno risposto su questo tema, cura a domicilio 166 persone. E non c'è differenza tra Nord e Sud. L'assistenza domiciliare è comunque attiva nell'87% dei centri, a fronte del 18% di otto anni fa.

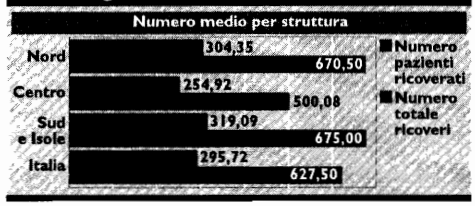
Tecnologie: il gap migliora ma non scompare. Dove lo squilibrio geografico ancora si fa sentire è nelle tecnologie. Però le dotazioni sono cresciute ovunque: le Pet sono triplicate e oggi sono disponibili nel 30% dei centri; scintigrafie e risonanze magnetiche sono quasi raddoppiate passando al 61 e al 90%. Il tasto dolente rimangono le radioterapie: al Sud sono presenti in meno della metà delle strutture, al Nord nel 56,7% e al Centro nel 73,7%. Le apparecchiature sono 32 nel Mezzogiorno e nelle Isole, 45 al Centro e 59 nel Settentrione.

Spesa in espansione. Cambiano le strategie anti-cancro ma la corsa della spesa non si ferma. Se quella per il personale galoppa (1,15 milioni di euro per centro, +30% rispetto al 2004), quella farmaceutica esplode: nel 2008 è stata di 2,2 milioni di euro per struttura, cresciuta del 90% rispetto al 2004. «È un dato che ci aspettavamo - ha detto Fazio - ed è legato soprattutto ai farmaci innovativi. Per rendere sostenibili questi costi abbiamo da-

Day hospital: pazienti e accessi totali 2008



Degenza ordinaria: ricoveri 2008



Posti letto

	Day
Italia	226
% sul totale	98,26
Ricoveri	
Italia	158
% sul totale	68,70

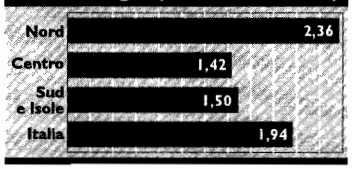
Spesa farmaceutica 2008 in euro

Macroregione	Numero strutture	Media
Nord	41	1.944.764,00
Centro	16	2.550.000,00
Sud e Isole	15	2.211.067,18
Italia	72	2.207.278,00

Spesa per personale 2008 in euro

Macroregione	Numero strutture	Media
Nord	30	1.056.281,00
Centro	8	1.090.852,28
Sud e Isole	15	1.537.024,74
Italia	53	1.152.422,56

Data manager (media x struttura)



Psicologi

TEST CLINICI IN CORSO A GENOVA

Prostata, prove tecniche di vaccino

DI GILBERTO FILACI *, FRANCESCO INDIVERI ** E PAOLO TRAVERSO ***

È appena partita al S. Martino di Genova una sperimentazione clinica di fase I per la valutazione degli effetti di un nuovo protocollo di vaccinazione terapeutica in pazienti affetti da carcinoma della prostata o del rene in stadio avanzato. L'Istituto Superiore di Sanità ha infatti recentemente approvato il protocollo e autorizzato la sperimentazione di un nuovo vaccino antitumorale.

Tale vaccino dovrebbe indurre nei pazienti affetti da tumore una risposta immunitaria capace di riconoscere le cellule maligne e di ucciderle. Il vaccino si fonda sull'impiego di frammenti di una molecola, chiamata telomerasi, che è molto concentrata nelle cellule tumorali, in quanto necessaria per la loro sopravvivenza, ma che generalmente non è presente nelle cellule sane. Pertanto, grazie al vaccino, i linfociti dei pazienti impareranno a riconoscere la telomerasi e a uccidere le cellule che la posseggono: quelle tumorali. Essendo la telomerasi presente in tutti i tumori, il vaccino potenzialmente può essere applicabile al trattamento di ogni tipo di malattia neoplastica. Peraltro, in questa prima fase la sperimentazione sarà limitata ai pazienti affetti da tumore della prostata o da tumore del rene in stadio molto avanzato.

Il tumore della prostata ha un'alta incidenza e un lungo periodo di latenza, sia nello sviluppo che nella progressione della malattia. In Italia, il tumore della prostata è il primo tumore che colpisce l'uomo, con un'incidenza del 12%, superando il tumore del polmone che arriva circa al 10 per cento.

Ogni anno in Italia si registrano 42.804 tumori con 9.070 decessi. Il tumore del rene rappresenta il 2-3% di tutte le neoplasie maligne. Circa 30mila nuovi casi vengono diagnosticati ogni anno negli Stati Uniti e 27mila in Europa. In Italia, il tumore del rene colpisce ogni anno circa 4mila persone. La terapia del carcinoma renale è basta sulla chirurgia radicale della malattia volta alla rimozione di tutto il tessuto neoplastico, che in casi di piccole lesioni può permettere anche il risparmio del rene interessato. La chemioterapia e l'immunoterapia sono a oggi armi solo parzialmente efficaci.

La relativa scarsa disponibilità di armi terapeutiche, eccettuata la chirurgia, sprona alla ideazione e sperimentazione di nuove soluzioni strategiche quali a esempio i vaccini terapeutici.

Questo originale protocollo di vaccinazione antitumorale, messo a punto grazie all'importante supporto finanziario della Compagnia di San Paolo di Torino, è il risultato di una stretta ed efficace collaborazione fra: 1) un gruppo di ricercatori afferenti al Centro di eccellenza per le ricerche biomediche (Cebr) dell'Università di Genova; 2) una piccola compagnia biotecnologica presente nel Bioindustry Park del Canavese denominata Genovax; 3) alcuni ricercatori della Clinica urologica dell'Università di Genova.

Lo studio, già cominciato qualche settimana fa con la somministrazione del vaccino al primo paziente, è condotto presso l'Università di Genova nell'Azienda ospedaliero-universitaria S. Martino. A nostra conoscenza si tratta di un evento che non ha molti esempi nella storia recente delle aziende Ospedale-Università e che permetterà alla Università genovese e all'Azienda S. Martino di entrare nel novero dei pochi centri nazionali che rappresentano un punto di riferimento per il trasferimento di terapie innovative dal campo strettamente sperimentale a quello umano, aprendo nuove vie al trattamento di malattie altrimenti non curabili. In tal senso tale progetto rappresenta la realizzazione di un modello di ricerca traslazionale capace di trasferire dati di laboratorio nella pratica clinica, concretizzando uno dei principali obiettivi delle istituzioni scientifiche ed educazionali che si adeguano ai più aggiornati standard internazionali.

Raggiungere questo scopo ha una valenza al tempo stesso scientifica e formativa che attesta la capacità dell'Ateneo e dell'Azienda ospedaliera convenzionata di generare prodotti appetibili per il mondo delle imprese, con ricadute sul territorio, e nuove conoscenze in grado di attirare gli studenti verso un polo di eccellenza.

** Professore associato di Medicina interna*
*** Professore ordinario di Medicina interna*
**** Ricercatore*

A BARI IL PUNTO DEGLI ESPERTI

Quando la neoplasia è ereditaria

DI ANGELO PARADISO * E FRANCO MUGGIA **

«Dottore, ora che io ho avuto un tumore alla mammella, cosa significa per mia figlia? Che probabilità ha di vivere la stesso dramma? C'è un modo per saperlo? Possiamo fare qualcosa per prevenirlo?». Domande frequenti per un oncologo alle quali possiamo rispondere con tante informazioni ma anche con tanti "non sappiamo". Proprio queste domande sono state al centro lo scorso settembre di due giorni di lavori che hanno visto i più importanti ricercatori statunitensi, europei e italiani confrontarsi a Bari sul tema «tumori mammari e ovarici ereditari».

Circa il 15-20% dei nuovi casi viene diagnosticato in famiglie che hanno già vissuto questa esperienza. Il cancro è una malattia molto frequente e quindi più casi per famiglia, probabilisticamente parlando, ci possono stare, anche solo per casualità. Ma nel 5-8% dei casi questa evenienza non viene ritenuta casuale e addirittura si ritiene che possa basarsi su una specifica alterazione genetica trasmissibile mendelianamente (di generazione in generazione). Per alcuni si riesce anche a individuare il gene "malato" tra i 100mila del genoma e addirittura il suo singolo nucleotide "sbagliato". Per i casi in cui l'alterazione genetica proprio non si riesce a identificare, i ricercatori ritengono che dipenda solo dai nostri attuali limiti tecnici. **Antonis Antoniou** dell'Università di Cambridge, Uk, ritiene che in futuro l'uso di chip per lo studio dell'intero genoma risolverà il problema.

In particolari famiglie, il rischio di avere un tumore alla mammella è anche associato a quello del tumore all'ovaio; questi due tumori, quando insorti su base ereditaria, risultano spesso associati ad alterazioni genetiche simili. Si possono così individuare i "cancri ereditari della mammella/ovaio" che in una percentuale di casi risultano direttamente legati alle alterazioni dei geni BRCA1 o 2. Mamma con gene BRCA alterato e figlia con la stessa mutazione significa per la figlia una probabilità di contrarre la malattia durante la sua vita del 50-70%.

Ma allora possiamo identificare sorelle e figlie che hanno "elevato rischio" di contrarre questa forma ereditaria di malattia? E cosa facciamo in questi casi? **Ellen Warner** del Sunnybrook Health Science Centre di Toronto (Canada) ha confermato con i suoi dati che la risonanza magnetica può essere realmente utile per una "sorveglianza intensiva" di queste donne che bisogna seguire ben prima dei 40-50 anni.

Possiamo addirittura prevenire questi tumori ereditari della mammella e dell'ovaio? Con **Oreste Gentilini** dell'Ieo di Milano abbiamo dimostrato che l'elevatissimo rischio di avere un secondo tumore nella mammella controlaterale (in circa il 25% dei casi) per queste donne, dopo il primo intervento chirurgico, può giustificare l'esecuzione di una mastectomia profilattica controlaterale ma il reale vantaggio di questo approccio chirurgico preventivo rimane da dimostrare rispetto all'uso della Rmn. **Lynda Roman** del Woman and Children Hospital di Los Angeles non sembra invece avere dubbi sull'utilità di una ovariectomia preventiva che, oltre a eliminare la probabilità di contrarre un tumore ovarico, ha anche un effetto preventivo sulla cancerogenesi mammaria.

Quale alternativa alla chirurgia preventiva, cioè in donne sane? Al momento poche, oltre la sorveglianza intensiva. È comunque oggi già proponibile alle donne sane di partecipare a uno studio di prevenzione farmacologica con antiestrogeni, antiaromatasici, retinoidi, tutte sostanze che in modelli animali, ma non solo, hanno già dimostrato di poter essere di grande utilità nel prevenire la cancerogenesi mammaria, alla sua base; cioè non far sviluppare il tumore e non solo diagnosticarlo in anticipo, quando ormai insorto.

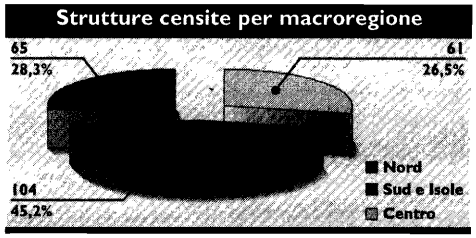
Gordon McVie dell'Ieo di Milano ha tratto le conclusioni in una tavola rotonda: maggiori programmi collaborativi internazionali e attenzione verso abitudini voluttuarie e alimentari tra le iniziative future auspicate. Da questo punto di vista, abbiamo ricordato che «Alleanza contro il cancro» con il suo Progetto Intef (coordinato da **Paolo Radice** dell'Istituto tumori di Milano) tiene le fila di un coordinamento nazionale fra i vari gruppi di ricercatori mentre alcune Regioni tra cui la Puglia, sono in fase di organizzazione di piattaforme regionali. Prossimo appuntamento a marzo 2011 a New York.

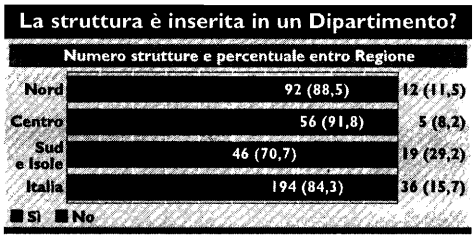
** Direttore scientifico Istituto tumori, Irccs, Bari*
*** Director Department Medical Oncology New York University, New York*

dell'assistenza oncologica in Italia

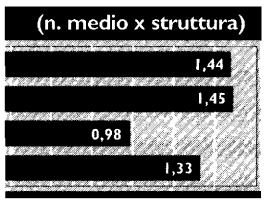
più farmaci

Riabilitazione «superstar»





disponibili	Totale
hospital	
4	230
1,74	100,00
ordinari	
72	230
31,30	100,00



Le attrezzature		
Nord	Tac	95 (91,35)
	Tac spirale	99 (95,19)
	Rm	95 (91,35)
	Pet	38 (36,54)
Centro	Tac	53 (86,89)
	Tac spirale	59 (96,72)
	Rm	58 (95,08)
	Pet	18 (29,51)
Sud e Isole	Tac	53 (81,54)
	Tac spirale	58 (89,23)
	Rm	53 (81,54)
	Pet	17 (26,15)
Totale	Tac	201 (87,39)
	Tac spirale	216 (93,91)
	Rm	206 (89,57)
	Pet	73 (31,74)

In parentesi la % entro reg.

vanti due strategie: da una parte mettere a punto nuovi markers e migliorare la specificità di queste terapie, che oggi è soltanto del 20%; dall'altra parte rendere omogenei i prontuari regionali con quelli Aifa attraverso meccanismi di cui parleremo nel Patto per la salute».

Il malato al centro. Che l'ottica sia cambiata - non più la malattia al centro, ma la persona - lo dimostrano i dati sulle cure palliative, la riabilitazione e l'assistenza psicologica. Tutti in netta crescita. Non solo: nell'80% dei casi i reparti collaborano con associazioni di volontariato e in oltre la metà delle strutture è ormai presente uno spazio informativo dedicato ai pazienti. Segni inequivocabili della rivoluzione copernicana in corso.

LE RAGIONI DEL CENSIMENTO

«Per essere appropriati bisogna conoscere»

DI CARMELO IACONO *

Una visione dell'oncologia a 360°, resa possibile dalla presenza di tutte le componenti che operano nella disciplina - prevenzione, ricerca, cura e assistenza - e in tutte le fasi della malattia compresa quella terminale. È questo il più ricco capitale che la nostra Associazione italiana di oncologia medica (Aiom) mette a disposizione dei malati.

Il paziente oncologico, vero fulcro del problema, ha necessità di prestazioni di alto livello assistenziale con la tempestiva traslazione dei risultati della ricerca più attuale nella pratica clinica, ma ha anche bisogno di tutto quanto ruota attorno alla problematica relativa alla patologia dal punto di vista psicologico, sociale e riabilitativo.

Il tutto potrebbe essere letto come una banale e ovvia enunciazione di concetti demagogicamente espressi ma non è stato e non è così per l'Aiom. Il sostegno alla ricerca e l'aggiornamento dei soci sono i primi obiettivi statutari dell'Aiom, ma il rapporto e la collaborazione con i pazienti e le istituzioni rappresentano altri scopi associativi primari.

La stretta collaborazione con Aifa ha consentito di attivare il registro dei nuovi farmaci oncologici, strumento invidiato e copiato da altre Nazioni, che ha permesso l'immediata utilizzazione dei nuovi farmaci biologici e la sperimentazione di modelli di rimborsabilità parametrati alla reale efficacia dimostrata nella pratica clinica dalle molecole utilizzate.

La collaborazione con altre società scientifiche, come la Società italiana di anatomia patologica e citologia diagnostica (Siapec) con il supporto delle aziende farmaceutiche, ha consentito la creazione di un network di laboratori che supportano in tutta Italia l'esecuzione di esami di biologia molecolare indispensabili quali fattori predittivi di risposta, a tutto vantaggio del paziente in cura e della sostenibilità della spesa da parte del sistema.

Appropriatezza è la parola d'ordine dell'Aiom: nell'appropriatezza dell'assistenza oncologica risiedono la garanzia e il diritto del cittadino alla migliore cura disponibile, la tutela del professionista oncologo che eroga la prestazione e per il sistema la garanzia dell'ottimizzazione nell'uso delle risorse disponibili. L'appropriatezza riguarda quindi da una parte la valutazione delle circostanze nelle quali un intervento di dimostrata efficacia viene applicato nella pratica corrente (appropriatezza clinica), dall'altra l'appropriatezza organizzativa che concerne, in primo luogo, l'ambito strutturale e procedurale nel quale sono erogati gli interventi, e che incide in modo rilevante sull'ottimizzazione dell'uso delle risorse. Il riferimento è alle azioni di contesto che massimizzano l'efficacia di un intervento sia dal punto di vista clinico che organizzativo.

Per essere appropriati bisogna sapere e conoscere. Su questo si sviluppa il doppio binario percorso dall'Aiom: uno in senso scientifico e uno in senso organizzativo-gestionale. Prodotto di questo percorso oggi sono le Linee guida dell'oncologia italiana che riguardano la corretta diagnosi e cura di 22 patologie oncologiche riviste e aggiornate al dicembre 2009 e la Carta dei servizi dell'oncologia italiana - contenuta nella IV edizione del Libro bianco - che censisce 230 strutture di oncologia medica ricavandone informazioni strutturali e operative e fornisce ai pazienti uno strumento certificato facilmente consultabile per dare risposte pratiche ai loro problemi.

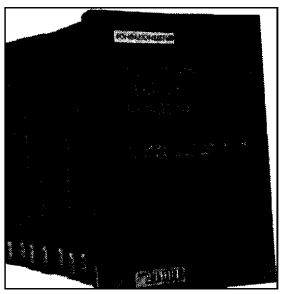
** Presidente Aiom*

ISTUD

Alle cure servono organizzazioni «evolute»

DI MARIA GIULIA MARINI *

Evolvere significa semplificare, rendere uniti e coesi processi complicati da un'ipertrofia delle strutture. Questo il campo semantico individuato dagli autori del volume «Le organizzazioni evolute in Sanità», che hanno voluto lavorare attorno al concetto di evoluzione applicata all'ambito sanitario e in particolare alle organizzazioni che lo costituiscono, tracciando delle proposte di sviluppo, o meglio di evoluzione, del sistema. Il primo esempio a cui tendere - spiegano gli autori del libro che verrà presentato a Milano venerdì 12 marzo dalla Fondazione Istud - è quello del tentativo di semplificazione attraverso l'accorpamento del ministero della Salute nel ministero del Welfare, unione che ha avuto una logica di fondamentale importanza: unire sotto la stessa istituzione le competenze che si occupano di persone ammalate, di persone con disagio sociale e di questioni di lavoro: sono così separabili da dover richiedere una moltitudine di ministeri, anziché costituire una "équipe multidisciplinare"? Il Welfare nasce come ministero del "benessere", letteralmente il "buon viaggio" del cittadino nella sua esistenza. E noi pensiamo che in una società evoluta, compatibilmente con le diverse responsabilità economiche, la centralizzazione delle competenze e degli orientamenti che da qui devono scaturire possano essere centralizzati. Soprattutto in virtù dei cambiamenti alla demografia del nostro Paese dove oggi un cittadino su cinque ha più di 65 anni, nel 2020, uno su 4 avrà più di 65 anni e nel 2050 una persona su due sarà definibile come anziana. Un'organizzazione che offre Sanità evoluta è quella che tiene conto dei reali cambiamenti sanitari e sociali e dei nuovi bisogni della popolazione che andrà incontro a malattie lunghe e invalidanti, in condizioni di famiglia enucleata, in cui gli anziani potranno vivere da soli rispetto ai loro figli. La lucida presa di coscienza della realtà sociale e dei suoi mutamenti può e deve fare da guida al ripensamento delle cure in Sanità. Per realizzare questo, per primi gli assessorati assieme alle direzioni generali di aziende sanitarie pubbliche e private devono comunicare e mettersi in una posizione di ascolto autentico, e non sovra-filtrato attraverso interessi individuali e appartenenze partitiche che generano forti dipendenze e vincoli e che soverchiano la possibilità di compiere scelte utili e desiderate dalla cittadinanza: in Uk, Francia e Germania le direzioni generali non solo non sono appartenenti ai partiti, ma addirittura a loro è richiesta l'indipendenza politica per poter scegliere liberamente nella tutela dei cittadini, pazienti e professionisti sociali e sanitari. Quali forti vincoli ci possono essere dietro al dato di realtà contemporaneo che malgrado l'87% dei cittadini italiani desideri essere curato a casa, le cure domiciliari decollano a fatica - tranne in qualche realtà splendida e isolata -, continuando a investire finanziamenti in centri di cura ospedalieri o poliambulatoriali?



Evoluzione non significa solo compiere bene un intervento chirurgico di cui è "dubbia" l'appropriatezza terapeutica, ma significa compiere le azioni adeguate e desiderate, in modo trasparente. Certamente il medico e, in senso più allargato, l'équipe multidisciplinare, deve orientare il percorso di cura: ma questo può accadere nel massimo contenimento possibile dell'asimmetria informativa e nel rispetto della libertà di scelta della persona - il principio di autodeterminazione delle cure. Un buon ascolto, dunque, sia a livello personalizzato, della relazione "curante" - "paziente" attraverso l'applicazione delle metodologie della medicina narrativa - o meglio delle cure basate sulla narrazione da parte dei pazienti - sia a livello di programmazione, attraverso la raccolta delle idee, opinioni, contributi, progettazione partecipata e valutazioni della cittadinanza. In questa fase, soprattutto, non per generare consensi attraverso una eterna promessa di salute e giovinezza, ma per rendere realmente armonici e collegati gli interventi dei diversi professionisti. Il consenso che scaturirà sarà più duraturo perché poggerà su organizzazioni più ragionevoli, semplificate e misurabili. Evolute per l'appunto.

** Responsabile Area Sanità e Salute Fondazione Istud*

(Introduzione al libro Le organizzazioni evolute in Sanità, a cura di Maria Giulia Marini, Alessandra Cosso, Nicola Castelli e Luigi Reale, edito da Il Sole-24 Ore nella collana Management&Società)

CONVEGNO NAZIONALE FENASCOP

18 Marzo 2010 Centro Incontri Regione Piemonte C.so Stati Uniti, 23 - Torino

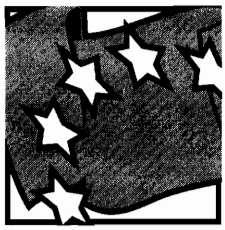
"Psicoterapia residenziale e integrazione territoriale: etica ed efficacia dei percorsi extraospedalieri in psichiatria"

Il convegno è **accreditato ECM** per medici, psicologi, tecnici della riabilitazione psichiatrica, educatori e infermieri

Per informazioni ed iscrizioni
Sig.ra Daniela Giay Checco
Tel: 0121 91367 – Fax: 0121 950070
e.mail: convegnofenascop@gmail.com
www.fenascop.it

Votata a Strasburgo una proposta di direttiva che attua l'accordo Hospeem-Fsesp

Aghi, come si evita l'infortunio



Ogni anno 1,2 milioni di incidenti - Oltre 20 le malattie trasmissibili

Formazione, prevenzione e divieto con effetto immediato della pratica di reincappucciamento degli aghi. Sono alcuni assi portanti della proposta di direttiva del Consiglio Ue che l'11 febbraio scorso a Strasburgo, il Parlamento ha avallato a larghissima maggioranza. L'obiettivo è di prevenire le ferite da puntura negli ospedali, uno dei rischi più gravi per agli operatori sanitari in tutta la Ue.

Le ferite da punture di aghi possono comportare la trasmissione di più di 20 virus letali, tra cui l'epatite B, C e l'Hiv. Nell'Unione europea si registrano oltre 1,2 milioni di infortuni da punture ogni anno. E studi indipendenti hanno dimostrato che si può prevenire la maggioranza delle lesioni provocate da aghi migliorando la formazione e le condizioni di lavoro, nonché tramite l'uso generale di strumenti medici più sicuri dotati di meccanismi di protezione delle parti taglienti.

L'Europarlamento già con una risoluzione del luglio 2006, aveva chiesto una legislazione per proteggere i lavoratori europei nel settore della Sanità da infezioni potenzialmente pericolose causate da aghi e altri strumenti medici taglienti. Dopo una fase di consultazione delle parti sociali, la Commissione ha quindi presentato il 26 ottobre scorso una proposta di direttiva del Consiglio che attua l'accordo firmato il 17 luglio 2009 dall'Associazione datori di lavoro del settore ospedaliero e sanitario (Hospeem) e dalla Federazione sindacale europea dei servizi pubblici (Fsesp). Una volta approvata, gli Stati membri avranno due anni di tempo per applicarla e dovranno stabilire sanzioni proporzionate e dissuasive.

Il testo dell'accordo prevede che l'elaborazione e l'applicazione di misure relative all'uso dei dispositivi medici taglienti deve essere il frutto di un dialogo sociale. Tra i punti chiave della direttiva: formazione, informazione, valutazione del rischio e utilizzo di dispositivi di protezione individuale. E laddove possibile e necessario, la vaccinazione del personale sanitario.

Qualora la valutazione dei rischi evidenzi la presenza di un rischio di ferite da taglio o da punta e di infezione, la normativa prevede che l'esposizione dei lavoratori venga eliminata adottando le misure indicate dal provvedimento. In particolare è prevista la definizione e attuazione di procedure di utilizzo e di eliminazione sicure di dispositivi medici taglienti e di rifiuti contaminati. Tali procedure saranno valutate periodicamente e costituiranno parte integrante delle misure di informazione e formazione dei lavoratori.

In particolare, va soppresso l'uso inutile di oggetti taglienti o acuminati introducendo modifiche nella pratica e fornendo dispositivi medici dotati di meccanismi di protezione e di sicurezza. È previsto, inoltre, il divieto con effetto immediato della pratica di reincappucciamento degli aghi. «Tenuto conto dell'attività e della valutazione dei rischi - si legge nella proposta di direttiva - è necessario ridurre al massimo il rischio di esposizione al fine di proteggere in maniera adeguata la salute e la sicurezza dei lavoratori interessati».

Tra le misure indicate: la messa in atto di procedure efficaci di eliminazione dei rifiuti e installazione di contenitori debitamente segnalati e tecnicamente sicuri per la manipolazione e lo smaltimento di dispositivi medici taglienti e di materiale d'iniezione usa e getta quanto più vicino possibile alle zone considerate in cui siano utilizzati o depositati oggetti taglienti o acuminati; prevenzione del rischio di infezione grazie all'applicazione di sistemi di lavoro sicuri.

Gli eurodeputati raccomandano l'adozione e l'attuazione delle misure definite nella proposta legislativa. «L'accordo quadro tra la Commissione e le parti sociali europee contribuirà ampiamente a proteggere la salute e la sicurezza dei lavoratori attivi nel settore ospedaliero e sanitario - afferma la risoluzione di Strasburgo - tuttavia, gli Stati membri e/o le parti sociali dovrebbero essere liberi di adottare misure supplementari più favorevoli ai lavoratori nel settore interessato ed essere incoraggiati a farlo».

Rosanna Magnano

© RIPRODUZIONE RISERVATA

La direttiva Ue sugli infortuni da aghi in pillole

- **Definizione e attuazione di procedure di utilizzo e di eliminazione sicure di dispositivi medici taglienti e di rifiuti contaminati. Tali procedure saranno valutate periodicamente e costituiranno parte integrante delle misure di informazione e formazione dei lavoratori**
- **Soppressione dell'uso inutile di oggetti taglienti o acuminati introducendo modifiche nella pratica e, sulla base dei risultati della valutazione dei rischi, fornendo dispositivi medici dotati di meccanismi di protezione e di sicurezza**
- **Divieto con effetto immediato della pratica di reincappucciamento degli aghi**
- **Messa in atto di procedure efficaci di eliminazione dei rifiuti e installazione di contenitori debitamente segnalati e tecnicamente sicuri per la manipolazione e lo smaltimento di dispositivi medici taglienti e di materiale d'iniezione usa e getta quanto più vicino possibile alle zone considerate in cui siano utilizzati o depositati oggetti taglienti o acuminati**
- **Qualora si valuti la presenza di un rischio per la sicurezza e la salute dei lavoratori contro i quali esistono vaccini efficaci, sarà loro proposta la vaccinazione**

L'APPELLO DELL'INDUSTRIA UE DELLA MEDICINA HI-TECH

E-health frenata dai nodi giuridici

La frammentazione dei sistemi giuridici europei sta ostacolando lo sviluppo dell'e-health nel Vecchio continente. È quanto sostiene il «Cocir» («European coordination committee of the radiological, electromedical and healthcare It industry»), il gruppo non profit che rappresenta l'industria medica tecnologica europea e promuove la comunicazione e l'adozione di regole e standard comuni.

Il gruppo si è rivolto alla Commissione Ue e agli Stati membri perché venga stabilito un quadro giuridico per superare ostacoli quali quello delle licenze, dell'affidabilità e della giurisdizione transfrontaliera. Lo ha fatto con un documento, una sorta di risposta alla recente Comunicazione Ue sulla telemedicina. Il documento individua i principali ostacoli allo sviluppo della telemedicina. Oltre alle mancanze evidenziate sul fronte legislativo, per Cocir mancano degli standard tecnologici riconosciuti. Le applicazioni e le infrastrutture di telemedicina sono state sviluppate e testate per almeno un decennio in maniera isolata nei vari Paesi europei. Questo ha portato a problemi di interoperabilità, di interscambio di dati, in alcuni casi anche all'interno dello stesso Paese. Scarseggiano poi, sostiene il documento, conoscenze e fiducia, sia da parte dei medici che dei pazienti. Al proposito l'associazione ha appena pubblicato una banca dati con gli studi scientifici che dimostrano l'efficacia della telemedicina per diversi tipi di patologie, in termini di riduzione della mortalità, accessi in ospedale e al pronto soccorso e riduzione dei costi. Tra le altre barriere c'è la mancanza di modelli di business per la fase successiva alla sperimentazione dei programmi.

In un documento individuati gli ostacoli maggiori per la telemedicina

Il documento contiene poi cinque raccomandazioni del Cocir. Con la prima si invitano la Commissione e i Paesi membri ad adottare leggi in grado di eliminare i conflitti di giurisdizione e di disciplinare le autorizzazioni, i rimborsi, la protezione dei dati sanitari. È necessario poi, sostiene Cocir, rafforzare la cooperazione tra i diversi stakeholders: pazienti, professionisti e aziende. L'associazione si è impegnata a supportare le best practice, attraverso la condivisione di informazioni e incoraggiando la diffusione dei progetti di successo.

Si chiede poi di modificare la natura dei finanziamenti concessi. Solitamente riguardano progetti a breve-termine, di piccola scala e con poche connessioni tra di loro. Questo porta - sostiene il documento - a un'inutile duplicazione degli sforzi, anche perché i risultati ottenuti spesso non sono diffusi nella maniera adeguata, non sono comparabili e non riescono a provare la loro efficacia in un'applicazione più ampia. Per questo Cocir chiede più fondi per iniziative a lungo termine, internazionali e su larga scala e che includano una valutazione economica del loro impatto.

Per il gruppo è, inoltre, necessario assicurare l'integrazione delle diverse tecnologie nella pratica clinica e nelle strutture. Troppo spesso infatti - afferma Cocir - le soluzioni di telemedicina rimangono nell'ambito dei progetti pilota. Questo è in parte dovuto alla necessità e alle difficoltà di adattamento ai nuovi metodi di lavoro da parte degli stakeholders. Per questo andrebbe meglio riconosciuto il ruolo dei vari portatori di interesse e ne andrebbe incoraggiata la cooperazione.

Infine andrebbe definito un nuovo modello di business - stabilendo "chi investe e chi paga" - attraverso il dialogo tra autorità sanitarie nazionali e regionali, assicuratori, governi, professionisti e pazienti. Un dialogo che dovrebbe portare a una maggiore comprensione dei benefici ottenuti dalla telemedicina e a creare un sistema di finanziamenti o di rimborsi sostenibile.

Giacinto Severino

© RIPRODUZIONE RISERVATA

INGHILTERRA

Il Parlamento inglese boccia l'omeopatia

I prodotti omeopatici non sono medicine e per questo non dovrebbero più essere finanziati dal Nhs. È quanto ha affermato la Commissione scienza e tecnologia della Camera dei comuni inglese. Secondo la Commissione, composta da esponenti di diverso schieramento politico, non esistono prove che i rimedi omeopatici abbiano un'efficacia superiore a quella dell'effetto placebo. E le spiegazioni sulla base delle quali si giustifica l'uso di questi medicinali non avrebbero fondamento scientifico.

Il sistema sanitario inglese spende ogni anno circa 4 miliardi di sterline per l'omeopatia, denaro che serve a pagare le prescrizioni e a supportare la gestione dei quattro ospedali del Regno Unito (uno a Glasgow, gli altri tre in Inghilterra) che utilizzano questo genere di cure. La quota destinata alle ricette è comunque esigua, si tratta di 152 milioni di sterline, che corrispondono soltanto allo 0,001 per cento del budget totale per i farmaci. Secondo il presidente della Commissione scienza e tecnologia, **Phil Willis**, il fatto che il dipartimento della Salute consideri provata l'efficacia dell'omeopatia soltanto sulla base dell'esistenza di una comunità che si affida a questo genere di cura, costituisce un precedente deplorevole. Il Governo dovrà ora valutare le raccomandazioni contenute nel rapporto della Commissione. Quest'ultima ha anche aggiunto che i prodotti omeopatici non dovrebbero essere provvisti di etichette contenenti affermazioni di carattere medico, a meno che esistano evidenze della loro efficacia e che questi prodotti non dovrebbero ottenere la licenza da parte della «Medicines and Healthcare products Regulatory Agency». Il rapporto potrebbe rappresentare un duro colpo per un mercato che a livello europeo vale 1,5 miliardi di sterline.

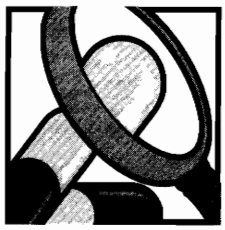
La conclusione cui è giunta la Commissione è ovviamente stata contestata dalle associazioni del settore. Per la presidentessa della «Society of Homeopaths», **Paula Ross**, l'omeopatia ha una efficacia che va oltre l'effetto placebo, anche se gli scienziati non ne hanno ancora compreso il motivo. Il direttore medico della «Princes Foundation for Integrated Health», **Michael Dixon**, ha invece dichiarato che la fondazione non abbandonerà tutti coloro che non possono essere aiutati con la medicina convenzionale. Se con l'omeopatia otteniamo dei risultati per questi pazienti - ha detto - allora continueremo a usarla. Affermazioni cui ha risposto **Edzard Ernst**, uno specialista in medicina alternativa, che ha fornito prove per l'indagine, sostenendo che la fondazione è una lobby che tenta di spingere per questo genere di trattamenti ingannando i pazienti.

Anche l'associazione per le medicine palliative, attraverso il suo presidente, **Bill Noble**, si è espressa a favore di una revisione dei meccanismi di finanziamento del Nhs per l'omeopatia. Prescrivere qualcosa che è puro placebo, mentre il Nhs sta affrontando tali difficoltà finanziarie, è un lusso che non possiamo permetterci ha detto.

Al proposito la Commissione ha aggiunto che sarebbe necessaria una politica governativa sul placebo. Prescriverlo, secondo i parlamentari, rischia di danneggiare il rapporto di fiducia tra medico e paziente. E al di là di ogni considerazione etica, la prescrizione dei placebo, si legge nella relazione, è cattiva medicina.

G.S.

© RIPRODUZIONE RISERVATA



HEALTH TECHNOLOGY ASSESSMENT/ I risultati di uno studio realizzato per il Piemonte

Farmaci monodose: scelte Doc

Sotto la lente la gestione delle scorte e la riduzione del rischio da errori di

Recentemente nel contesto della Sanità piemontese è emersa l'esigenza di valutare l'applicabilità delle soluzioni di gestione automatizzata del farmaco, con particolare riferimento al sistema della monodose. A seguito di un mandato degli assessori regionali alla Salute e alla Ricerca, la Asl di Asti ha avviato l'analisi dei possibili percorsi evolutivi in materia in collaborazione con il gruppo di ricerca Reslog, del Dipartimento Sistemi di produzione ed economia dell'azienda del Politecnico di Torino.

Al di là dei risultati che esponiamo in queste pagine, il lavoro promosso dalla Regione ha consentito la messa a punto di un metodo di confronto e analisi da utilizzare in tutte quelle occasioni in cui il sistema sanitario viene sollecitato dall'esterno all'introduzione di cambiamenti tecnologici e organizzativi.

In Sanità diventa sempre più frequente assistere alla proposta di soluzioni definite efficienti per il solo fatto che vengono promosse da operatori privati o che derivano da prassi appartenenti al mondo imprenditoriale.

Proprio per questo genere di proposte, sperimentate in altri contesti di lavoro, occorre una valutazione costo/beneficio condotta con metodologie e capacità professionali atte a individuare le eventuali ottimistiche semplificazioni e le reali pubbliche utilità.

Tecnologie di gestione del farmaco in monodose

• ***Dose unitaria.*** Il sistema dose unitaria modifica completamente il processo tradizionale di gestione delle scorte sotto l'aspetto fisico, tecnologico e informativo. La distribuzione in dosi unitarie prevede che i farmaci - consegnati dai fornitori presso la farmacia dell'azienda sanitaria nelle confezioni delle case farmaceutiche - vengano suddivisi in monodose, mediante macchinari automatizzati, quindi consegnati ai reparti dove vengono immagazzinati in speciali dispenser. In reparto gli infermieri, dotati di lettore di codice a barre, attingono da dispenser tutte le confezioni monodose necessarie per ogni giro di somministrazione.

• ***Dose personalizzata.*** Il sistema dose personalizzata permette l'automatizzazione dell'intero processo di gestione clinica del farmaco. Il percorso logistico del farmaco è completamente tracciato, partendo dalla prescrizione medica fino alla somministrazione al paziente, in un'ottica completamente paperless e di gestione dei dati in real time.

La distribuzione in dosi personalizzate rappresenta l'evoluzione del sistema dose unitaria: essa consiste nella somministrazione dei farmaci al paziente in modo personalizzato mediante la preparazione di kit di medicinali personalizzati già in farmacia.

Le soluzioni sopra descritte hanno principalmente due obiettivi: la riduzione del rischio derivante da errori durante il ciclo di terapia e il risparmio economico, grazie al maggior controllo sui quantitativi di farmaci utilizzati derivante dall'assegnazione dei prodotti a specifici pazienti.

L'evoluzione è nella dose personalizzata

Evidenza dell'uso delle tecnologie nella riduzione del rischio clinico. L'incidente nel ciclo di terapia, almeno in ambiente ospedaliero, è un un problema rilevante e sostanziosamente documentato dalla letteratura scientifica.

Per errore di terapia si intende ogni evento prevenibile che può causare l'utilizzo inappropriato di un farmaco o un danno a un paziente quando il farmaco è sotto il controllo dell'operatore sanitario, del paziente o del consumatore. Tale evento può aver luogo in un qualsiasi momento del processo di gestione dei medicinali. Può infatti trattarsi di: errori di prescrizione; errori di trascrizione/interpretazione; errori di preparazione della terapia; errori di distribuzione; errori di somministrazione.

Secondo alcuni studi, la prescrizione è la fase del processo in cui avviene la più alta percentuale di errori di terapia (39%), ma è anche la fase in cui essi possono essere intercettati prima di provocare danni ai pazienti.

Escludendo dall'analisi la componente intellettuale dell'atto prescrittivo - ovvero dando per scontata l'appropriatezza della prescrizione e la competenza del medico - la maggior parte degli incidenti è dovuta a dati insufficienti riguardanti il paziente, a inadeguate informazioni sul farmaco, a scrittura illeggibile, a interazioni tra farmaci e ad allergie trascurate.

Dopo gli incidenti associati alla fase di prescrizione, quelli di somministrazione sono i più frequenti (38%). Al contrario degli incidenti di prescrizione, la possibilità di intercettare gli incidenti di somministrazione è molto bassa. Una percentuale più bassa è invece associata agli errori in fase di trascrizione (12 per cento).

I dati desunti dalla letteratura sono stati sostanzialmente confermati da una ricerca effettuata all'Ospedale Cardarelli di Napoli nel 2008.

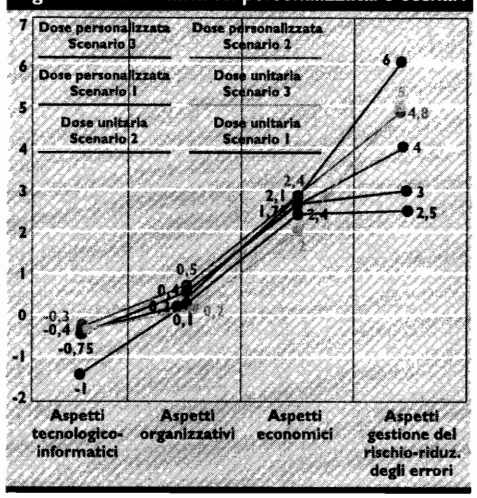
Gli interventi più significativi per ridurre il rischio di terapia sono dunque quelli relativi alle fasi di prescrizione e somministrazione: in esse, più che il sistema monodose, è fondamentale disporre della prescrizione informatizzata e del riconoscimento tecnologico del paziente.

Diffusione dei sistemi monodose. Nel corso dello studio abbiamo ricercato le principali esperienze italiane che hanno introdotto la tecnologia della monodose o sono attualmente in fase di assegnazione del servizio: le strutture ospedaliere in questa situazione sono 11, localizzate nel Centro-nord, a eccezione di 2 esperienze in Sardegna. Quasi tutte le strutture ospedaliere sono di dimensioni medio-grandi, fatta eccezione per 2 presìdi, in Piemonte e in Emilia Romagna, di piccole dimensioni.

Il modello più innovativo è rappresentato da una sperimentazione emiliana, nella quale si esegue la produzione delle dosi unitarie presso una struttura esterna all'ospedale.

Metodologia d'indagine: Health Technology Assessment. Il nostro sistema sanitario, come peraltro quelli di tutti i Paesi sviluppati, si trova ad affrontare il problema della soddi-

Fig. 1 - Dose unitaria vs. personalizzata: 3 scenari



I fattori che condizionano

Grado di obsolescenza

Le esperienze italiane nella gestione dei farmaci in monodose sono in prevalenza sperimentazioni: dal 2001 a oggi, si sono adottate delle soluzioni tecnologiche e di processo differenti, sintomo di una tecnologia dall'elevato grado di "obsolescenza", ancora in fase di evoluzione e crescita

Caratteristiche del mercato dei fornitori

Nell'ambito della Sanità italiana, la tecnologia monodose risulta essere ancora poco diffusa, segno evidente che, a differenza a esempio degli Usa, siamo di fronte a un mercato in fase di potenziale crescita e con caratteristiche di base (es: modalità di fornitura dei farmaci) diverse. Per il mercato italiano, attualmente sono presenti un numero ristretto di competitors, alcuni dei quali presentano dimensioni ridotte, con un'esperienza quinquennale nel campo della gestione del farmaco

Aspetti legislativi

Non sono ancora ben chiari quali possano essere i risvolti legislativi legati alla manipolazione del farmaco per la trasformazione in monodose e a chi compete la responsabilità di tale trasformazione. Infatti, durante l'operazione del taglio del blister, il singolo medicinale non riporta, salvo rari casi, il lotto di appartenenza e la data di scadenza; pertanto, nel caso dovesse verificarsi un errore di associazione farmaco-imballo medicinale, si potrebbe immettere a sistema un dato errato, con tutte le problematiche conseguenti

Variabilità dei profili terapeutici

In base ad alcune esperienze degli Ospedali di Modena e Reggio Emilia, emergono criticì

IL MODELLO DI VALUTAZIONE ECONOMICA DEI RISPARMI

Più facile l'adozione di nuove tecnologie

Quanti sono - come quantità in valore e numero di codici - i farmaci gestibili con la tecnologia monodose rispetto al complesso dei medicinali gestiti dall'ospedale?

È a questa domanda che occorre rispondere per riuscire a valutare adeguatamente la convenienza e sostenibilità dei sistemi monodose e l'incremento di sicurezza che essi determinano sul processo di cura rispetto a sistemi tecnologici che hanno impatti economici e complessità inferiori, come la prescrizione informatizzata, l'identificazione automatica del paziente e la lettura dei farmaci erogati.

Serve il medicinale "trasformabile"

La proposta di metodo di valutazione che proponiamo è partita dalla ricerca delle famiglie di farmaci effettivamente includibili nel sistema monodose (= pluridose trasformabili meccanicamente in monodose): abbiamo cioè escluso dal computo quelli già forniti in dose unica dalle case produttrici, quelli in pluridose non trasformabili dai macchinari ed eventualmente quelli di basso valore intrinseco, ove il costo della trasformazione in monodose è equiparabile al costo stesso del prodotto (*cfr. figura* 2).

Al fine di eseguire una valutazione economica preventiva su delle realtà ospedaliere, si sono comparati i dati ricevuti dall'Ospedale Cardarelli (XXIX Congresso Sifo, Napoli 2008) con quelli dell'Asl di Asti ricavati dal gruppo di lavoro.

La tabella 1 riporta i dati relativi alla spesa farmaceutica dei presìdi ospedalieri riuniti della Asl di Asti: il numero complessivo dei medicinali gestiti in farmacia è pari a 1.661, di cui 1.471 sono le voci farmaceutiche di "uso comune", mentre gli oncologici ed emoderivati sono 190.

Su un totale di 1.056 confezioni pluri-dose (63,6%), 977 fanno parte della categoria dei farmaci a "uso comune" (92,5%), mentre il restante 7,5% appartiene ai farmaci antitumorali ed emoderivati (79 voci).

A fronte di un valore globale della spesa farmaceutica ospedaliera superiore ai 9 milioni di euro, vi è una ripartizione di spesa quasi equa fra i farmaci a uso comune e quelli oncologici ed emoderivati, rispettivamente di 4,85 e 4,4 milioni di euro, nonostante l'evidente differenza del numero di codici tra le due classi farmacologiche (1.471 vs. 190).

Analizzando la percentuale di farmaci pluridose (22,6 per cento pari a poco più di 2 milioni di euro), il 61,2% è imputabile ai medicinali di uso comune (1.280.444 euro, mentre

Tab. 1 - Spesa farmaceutica nei Po della Asl di Asti

Originali monodose	605	36,4%	7.166.007 €	77,4%
Originali pluridose	1.056	63,6%	2.092.614 €	22,6%
Totale	1.661	100,0%	9.260.621 €	100,0%

Tab. 2 - Unità posologiche in riferimento al prezzo per unità

Originali monodose	494	33,6%	310	62,7%	104	21,0%
Originali pluridose	977	66,4%	930	95,2%	30	3,1%

dalla Asl di Asti e dal Gruppo di ricerca Reslog del Politecnico di Torino

per evitare diseconomie

terapia - Convenienza e sostenibilità restano fattori critici

la scelta delle tecnologie

tà nella gestione dei farmaci in monodose nei reparti ad alta intensità di cura, quali i reparti chirurgici. Per essi, l'estrema variabilità delle terapie in funzione del decorso post intervento determina difficoltà di allineamento tra le necessità di terapia al momento e il ciclo di gestione del farmaco con il sistema automatizzato

MODELLI ORGANIZZATIVI

I modelli di business attualmente utilizzati nella gestione del farmaco in monodose prevedono: l'acquisto macchinari e servizio di assistenza e manutenzione; l'acquisto di servizio di fornitura del monodose con installazione interna all'ospedale dei macchinari con gestione da parte fornitore; l'acquisto di fornitura in service o conto terzi del monodose con preparazione in stabilimento esterno

- **Il primo modello proposto pare oramai superato, in quanto le passate realizzazioni hanno lasciato emergere criticità connesse alla complessità del sistema trasferita all'interno dell'ospedale, alla gestione tecnologica e alla conseguente richiesta di assistenza continua rivolta al fornitore, a complicazioni gestionali e di interfacciamento con il resto della struttura logistica dell'ospedale**
- **La seconda e terza soluzione presentano dei limiti legati al numero di fornitori che possono effettivamente garantire questi tipi di servizi. Inoltre, è da chiarire quale sia la distanza ottimale tra ospedale e sede operativa che garantisca l'efficienza dell'intero processo in caso di stabilimento esterno**
- **È chiaro che una spinta significativa alla monodose potrebbe giungere dalle case farmaceutiche se mutassero le condizioni di consegna dei prodotti in una delle seguenti modalità: farmaco sciolto in "boccioni"; in buste a rotolo; in blister con lotto e data di scadenza per ogni singola dose**

sfazione di crescenti bisogni assistenziali, con una quantità di risorse disponibili limitata per definizione.

Tale situazione implica la necessità di valutare l'appropriatezza delle procedure diagnostico-terapeutiche, delle tecnologie da utilizzare nell'assistenza e dei modelli organizzativi, con l'obiettivo di individuare l'allocazione ottimale delle risorse disponibili. Una possibile risposta all'annosa questione del disallineamento tra i bisogni di salute e le risorse per soddisfarli, arriva da quell'area di ricerca conosciuta con il termine di Health Technology Assessment (Hta).

La nostra valutazione ha preso in considerazione tre diversi aspetti: i requisiti tecnologico-organizzativi indispensabili; l'impatto sul contesto ospedaliero e l'analisi economica.

Requisiti per l'introduzione delle tecnologie per la monodose. Per poter attivare una tecnologia di gestione di farmaci, la struttura ospedaliera deve disporre di alcuni requisiti di reparto indispensabili, senza i quali l'intera sperimentazione e/o implementazione risulterebbe assai problematica. I requisiti che maggiormente impattano sull'intera organizzazione ospedaliera riguardano gli aspetti di natura informatica: lo step di partenza riguarda la connessione Intranet aziendale, che permetta lo scambio e l'archiviazione di informazioni cliniche del paziente. Questo primo passaggio però deve essere supportato da un unico sistema informativo automatizzato o, in alternativa, di applicativi software differenti ma integrati tra i vari servizi. L'utilizzo di questo sistema permette un accesso al profilo degli utenti con autenticazione sicura e gestione centralizzata degli stessi; garantisce la tracciabilità di tutte le operazioni eseguite dai diversi operatori che accedono al sistema; gestisce le anagrafiche dei pazienti ricoverati e dei dati relativi al reparto, dal suo ingresso sino alla sua dimissione.

Indispensabile la rete wireless

Il tutto deve essere connesso a una rete wireless che permetta la funzionalità di prescrizione a bordo letto attraverso l'utilizzo di Tablet Pc, touch screen o Pc. Altro aspetto importante riguarda i requisiti organizzativi: senza una formazione del personale adeguata all'uso di questi strumenti tecnologici, risulterebbe problematico introdurre e gestire questa nuova modalità di gestione del farmaco.

Analisi qualitativa e semi-quantitativa. Aspetto qualificante in un lavoro di Hta è comunque la valutazione dei vantaggi e svantaggi relativi a ciascuna alternativa analizzata, sia in termini di minori o maggiori costi, sia in termini di minori o maggiori benefici per l'organizzazione e la salute del paziente.

Non essendo disponibili in Italia dati specifici e completi sulle sperimentazioni in atto, la valutazione sulle tecnologie per la gestione del farmaco in monodose è stata eseguita mediante due approcci, il primo di natura qualitativa, il secondo semi-quantitativo.

Abbiamo considerato 4 differenti aspetti di impatto:

- ***aspetti tecnologico- informatici:*** adattabilità ai sistemi tecnologici esistenti, tracciabilità delle informazioni, rapidità di realizzazione, indipendenza dall'assistenza tecnica del fornitore;
- ***aspetti organizzativi:*** facilità di introduzione, riduzione dell'impegno richiesto al medico, riduzione dell'impegno richiesto agli infermieri, riduzione degli spazi occupati e ordine, reversibilità della soluzione tecnologica;
- ***aspetti economici:*** entità investimento, rapidità di ritorno dell'investimento, indipendenza dalla solidità finanziaria del fornitore, riduzione del consumo di farmaci, riduzione delle scorte di reparto, riduzione degli scaduti, riduzione del personale operativo, riduzione del premio assicurativo;
- ***gestione del rischio-riduzione degli errori:*** in prescrizione medica, comprensione trascrizione, gestione armadio di reparto, allestimento terapia, identificazione paziente, somministrazione terapia.

Per ogni voce è stato valutato un valore di impatto positivo o negativo, sulla base delle esperienze del gruppo di lavoro e delle informazioni tratte dall'analisi nazionale: tanto più la tecnologia impatta positivamente sul processo, tanto più sarà elevato il giudizio.

Diffusione dei sistemi monodose

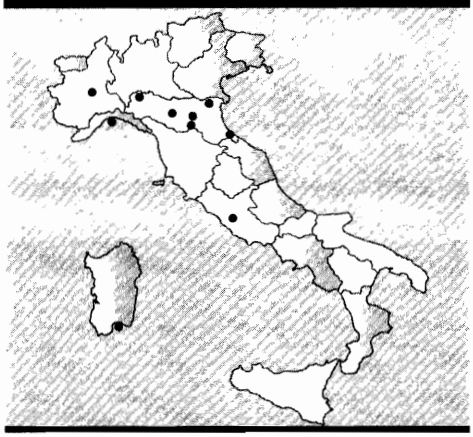
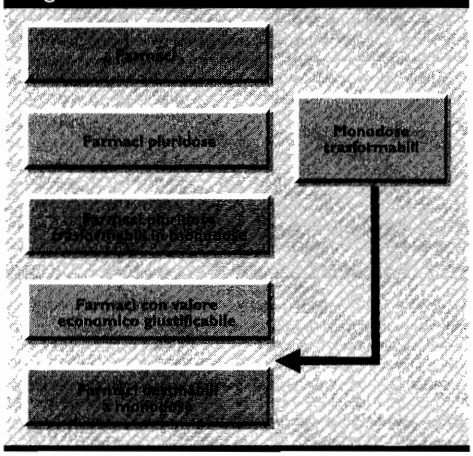


Fig. 2 - Farmaci destinabili alla monodose



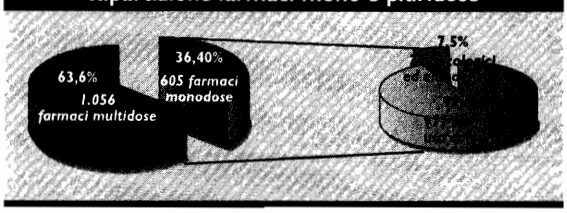
Sono stati successivamente associati dei pesi ai 4 aspetti considerati, creando diversi scenari *(cfr. figura 1)* in modo tale da valutare la robustezza dei risultati: nel primo scenario si è impostata una ripartizione equilibrata dei pesi, pari al 25% cadauna, mentre nei restanti 3 casi si è voluto dar maggior importanza agli aspetti economici e di gestione del rischio. I maggiori benefici evidenziati riguardano l'aspetto della gestione del rischio: gli andamenti complessivi della dose unitaria e della dose personalizzata sono molto simili, con una maggiore adeguatezza della dose personalizzata dal punto di vista della gestione del rischio, in quanto quest'ultima completa il ciclo informativo del farmaco fino al paziente.

Entrambe le tecnologie - dose unitaria e dose personalizzata - presentano invece valori negativi nella sezione degli aspetti tecnologici e organizzativi, poiché all'inizio della loro introduzione possono determinare criticità per i forti mutamenti determinati nella struttura. Entrambe le tecnologie lasciano intravedere infine promettenti benefici economici, anche se tale indicazione andrebbe confrontata con corrispondenti vantaggi economici ottenibili con tecniche alternative di gestione del farmaco, quali a esempio gli armadi informatizzati.

REALIZZATI CON LA NUOVA MODALITÀ DI GESTIONE

se l'industria saprà adeguare le forniture

Ripartizione farmaci mono e pluridose



farmaci a uso comune, escluso oncologici ed emoderivati

31	6,3%	10	2,0%	39	7,9%
9	0,9%	1	0,1%	7	0,7%

il rimanente 38,8% (812.170 euro) fa riferimento agli oncologici ed emoderivati.

Pertanto, il valore economico dei farmaci che possono essere convertiti in dose unitaria, rappresenta il 13,8% della spesa totale farmaceutica. Una ulteriore analisi sul valore della spesa (*tabella 2*), evidenzia che il numero di articoli con un valore economico inferiore a 10 euro è pari al 95,2%, mentre per gli altri articoli con costo medio superiore a 10 euro, il numero di codici è pressoché trascurabile (4,8 per cento).

Dall'analisi illustrata emerge come l'inserimento di una gestione del farmaco in monodose comporti valutazioni multidisciplinari. Tale tecnica, impatta infatti sugli aspetti tecnologici, organizzativi, nonché clinici dell'ospedale.

Valutazioni multidisciplinari

L'adeguatezza di una simile scelta va pertanto calibrata sulla specifica realtà sanitaria perché non tutte le situazioni clinico-organizzative possono trarre beneficio, in particolare economico, da questo cambiamento.

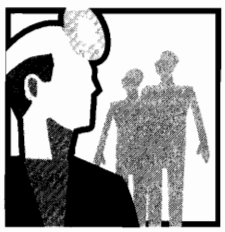
Occorre inoltre che il sistema ricevente abbia una struttura di supporto adeguata a sostenere tutte le innovazioni introdotte attraverso il sistema monodose.

Altrettanto importante risulta l'attenta valutazione dell'impatto economico, in termini di investimenti e risparmi ottenibili conseguenti alla scelta.

Il sistema monodose è certamente un elemento abilitante di un processo evolutivo per la riduzione del rischio clinico e di una migliore e più controllata gestione clinica.

Come già indicato, un aspetto che risulterà determinante per la sua diffusione è legato fortemente al rapporto con l'industria farmaceutica che, gestendo la prima parte della catena di erogazione del farmaco, dovrebbe adeguare le sue modalità di fornitura alle necessità individuate per la monodose, come peraltro sta già avvenendo in molti Paesi europei.

a cura di
L. Beccuti, V. Galante, C. Ivaldi e Servizi farmaceutici Asl Asti; S. Iaropoli, C. Rafele, E. Sgherzi - Reslog, Dipartimento Sistemi di produzione ed economia dell'azienda, Politecnico di Torino



VALUTAZIONE/ Per essere efficaci le schede hanno bisogno anche di altri indicatori

Il rischio di dare voti arbitrari

Senza elementi oggettivi i giudizi diventano soggettivi e autoreferenziali

Gli operatori della Sanità non sono contrari a essere valutati. Dall'indagine di clima organizzativo condotta dal laboratorio Management e Sanità della Scuola superiore Sant'Anna nelle Regioni Toscana e Piemonte, che ha coinvolto complessivamente oltre 31mila dipendenti delle Asl di queste Regioni, emerge che ben il 42% dichiara di non ricevere un riscontro sulla qualità del lavoro svolto e sui risultati raggiunti; il 25% dichiara che questo viene fatto solo alcune volte dalla dirigenza e solo un restante 30% è soddisfatto del feedback che riceve.

Ben venga, quindi, la proposta di adottare una scheda di valutazione del comportamento individuale del dipendente messa a punto nel progetto condotto congiuntamente dal ministero della Funzione pubblica, Fiaso, Agenas e Formez. Condividere una scheda per valutare i comportamenti dei dipendenti, per altro già in uso con una struttura simile in molte realtà aziendali nel Centro e Nord d'Italia, mi sembra una grande opportunità per migliorare la trasparenza e il contenuto che deve sottendere al processo di valutazione dei dipendenti che i dirigenti pubblici sono chiamati a svolgere.

Lo strumento proposto può essere efficace nella misura in cui si accompagna ad alcune condizioni essenziali al suo successo. In primo luogo dovrà essere complementare a una serie di indicatori quantitativi fisico-tecnici di tipo oggettivo che possano misurare gli output realizzati, se non del singolo dipendente, almeno dell'unità organizzativa di appartenenza.

E oltre ai volumi dovranno essere oggetto di misurazione la qualità e l'appropriatezza dei servizi erogati, la soddisfazione degli utenti, la capacità di relazione e di coinvolgimento dei cittadini. La scheda di valutazione individuale funziona, infatti, solo nella misura in cui sono chiare le regole del gioco organizzative di tutto il sistema in cui il dipendente opera, altrimenti il rischio di auto-referenzialità e soggettività del giudizio del dirigente potrebbe rendere l'intero processo poco credibile e obiettivo.

I Dg dovrebbero per primi dare l'esempio

Non solo. Le misurazioni oggettive con cui si devono integrare le schede di valutazione di comportamento individuale devono essere realizzate in benchmarking. In ambito pubblico può non esserci un mercato competitivo quale leva per attivare processi di miglioramento, ma certamente è necessario un confronto sistematico tra diverse amministrazioni pubbliche per valorizzare chi già lavora con efficacia ed efficienza e individuare gli ambiti in cui è necessario migliorare la performance.

Infine, least but not last, il processo di valutazione per funzionare deve partire dal top management ossia in primo luogo che siano i direttori generali a dare l'esempio. Se le amministrazioni regionali non sono in grado di proporre un sistema serio di valutazione dell'operato di un direttore generale e legare l'incentivazione ai risultati conseguiti, difficilmente si potrà avere credibilità nei livelli inferiori. È necessario agire con coerenza sui vari livelli, facilitando un confronto sistematico con gli operatori e un loro coinvolgimento nella definizione degli indicatori e dei criteri di misurazione. In Sanità, infatti, il livello di competenza e professionalità degli operatori impone che il cammino per garantire merito, rigore e trasparenza nella gestione delle strutture pubbliche possa essere realizzato con successo solo con la partecipazione di tutte le componenti.

Sabina Nuti
Direttore Laboratorio Mes
Scuola Superiore S. Anna di Pisa

La scheda di valutazione dei medici nella sperimentazione voluta da Brunetta

COMPETENZE E COMPORTAMENTI	PESATURA: _____/100				
1.1 Contributo alle strategie aziendali. Dimostra interesse, conosce le linee strategiche aziendali e offre contributi specifici alla loro definizione: si informa sistematicamente ed è attento all'evoluzione dell'azienda	1	2	3	4	5
1.2 Contributo ai programmi della struttura. Partecipa alla definizione dei programmi della struttura (piani di lavoro, budget) e agisce coerentemente a essi	1	2	3	4	5
1.3 Rispetto dei regolamenti e delle direttive aziendali. È attento a declinare i propri comportamenti professionali nel rispetto delle norme condivise	1	2	3	4	5
2.1 Casistica semplice. Dimostra le competenze necessarie adeguate per la gestione della casistica semplice	1	2	3	4	5
2.2 Casistica complessa. Dimostra competenze adeguate per la gestione della casistica (o attività) complessa	1	2	3	4	5
2.3 Formazione professionale. Sviluppa una costante attività di aggiornamento e formazione professionale mantenendosi aggiornato sugli sviluppi della ricerca scientifica e dell'innovazione tecnologica e contribuendo all'attività di audit e confronto interno nell'Uo	1	2	3	4	5
3.1 Problem solving. Effettua correttamente l'analisi e la diagnosi del problema (raccolta, quantificazione, verifica, ricerca delle cause), ed elabora soluzioni, con atteggiamento costruttivo, prospettando alternative	1	2	3	4	5
4.1 Piani di lavoro integrati. Costruisce piani di lavoro integrati multiprofessionali anche con altre UuOo, valuta e introduce i correttivi necessari	1	2	3	4	5
4.2 Autonomia decisionale. Sa prendere decisioni in autonomia anche in condizioni d'incertezza ed emergenza assumendosi le responsabilità a esse collegate e rispondendone direttamente	1	2	3	4	5
5.1 Metodologie e tecniche innovative. Propone e sviluppa soluzioni metodologiche e tecniche innovative che concorrano al miglioramento dei processi di lavoro e allo sviluppo della qualità del servizio	1	2	3	4	5
5.2 Evoluzione professionale e tecnologica. È attento a seguire l'evoluzione professionale e tecnologica dimostrando altresì capacità di proporre, incoraggiare e sviluppare soluzioni innovative	1	2	3	4	5
6.1 Relazione con i colleghi. Interagisce in modo aperto e costruttivo con i colleghi; è autorevole e contribuisce a creare un clima di relazione collaborativa dell'Uo; dimostra disponibilità all'ascolto verso le esigenze dei colleghi	1	2	3	4	5
7.1 Relazione con professionisti e strutture. Ricerca in modo sistematico l'integrazione organizzativa e favorisce la comunicazione con tutti i professionisti e le UuOo che interagiscono nel processo di erogazione del servizio	1	2	3	4	5
7.2 Gestione dei conflitti. Si attiva per prevenire i conflitti organizzativi derivanti dall'utilizzo di risorse condivise e per gestirli con efficacia nel caso si manifestino	1	2	3	4	5
8.1 Orientamento ai bisogni dell'utenza. Mantiene con i pazienti, i familiari e la comunità locale rapporti positivi creando spazi per l'ascolto e il trasferimento delle informazioni. Orienta le proprie azioni sulla base di una corretta interpretazione dei bisogni dei clienti e si adopera per la soddisfazione delle loro esigenze	1	2	3	4	5
9.1 Disponibilità e collaborazione. Affrontando e risolvendo con equilibrio eventuali incomprensioni/conflitti per pervenire a risultati utili e condivisi. Interagisce positivamente con tutti i ruoli organizzativi del gruppo riconoscendone e valorizzandone le competenze distintive	1	2	3	4	5
9.2 Apporto positivo al gruppo di lavoro. Garantisce un costante apporto positivo al gruppo di lavoro attraverso la formulazione di proposte e la condivisione di informazioni	1	2	3	4	5
10.1	1	2	3	4	5
10.2	1	2	3	4	5

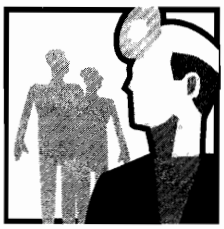
RAGGIUNGIMENTO DEGLI OBIETTIVI INDIVIDUALI	PESATURA: _____/100	
...	_%	_%
...	_%	_%
Totale		

GIUDIZIO SINTETICO			
Giudizio sintetico complessivo:			
Proposta di posizionamento rispetto al sistema incentivante	**Alto 25%**	**Medio 50%**	**Basso 25%**
Proposta per premi individuali	**Motivazione:**		

FEEDBACK DEL VALUTATO	
Commenti del valutato rispetto alla valutazione ottenuta:	

Legenda: 1 = insoddisfacente; 2 = da migliorare; 3 = soddisfacente/adeguato; 4 = buono; 5 = ottimo

VALUTAZIONE/ L'intersindacale dei medici scende in trincea: stop alla sperimentazione



«No alle pagelle di Brunetta»

È una «grave forzatura»: Asl diffidate - Il ministro: «Tutto in regola»

«Caro ministro Brunetta, le pagelle in corsia sono una forzatura e quindi la loro sperimentazione va sospesa». «Cari direttori generali vi diffidiamo a utilizzarle altrimenti ci rivolgiamo ai tribunali». Dopo un silenzio di alcune settimane i medici hanno deciso di far sentire con forza e in coro la loro voce. Con due lettere inviate una al ministro della Funzione pubblica, **Renato Brunetta** (oltre che alle Regioni, al ministero della Salute, alla Fiaso e all'Agenas) e l'altra ai 17 direttori generali che stanno sperimentando le pagelle per i medici delle loro Asl. Lettere firmate da tutte le organizzazioni sindacali della dirigenza medica e sanitaria che in questo modo bocciano senza riserve la sperimentazione della riforma Brunetta (il Dlgs 150/2009) avviata a novembre con la firma di un protocollo ad hoc (nella pagina a fianco pubblichiamo la scheda relativa alla dirigenza medica).

Immediata la reazione del ministro Brunetta che giudica «sorprendente» la levata di scudi dei medici: «L'intesa è in linea con analoghi protocolli sottoscritti dal ministero con diverse altre associazioni di datori di lavoro - spiega un comunicato - al fine di accompagnare l'applicazione concreta di quanto disposto dalla riforma». «Questi protocolli - continua il ministero - sono ovviamente conformi alla legislazione vigente e alle norme contrattuali».

I dirigenti medici e sanitari, attraverso i loro sindacati (Anaao Assomed, Cimo-Asmd, Aaroi, Emac, Fp Cgil Medici, Fvm, Cisl Medici, Fasid, Fesmed, Uil Fpl Fedeferazione Medici, Sds Snabi, Aaupi, Sinafo, Fedir Sanità e Sidirss) lamentano, in particolare, di essere stati esclusi da un confronto su una materia che riguarda la disciplina del rapporto di lavoroessionale.

«Sorprende - si legge nella lettera a Brunetta - che le Regioni, sempre attente a difendere le loro prerogative costituzionali, siano rimaste silenziose e passive di fronte a questa evidente invasione di campo, tanto da far sospettare che non intendano intervenire nella materia». Tanto che l'intersindacale parla di una «grave forzatura istituzionale». La richiesta a Brunetta è dunque chiara: sospendere subito il protocollo e aprire «un tavolo di confronto sulla materia». Ancora più chiara e diretta la richiesta ai direttori generali coinvolti nella sperimentazione: «Vi diffidiamo a dar seguito alle procedure del protocollo d'intesa - si legga nella lettera che è stata inviata anche agli assessori regionali alla Sanità - avvertendovi che in caso contrario saremo costretti a opporci esercitando tutte le iniziative giudiziarie che risulteranno necessarie».

Marzio Bartoloni

© RIPRODUZIONE RISERVATA

Il testo della lettera inviata al ministro della Funzione pubblica

Le sottoscritte Organizzazioni sindacali ritengono necessario comunicare la non condivisione del metodo adottato per pervenire alla definizione del protocollo di intesa.

Suscita notevole perplessità l'esclusione, tra i sottoscrittori dell'intesa, delle rappresentanze delle Regioni, da cui le aziende sanitarie e ospedaliere dipendono come articolazione istituzionale organizzativa per l'erogazione dei servizi sanitari. Poiché le aziende sanitarie non costituiscono enti autoreferenziali di proprietà dei singoli direttori generali (nemmeno sotto l'egida della Fiaso che rappresenta semplicemente una Federazione di parte delle aziende) ci sembra sia stata posta in essere una grave forzatura istituzionale ancor prima che una violazione di vigenti norme legislative e contrattuali. Ancora, nella conferenza di presentazione del citato protocollo d'intesa "Sanità amica" il ministro Brunetta ha spiegato che «gli obiettivi dell'intesa sono quattro:

1) sperimentare gli effetti dei decreti di riforma nel lavoro pubblico nelle Asl,

2) coinvolgere Asl e Aziende ospedaliere nell'iniziativa "mettiamoci la faccia" (con la rilevazione della customer satisfaction attraverso emoticon via web, telefono e postazioni dedicate),

3) costruire un'unica piattaforma Voip per coordinare gli oltre mille numeri verdi attivi nella Pa,

4) migliorare la rilevazione di dati e la sperimentazione di modelli di innovazione tecnologica applicati al campo sanitario».

Ebbene, ci sembra che il ministro Brunetta abbia utilizzato la formula della sperimentazione per una più che opinabile applicazione alle Aziende sanitarie di norme la cui stessa applicabilità al Servizio sanitario regionale è esclusa dal medesimo Dlgs n. 150 del 2009 da cui traggono origine. Infatti, oltre le questioni di metodo sopra rappresentate, il protocollo d'intesa, che vorrebbe estendere l'applicazione delle disposizioni di cui al Dlgs n. 150 del 2009 agli enti del Servizio sanitario nazionale, appare illegittimo poiché in contrasto con le previsioni dello stesso Dlgs n. 150 del 2009. Quest'ultimo, infatti, disciplina specificamente l'estensione ai dipendenti del Servizio sanitario nazionale delle regole in materia di valutazione dettate per le amministrazioni dello Stato.

In particolare, l'art. 16 del decreto attribuisce alle Regioni il potere di adeguare gli ordinamenti delle amministrazioni dipendenti dalle stesse (tra cui anche le Aziende sanitarie) ai princìpi contenuti nel Dlgs n. 150 del 2009. Tuttavia, nelle more di tale adeguamento, e comunque fino al 31 dicembre 2010, il decreto prevede espressamente che «negli ordinamenti delle Regioni e degli enti locali si applicano le disposizioni vigenti; decorso il termine fissato per l'adeguamento si applicano le disposizioni previste nel presente Titolo, fino all'emanazione della disciplina regionale e locale». Le scriventi Organizzazioni sindacali lamentano di essere state escluse da un confronto su una materia concernente la disciplina del rapporto di lavoro dei dirigenti medici e sanitari e che non può essere separata dall'aspetto della valutazione professionale; confronto al quale le Organizzazioni sindacali della categoria, nel rispetto dei princìpi di massima collaborazione e trasparenza, non si sono mai sottratte al tavolo contrattuale, dove hanno sottoscritto regole chiare, peraltro non applicate dalle Aziende sanitarie. Sorprende, infine, che le Regioni, sempre attente a difendere le loro prerogative costituzionali, siano rimaste silenziose e passive di fronte a questa evidente "invasione di campo", tanto da far sospettare che non intendano intervenire nella materia.

Le scriventi Organizzazioni sindacali della categoria invitano pertanto le Regioni a volere riprendere il loro ruolo istituzionale di coordinamento delle attività delle aziende nel rispetto delle norme legislative e contrattuali e chiedono quindi al ministro per la Pubblica amministrazione e l'innovazione e alle Regioni stesse, intervenendo presso le aziende interessate, la sospensione del protocollo di intesa e l'apertura di un tavolo di confronto sulla materia.

Con il via libera del Senato al Ddl sui lavori usuranti si aggira la rottamazione «Brunetta»

Il Ssn ti pensiona a 70 anni

Cancellato il biennio aggiuntivo - Interpretazioni divergenti - Nuovo rebus

Non solo i medici ma tutti i dirigenti del ruolo sanitario del Ssn (es. chimici, biologi e farmacisti) in servizio al 31 gennaio scorso potranno su richiesta andare in pensione a 70 anni e con 40 anni di contributi effettivi. Il tentativo di bypassare gli effetti delle norme sulla rottamazione volute dal ministro Brunetta a vantaggio dei vertici del Servizio sanitario nazionale rappresenta la principale novità per il settore sanitario contenuta nel Ddl recante deleghe al Governo in materia di lavori usuranti e disposizioni in tema di lavoro in genere collegato alla Finanziaria 2008, approvato mercoledì scorso in via definitiva dall'assemblea di Palazzo Madama (S1167-B), nella versione ricevuta da Montecitorio.

Giunto al termine di un iter protrattosi per due anni e condito dalle polemiche sull'arbitrato e sui licenziamenti senza giusta causa, il Ddl tende una definitiva rete di salvataggio per gli apicali del Ssn al termine di un iter più che tortuoso.

Nella versione iniziale la legge prevedeva che per tre anni le pubbliche amministrazioni potessero unilateralmente congedare i dipendenti con 40 anni di anzianità di servizio. La prima "smagliatura" aveva previsto una rete di salvataggio per baroni e primari. Il Senato, in prima lettura, aveva ampliato il varco prevedendo anche per i dirigenti medici il pensionamento al raggiungimento dei 40 anni effettivi di contributi (calcolando gli anni di formazione universitaria diventano 45-46). La Camera ha successivamente rotto gli argini equiparando ai medici tutti i dirigenti del ruolo sanitario del Ssn.

Nella versione così modificata del Dlgs 502/1992 (art. 15-*novies*) dunque: si fissa a 65 anni il limite massimo per il collocamento a riposo dei dirigenti, primari compresi; li si priva della possibilità - prima prevista ai sensi del Dlgs 503/1992 (art. 16) - di permanere in servizio per un ulteriore biennio (il famoso 65+2); si concede loro la possibilità di continuare a lavorare fino al maturare del quarantesimo anno di servizio effettivo, senza comunque superare i 70 anni e senza che ciò determini un aumento del numero dei dirigenti.

Un intrico che apre nuovi rebus sull'effettivo "peso" della misura e che ha determinato interpretazioni del tutto divergenti da parte dei sindacati medici. L'Anaao ha brindato al nuovo successo della vertenza salute, parlando di «cancellazione della norma sulla rottamazione», anche se quest'ultima non sembra essere scalfita dal Dlgs, semmai "aggirata". La Cgil non ha festeggiato affatto: «La rottamazione arbitraria non è stata cancellata ed è stato soppresso anche il biennio aggiuntivo», ha ribadito il segretario nazionale Fp Cgil Medici, **Massimo Cozza**. «A scegliere i 70 anni saranno gli apicali, penalizzando i 55/65enni che fanno ancora guardie, notturni e festivi».

Enti vigilati verso la riorganizzazione

Un bel rebus che resta affidato a inevitabili circolari interpretative, in attesa che la Governance - in itinere alla Camera - offra una sponda a tutti.

Decisamente meno traumatico il mix delle altre misure di settore contenute nel Ddl tra cui figurano anche la delega per la riorganizzazione degli enti, istituti e società vigilati dal ministero della Salute (es. Istituto superiore di Sanità, Aifa, Ispesl, Cri ecc.); le misure per l'invio dei certificati malattia on line per i dipendenti di datori di lavoro privati; le norme per consentire a medici e altri professionisti sanitari extracomunitari al seguito di delegazioni sportive di esercitare la propria attività nei confronti di queste ultime, in deroga alle norme sul riconoscimento dei titoli esteri e l'incremento di 55 milioni di euro per ciascuno degli anni 2009 e 2010 del budget destinato all'indennizzo dei danni irreversibili da vaccinazioni obbligatorie (L. 229/2005).

Sara Todaro

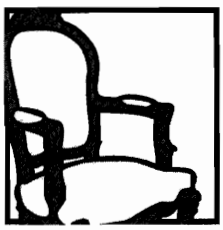
CAMERA, AVANZA IL BIOTESTAMENTO - BLINDATO

Il biotestamento dovrà durare cinque anni e a raccoglierlo deve essere il medico di famiglia. Questa la posizione del Pdl che blinda il testo uscito dal Senato, respingendo tutti gli emendamenti dell'opposizione. La settimana scorsa, in commissione Affari sociali il Pd ha provato a emendare l'articolo 4 per allungare la durata del testamento biologico e il numero di quanti possono raccoglierlo. «Ma la maggioranza - ha spiegato Livia Turco, capogruppo Pd in commissione - ha respinto ogni istanza, bocciando sei emendamenti dell'opposizione». Contrario al vincolo dei cinque anni anche Benedetto Della Vedova (Pdl), secondo il quale si tratta «di una tagliola insensata».

Ma il relatore Di Virgilio difende le scelte della maggioranza: «La raccolta da parte dei medici di medicina generale è più che sensata - ha spiegato - perchè c'è una loro strutturazione sul territorio e, comunque, il cittadino può scegliere il proprio medico e cambiarlo in qualunque momento. Quanto alla durata, i cinque anni responsabilizzano il cittadino e, come avviene già per altri documenti, lo invitano a ricordarsi del rinnovo».

CAMERA, CURE PALLIATIVE IN AULA PER PRIMO SI

Tutto pronto per il varo definitivo della legge sulle cure palliative e la terapia del dolore. L'ultimo sì dell'aula di Montecitorio è atteso in questi giorni, probabilmente già mercoledì 10 marzo quando è previsto il voto. La settimana scorsa - dopo il via libera della commissione Affari sociali - sono arrivati i pareri delle altre commissioni della Camera (Affari costituzionali, Giustizia, Bilancio e Ambiente) al testo che per la prima volta, per legge, introduce norme ad hoc sulla medicina palliativa e la lotta al dolore. Innanzitutto prevede che in ogni cartella clinica, accanto alla pressione e ai valori del sangue, medici e infermieri dovranno sempre indicare il livello del dolore dei propri pazienti, «nonché la tecnica antalgica e i farmaci utilizzati, i relativi dosaggi e il risultato antalgico conseguito». Grazie al progetto di legge sparisce, una volta per tutte, l'odiato ricettario speciale per la prescrizione degli oppioidi. Da ora in poi basterà la semplice ricetta del medico di famiglia per farsi prescrivere i medicinali. Il Ddl stanzia inoltre circa 150 milioni - 100 già previsti nel vecchio Piano sanitario nazionale e altri 50 aggiunti in extremis nell'ultima manovra estiva - per dare corpo alle due reti: una sulle cure palliative e l'altra sul dolore.



Boom di segnalazioni nel 2009: 244 per milione di abitanti, standard Oms più vicino

Farmacovigilanza a tutto gas

Lombardia, Toscana, Molise e Basilicata al top - Calabria e Lazio in coda

I pazienti italiani possono cominciare a dormire sonni più tranquilli. La farmacovigilanza in Italia avanza a tutta velocità, segno che i controlli crescono a tutti i livelli.

L'anno scorso le segnalazioni di "reazioni avverse" dei farmaci sono cresciute di quasi il 27% (per l'esattezza il 26,90%) rispetto al 2008 per un totale di 14.574 "denunce". Una corsa in avanti impressionante se si vede il trend degli ultimi anni. le segnalazioni sono state 11.485 nel 2008, mentre erano 9.788 nel 2007 e solo 6.542 nel 2006. In tre anni sono dunque più che raddoppiate. E oggi se ne contano 244 per milione di abitanti. A questo punto l'agognato "gold standard" che l'Organizzazione mondiale della Sanità ha fissato ad almeno 300 segnalazioni per milione di abitanti è sempre più vicino.

Tanto che ora anche il nostro Paese può cominciare a vantare, rispetto ad altri Paesi e soprattutto in certe Regioni, la garanzia di controlli serrati e occhi vigili sulla sicurezza dei farmaci. Una piccola rivoluzione, tutta a favore dei pazienti, che si spiega almeno in parte con un lavoro di partnership serrato tra l'Aifa e i centri regionali che sembra aver dato i suoi frutti per il decollo della rete nazionale di farmacovigilanza: «La collaborazione con i Centri regionali è continuata con un loro maggiore coinvolgimento nelle attività di farmacovigilanza», ha spiegato **Fernanda Ferrazin**, nuovo dirigente dell'Ufficio di farmacovigilanza Aifa nell'ultimo bollettino della farmacovigilanza pubblicato a fine anno sul sito della stessa Agenzia del farmaco. «Oltre all'attività di validazione delle schede e di valutazione del nesso di causalità, all'analisi periodica dei segnali - aggiunge Ferrazin - i Centri sono infatti ora coinvolti nella valutazione rapida degli eventuali segnali relativi al vaccino pandemico». In pista ci sono anche i registri unificati dei farmaci sottoposti a monitoraggio, uno strumento per tenere sotto controllo i dati durante le sperimentazioni e sensibilizzare i medici alle segnalazioni di sospette reazioni avverse. Su quest'ultimo fronte va segnalato come la parte del leone continuino a farla i medici ospedalieri, responsabili del 47.83% delle segnalazioni, seguiti dal farmacista (10.74%), dal medico di medicina generale (10,59%), dallo specialista (9,55%) e dalla letteratura scientifica (8,37 per cento).

L'importante crescita delle cosiddette «Adr» («Adverse drug reactions») è, comunque, dovuta soprattutto all'exploit di alcune Regioni: in particolare le solite Lombardia e Toscana che hanno superato abbondantemente l'indicatore dell'Oms delle 300 segnalazioni per milioni di abitanti con 587 e 464 reazioni avverse denunciate. Ma non c'è solo il Nord: oltre il "gold standard" ci sono anche Molise e Basilicata (386 e 331 segnalazioni). Lì vicino ci sono inoltre Trento (298), Emilia Romagna (285), Bolzano (271), Veneto (270) e Friuli Venezia Giulia (266). In coda quasi tutte le Regioni del Centro-Sud che comunque cominciano a risalire la china rispetto al "deserto" del passato: alle ultime posizioni ci sono Calabria (43 «Adr» per milione di abitanti), Lazio (76), Sardegna (82) e Puglia (83 segnalazioni per milione di abitanti).

Insomma dopo anni di torpore, la farmacovigilanza italiana si è svegliata e comincia ad avere gli occhi ben aperti sui rischi dei medicinali.

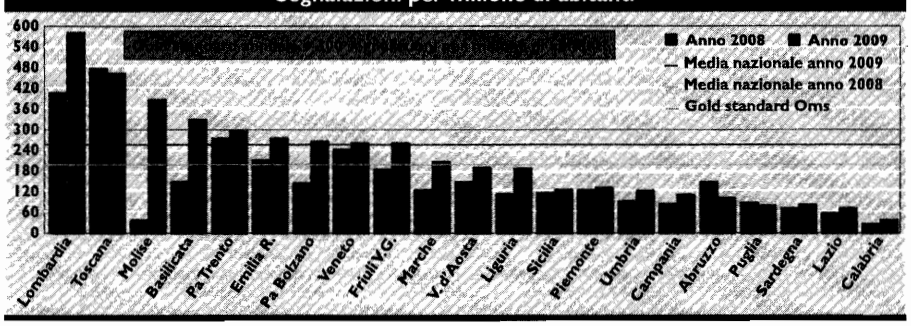
Marzio Bartoloni

© RIPRODUZIONE RISERVATA

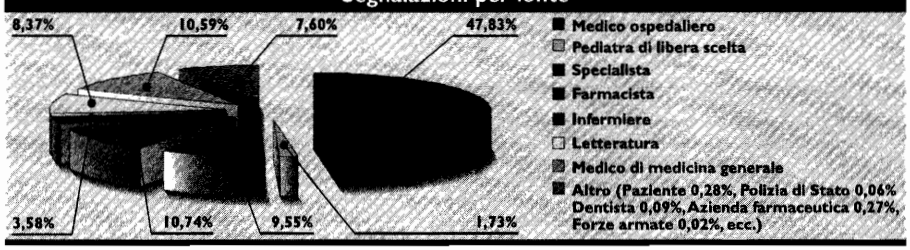
Segnalazioni per Regione

Regione	Valori assoluti	Per mil. ab.	Valori assoluti	Per mil. ab.	Var. % 2009/2008	Regione	Valori assoluti	Per mil. ab.	Valori assoluti	Per mil. ab.	Var. % 2009/2008
Lombardia	3.920	406,54	5.663	587,30	44,46%	Liguria	184	114,30	303	188,22	64,67%
Toscana	1.749	475,65	1.709	464,78	-2,29%	Sicilia	607	120,68	635	126,25	4,61%
Molise	13	40,52	124	386,49	853,85%	Piemonte	543	123,37	552	125,42	1,66%
Basilicata	81	137,06	196	331,64	141,98%	Umbria	83	93,84	106	119,85	27,71%
Pa Trento	143	278,56	153	298,04	6,99%	Campania	469	80,70	649	111,68	38,38%
Emilia R.	898	210,02	1.219	285,09	35,75%	Abruzzo	188	142,00	144	108,76	-23,40%
Pa Bolzano	67	135,65	134	271,30	100,00%	Puglia	409	100,33	339	83,16	-17,11%
Veneto	1.190	246,26	1.306	270,26	9,75%	Sardegna	119	71,44	137	82,25	15,13%
Friuli V.G.	225	184,12	326	266,76	44,89%	Lazio	327	56,80	426	76,60	30,28%
Marche	193	124,27	342	220,21	77,20%	Calabria	58	28,89	87	43,33	50,00%
V. d'Aosta	19	150,82	24	190,51	26,32%	Italia	11.485	192,64	14.574	244,45	26,90%

Segnalazioni per milione di abitanti



Segnalazioni per fonte



LE RAGIONI DELLE BUONE PERFORMANCE TOSCANE

E il centro toscano monitora anche i dispositivi

Nel 2009 nel territorio della Regione Toscana sono stati segnalati 1.709 casi di reazioni avverse con un tasso di 464 segnalazioni per milione di abitanti/anno. Questo dato è ben al di sopra del "gold standard" stabilito dall'Oms pari a 300 segnalazioni per milione di abitanti/anno. Queste cifre pongono la Toscana nelle posizioni di vertice tra le Regioni per le attività di segnalazione spontanea delle reazioni avverse. Le Asl che maggiormente hanno contribuito a questo successo sono quelle di Viareggio e Lucca e l'Aou Pisana, nelle quali si registrano tassi di segnalazione che raggiungono anche valori doppi rispetto a quelli stimati dall'Oms per un sistema di farmacovigilanza efficiente. In totale sono state registrate 1.313 segnalazioni di reazioni avverse a farmaci e 396 a vaccini.

Dati analizzati da un centro ad hoc

I farmaci indicati come sospetti sono in totale 1.399 per un totale di 2.128 possibili reazioni avverse. L'età media dei pazienti, che hanno manifestato sospette reazioni avverse a farmaci, è stata di circa 60 anni con prevalenza di soggetti di sesso femminile (765 donne). Le reazioni avverse a farmaci sono state giudicate gravi in 307 casi (23%): 12 hanno causato il decesso del paziente; 20 invalidità grave o permanente; 199 ospedalizzazione o prolungamento dell'ospedalizzazione; 50 hanno messo in pericolo la vita del paziente e 26 sono state giudicate condizioni clinicamente rilevanti. I medici ospedalieri hanno approntato il contributo maggiore alla segnalazione (43% del totale) seguiti dai medici di medicina generale (27 per cento).

Nel 2009 per la prima volta la Toscana ha attivato un programma di monitoraggio degli incidenti e dei mancati incidenti relativi ai dispositivi medici. I risultati del primo anno di osservazione rivelano 713 segnalazioni (373 incidenti e 340 mancati incidenti) ogni 500mila giornate di degenza + prestazioni ambulatoriali. Questo sistema è attualmente l'unico informatizzato presente in Italia in grado di consentire un'analisi rapida e specifica dei dati raccolti. Il maggiore contributo alle segnalazioni di incidenti e mancati incidenti associati a dispositivi medici proviene dall'azienda ospedaliera pediatrica Meyer.

I dati raccolti nel territorio regionale sono analizzati periodicamente dal Centro regionale toscano di farmacovigilanza, che riunisce le competenze delle aziende sanitarie e delle tre Università toscane e che ha pubblicato numerosi articoli scientifici e comunicazioni a prestigiosi congressi nazionali e internazionali.

Il centro ha collaborato con l'Aifa e con i centri regionali di farmacovigilanza delle altre Regioni per l'analisi periodica delle reazioni avverse registrate in Italia. Nel 2009 la Toscana ha, inoltre, consolidato un programma di formazione di eccellenza sulle reazioni avverse ai farmaci e sulla farmacovigilanza con il master interuniversitario di II livello in farmacovigilanza (attivo ormai da alcuni anni), e con numerosi corsi di educazione continua in medicina realizzati sia nel territorio che nei presìdi ospedalieri rivolti a numerosi operatori sanitari. Tale programma di formazione è stato realizzato anche con il metodo della formazione a distanza tramite Internet.

In pista formazione e collaborazioni

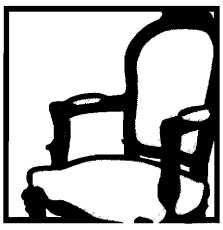
Nel 2010 la Toscana sta attivando progetti di monitoraggio intensivo delle reazioni avverse ai farmaci nel settore della reumatologia, con particolare attenzione alle reazioni avverse associate ai trattamenti con farmaci biologici. Inoltre collaborerà a un osservatorio nazionale delle reazioni avverse a farmaci in pronto soccorso.

Il sistema di farmacovigilanza costruito dalla Toscana ha confermato nell'ultimo anno la sua solidità, raggiunta attraverso una crescita progressiva iniziata nel 2004. Gli obiettivi raggiunti finora rappresentano un'ottima base per un ulteriore potenziamento delle attività nei prossimi anni, finalizzato ad assicurare ai cittadini le cure farmacologiche più avanzate disponibili nelle migliori condizioni possibili di sicurezza.

Loredano Giorni
Responsabile farmacovigilanza Regione Toscana

RAPPORTO 2007/2008/ In Italia sono consumatori il 26% di cittadini, molti under 16

Alcol, record di giovani bevitori

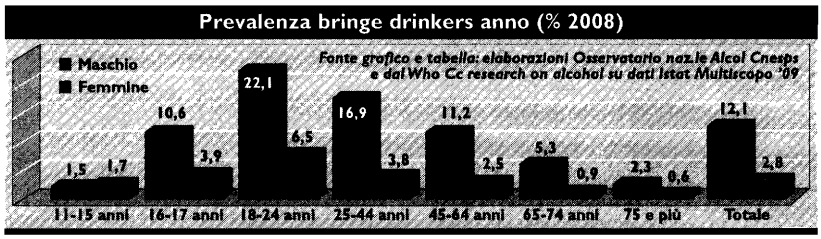


L'età media in cui si comincia a bere è due anni inferiore a quella Ue

Non sono gli italiani i maggiori consumatori di alcolici in Europa, ma in Italia si comincia a bere prima e tutti i giorni della settimana. I giovani si avvicinano alla bottiglia già tra gli 11 e i 12 anni. Un record che anticipa di ben 2 anni l'età media europea che è di 14. Senza dimenticare che pur essendo vietato somministrare alcolici agli under 16, il 17,6% dei giovani tra gli 11 e i 15 anni ha già bevuto e non solo in maniera occasionale.

La relazione del ministero della Salute al Parlamento sul consumo di alcol nel biennio 2007-'08 parla chiaro: in Italia beve quotidianamente almeno il 26% dei cittadini e ci si avvicina al bicchiere già alle scuole medie. Se resta contenuto, per ora il numero dei cosiddetti "binge drinkers" abituali, ovvero di chi beve almeno 6 drink in una sola serata, esplode il dato di chi esagera una volta a settimana: il 34%, contro il 28% della media Ue.

I binge drinkers sono soprattutto uomini tra i 18 e i 24 anni (22,1%), anche se il dato femminile è in costante aumento. Preoccupa anche la tendenza a bere fuori pasto, uno dei segnali più allarmanti a parere dell'Iss che ha supervisionato il rapporto, oggi il 31,7% dei ragazzi tra gli 11 e i 24 anni e il 21,3 delle ragazze ha questo tipo di abitudine. Eppure, nonostante i dati, l'Italia è un popolo di astemi: il 40% di italiani non ha consumato bevande alcoliche negli ultimi 12 mesi.



Consumatori di bevande alcoliche (% 2008)

Piemonte			Friuli V.G.			Molise		
V. d'Aosta	86,5		Liguria			Campania	72,3	
Lombardia			Emilia R.			Puglia		
Trentino A.A.			Toscana			Basilicata		
Bolzano		69,4	Umbria			Calabria		
Trento			Marche			Sicilia		42,4
Veneto			Lazio			Sardegna		
			Abruzzo			Italia	80,5	56,3

Legenda: Minimo ↓ Media nazionale Media nazionale ↑ Media nazionale Massimo

Ed è il dato più alto nell'Ue. Ma a parità di "morigeratezza", chi beve lo fa in maniera più abbondante e frequente rispetto al resto d'Europa. Come detto, tra i record in fatto di bottiglia c'è l'abitudine a bere quotidianamente (26%, il doppio della media comunitaria), 4 o 5 volte alla settimana (14%, record assoluto nell'Ue) e tra i bevitori, il 34% si spinge a ubriacarsi almeno una volta ogni 7 giorni.

Leggendo i dati poi si smontano alcuni miti: nei Paesi tradizionalmente ad alto consumo alcolico, come Germania e Irlanda, il numero di chi beve tutti i giorni è basso, il 9% tra i tedeschi e appena il 2% degli irlandesi, che però recuperano nei week-end, facendo schizzare la cifra di chi beve solo una volta a settimana rispettivamente a 27 e 41%. Il record tra gli abitudinari appartiene al Portogallo, che batte tutti con un secco 47% di cittadini che beve ogni giorno.

Il problema sembra però non tanto "quando" si beve, ma quanto effettivamente si consuma. Solo così si possono leggere criticamente i dati riguardanti gli incidenti stradali. Perché la relazione del ministero punta il dito proprio su questa piaga che uccide oltre 400 giovani ogni anno e ne ferisce circa 30mila, molti dei quali in modo gravissimo.

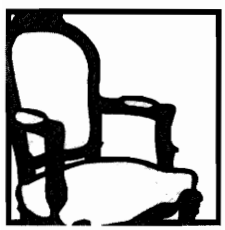
Tra i dati preoccupanti ce ne sono poi alcuni curiosi: a esempio riguardo al legame tra stato civile e alcol. Tra agli uomini, bevono di più quelli sposati (87%) dei celibi (70,8), mentre tra le donne, l'incidenza si inverte e l'abitudine riguarda principalmente le divorziate (65,5%) e al secondo posto le donne sposate (59,2). Il dato scende sia per i vedovi che per le vedove: 78,5% degli uomini e appena il 47 delle donne.

A livello regionale si beve di più nel Nord, con un'incidenza top nel Triveneto (82,8% degli uomini), mentre i numeri scendono al Sud e in particolare nelle isole, dove la media dei bevitori non raggiunge il 60 per cento.

In relazione all'occupazione, beve di più (82%) chi fa un lavoro autonomo, contro il 57% di chi si fa mantenere dalla famiglia o di chi è dipendente (79,1%). Questi numeri riguardano chi ha l'età per lavorare e, cioè, i maggiori di 15 anni: non si tiene conto di chi non dovrebbe avere un lavoro e nemmeno la possibilità di bere alcol. Ma questa è solo teoria, visto che il 7,3% degli under 15 dichiara di ubriacarsi almeno una volta l'anno.

Lucilla Vazza

© RIPRODUZIONE RISERVATA



RELAZIONE AL PARLAMENTO/ Nel 2008 aumenta dal 2,8 al 4,1% la diffusione nello sport

Doping: test positivi in crescita

Controllati 955 atleti - Sei progetti di prevenzione e 15 di ricerca clinica

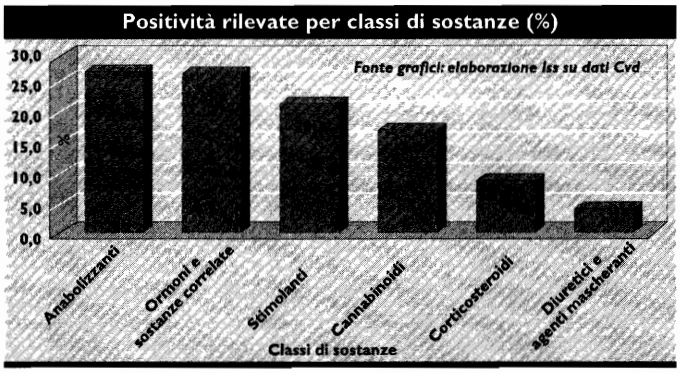
Tra il 2003 e il 2008 i controlli registrati dalla Commissione per la vigilanza sul doping indicano un aumento della positività negli atleti sottoposti ai test aumentata dal 2,7 del primo anno al 4,1% del 2008. Dai risultati delle analisi è emerso, secondo la relazione al Parlamento della Commissione, che dei 955 atleti controllati 39 sono risultati positivi ai test (il 4,1% appunto), 16 sono i casi archiviati e 17 sono ancora in sospeso perché in corso di accertamenti clinici. In cima alla lista di positività ci sono tra le federazioni il calcio e il ciclismo.

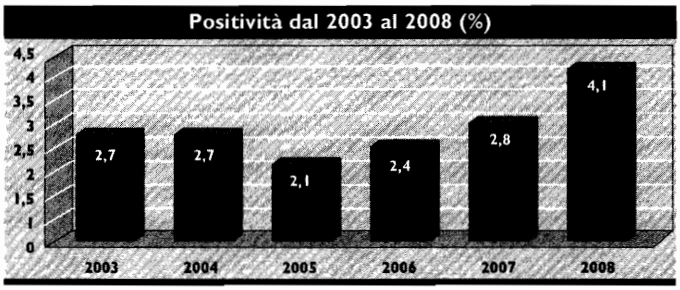
La relazione mette in evidenza le classi di sostanze dopanti più diffuse. In testa sono gli anabolizzanti e le sostanze attive sul sistema ormonale (25,4%), a seguire ci sono gli stimolanti (20,3%), i cannabinoidi (16,9%), i corticosteroidi (8,5%) e infine i diuretici. Ma il panorama del loro utilizzo è cambiato negli anni. Così nel 2008 si registra un aumento di 5 volte dell'uso di sostanze attive sul sistema ormonale, come l'eritropoietina e simili. Inoltre gli anabolizzanti tornano ai vertici delle principali sostanze utilizzate, come era nel 2003. Quest'anno si osserva una diminuzione dell'uso di cannabinoidi passati da valori intorno al 30-40% degli ultimi quattro anni a un valore di circa il 17%. Per gli stimolanti il trend è costante a partire dal 2005, con valori che oscillano intorno al 20%. L'uso di diuretici presenta nel 2008 i valori minimi del quinquennio (3,4%) e sono scomparsi i beta bloccanti. I corticosteroidi invece sono aumentati rispetto al 2007 con valori simili al 2006 e 2005.

Ma l'attività della Commissione non si è fermata alla verifica degli illeciti. È stato promosso un bando ricerca che ha avviato 15 progetti sullo studio delle sostanze e dei disturbi a esse correlati affidati a Università (9 progetti), Istituto superiore di Sanità (1), Regioni (1), Cnr (1) e Ircss e istituti interuniversitari (3). Accanto a questi sono stati avviati sei progetti per attività informative/formative grazie a un accordo di collaborazione con l'Iss. Il primo è il progetto "Palestra sicura", il cui coordinamento è affidato alla Regione Emilia Romagna e a cui partecipano altre quattro Regioni per un totale di 400 palestre in cui gestori e direttori tecnici sono istruiti alla tutela della salute degli utenti. C'è poi il progetto "Aggiornamento dei referenti scolastici della salute sulle problematiche doping-correlate", che prevede, in collaborazione con l'Istruzione, l'aggiornamento degli insegnanti sulla prevenzione tra gli studenti. Il terzo progetto "Validazione di un sistema informatizzato dedicato alla gestione dei dati anamnestici di atleti agonisti" ha come obiettivo la costituzione del "passaporto biologico" dello sportivo, che potrebbe confluire nella tessera sanitaria. Poi lo "Studio delle vie di approvvigionamento delle sostanze vietate per doping con riguardo ai siti internet" che coinvolge Iss e Nas e prevede un campionamento dei siti internet sospetti, che vendono sostanze vietate e la raccolta di dati sulle sostanze acquistate. Quinto progetto è quello sui "Percorsi di aggiornamento per la magistratura per l'applicazione della legge 376/2000" che prevede un corso di aggiornamento per le figure professionali coinvolte nelcontrasto al doping. Infine il sesto progetto è un "Master per ispettore investigativo antidoping - Nas", destinato alla formazione dei Nas.

P.D.B.

© RIPRODUZIONE RISERVATA





Il contratto dei medici specializzandi riconosce loro un'«autonomia vincolata» alle direttive ricevute dal tutore. Ma quest'autonomia, seppur limitata, non vale ad attenuare la responsabilità penale dei medici in formazione specialistica per le attività compiute, in virtù di un principio che la IV sezione penale della Cassazione mette nero su bianco nella **sentenza n. 6215/2010**, depositata il 16 febbraio: «Se lo specializzando non è (o non si ritiene) in grado di compierle deve rifiutarne lo svolgimento perché diversamente se ne assume la responsabilità». È la cosiddetta "colpa per assunzione", di cui si macchia chi cagiona un evento dannoso essendosi assunto un compito che non è in grado di svolgere.

Nessuno sconto, insomma, in nome della sacrosanta esigenza di imparare. La Suprema corte rimarca il suo atteggiamento di severità nei confronti degli sbagli degli specializzandi, analizzandoli alla luce dei "nuovi" contratti. E confermando la condanna per omicidio colposo inflitta nel 2007 dalla Corte d'appello di Milano a una giovane dottoressa, ritenuta responsabile di «cooperazione colposa» (ex articolo 113 del Cp) con due camici bianchi "strutturati" del reparto di neurochirurgia di un ospedale lombardo.

Ai camici bianchi era stato contestato un errore macroscopico: non essersi accorti che un paziente ricoverato - operato per un'ernia al disco e in via di dimissione - stava avendo un infarto miocardico acuto, che infatti ne avrebbe causato il decesso nel giro di 14 ore dall'inizio dei sintomi. Sintomi che i medici (il chirurgo autore dell'intervento, una specializzanda e il chirurgo subentrato in reparto nella serata) avevano scambiato per i segni di una malattia gastrica, nonostante già un elettrocardiogramma la mattina segnalasse alterazioni che avrebbero meritato un approfondimento. Di qui la condanna da parte del tribunale di Monza alla pena di otto mesi di reclusione per ciascun sanitario, poi ridotta a cinque mesi, convertiti in pena pecuniaria, dalla Corte d'appello.

Tutti i medici hanno proposto ricorso in Cassazione, che li ha rigettati con una sentenza interessante per vari aspetti. Oltre alle osservazioni sulle responsabilità degli specializzandi (alla giovane dottoressa si imputava di non aver letto correttamente il primo elettrocardiogramma), Piazza Cavour chiarisce altri doveri dei professionisti. Il primo: «A fronte della possibilità di una diagnosi differenziale non ancora risolta, è obbligo del medico cui sia sottoposto il caso compiere gli approfondimenti diagnostici necessari per accertare quale sia l'effettiva patologia che affligge il paziente e adeguare le terapie in corso a queste plurime possibilità». In caso di trattamenti incompatibili, va sospeso quello riferito alla patologia meno probabile, a patto che non sia la più grave. Nella fattispecie, per 12 ore i camici bianchi non avevano trovato la causa dei fortissimi dolori gastrici che il paziente lamentava. E nessuno l'aveva sufficientemente indagata. Se l'avessero fatto - come hanno correttamente affermato i giudici di merito - «il paziente si sarebbe salvato in termini di elevata credibilità razionale». Nessuno, infine, è più colpevole degli altri: la loro condotta colposa «trova l'antecedente logico e causale nelle negligenze del medico che li ha preceduti».

Manuela Perrone

© RIPRODUZIONE RISERVATA

Indennità «De Maria» ai docenti universitari

ON LINE
www.24oresanita.com

Sanità

Direttore responsabile: ELIA ZAMBONI
Coordinatore editoriale: ROBERTO TURNO
Redazione: Marzio Bartoloni (vice capo servizio); Paolo Del Bufalo (capo servizio); Barbara Gobbi; Rosanna Magnano; Manuela Perrone; Sara Todaro (capo servizio)
redazione.sanita@ilsole24ore.com