

Sanità

Anno VII - n. 19
Poste Italiane Sped. in A.P.
D.L. 353/2003 conv. L. 46/2004,
art. 1, c. 1, DCB Roma

18-24 maggio 2004
www.24oresanita.com

Prende il via a Montecitorio la battaglia finale sulla riforma del lavoro medico contenuta nel Dl 81/2004

«Ve la diamo noi la reversibilità»

Il centro-sinistra attacca e rilancia - Ma la maggioranza è blindata e pensa alla fiducia

Approda nell'aula di Montecitorio il Dl 81/2004 con la reversibilità già approvata dal Senato. E il centro-sinistra, i cui emendamenti sono stati tutti respinti in commissione Affari sociali la scorsa settimana, è pronto a dare battaglia. Con un emendamento annunciato per l'assemblea si propone di precludere la reversibilità ai dirigenti apicali e di temporizzare l'opzione alla scadenza del contratto. Ma la maggioranza ha tutta l'intenzione di "blindare" il testo. Anche fino alla fiducia, se sarà necessario.

Intanto, il Comitato di settore dovrà decidere questa settimana cosa fare in merito all'atto di indirizzo sul contratto e alle convenzioni, per le quali sembra sfumata la possibilità di prevedere una cadenza quadriennale e due bienni economici in analogia con gli accordi dei dipendenti.

SERVIZI A PAG. 2-3



MANAGER CONTRO

Coro di «no» dai Dg

L'accusa: così è impossibile programmare

Con la reversibilità annuale salta la programmazione. È un coro di "no" quello che i direttori generali, senza distinzioni geografiche o politiche, indirizzano alle modifiche in cantiere col Dl 81. Nessuno vuole più

imporre l'irreversibilità, ma la proposta di quasi tutti i manager è di ancorare il cambio di opzione al contratto del professionista. E l'esclusiva è d'obbligo per gli apicali.

SERVIZI A PAG. 4-5

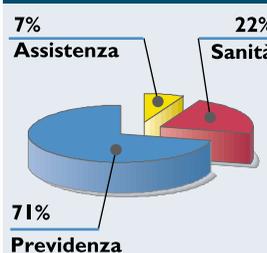
PAROLA DI TREMONTI

Deficit 2003: 1,8 miliardi

Personale stabile - La fiscalità aiuta solo quattro Regioni

Rallenta nel 2003 la crescita della spesa (2,5%), ma il disavanzo resta a quota 1,8 mld. La Relazione sulla situazione economica del Paese, trasmessa dal Parlamento, fa il punto sui bilanci regionali. Con tutte le voci in crescita tranne la farmaceutica, e il personale "stabile" ma senza i contratti.

Prestazioni sociali



SERVIZI A PAG. 8-10

SPAGNA & FEDERALISMO

Madrid al patto d'equità

Accordo con le autonomie: cresce il Fondo di coesione

Si insedia a Madrid il nuovo Governo socialista guidato da Zapatero e la salute è in primo piano. Tra i primi punti all'ordine del giorno c'è il federalismo: tutte le Regioni, sia a guida socialista che popolare, hanno chiesto un aumento del

Fondo di coesione per compensare le differenze e gli squilibri regionali nell'assistenza sanitaria. Più concertazione tra Madrid e autonomie anche sulla farmaceutica e i livelli essenziali.

SERVIZIO A PAG. 31

Farmacie al test di avviamento
A PAG. 29

Ecco il restyling delle pillole Ue
NELL'INSERTO

MEZZOGIORNO & SALUTE

D'Alema: progetto Sud

Piano straordinario per recuperare i ritardi strutturali

Un piano straordinario decennale di interventi a tutto campo per sanare le fratture Nord-Sud e garantire alle Regioni del Mezzogiorno il «recupero dell'autosufficienza» in campo sanitario. È la proposta avanzata dal leader di sinistra Massimo D'Alema in una Pdl

da poco presentata alla Camera. Per il finanziamento degli interventi prevista l'istituzione di un Fondo ad hoc, il ricorso ai mutui Bei e l'utilizzo del 40% delle giacenze Inail (cinquemila miliardi di vecchie lire).

SERVIZIO A PAG. 13

MANAGEMENT



In allegato

IN VETRINA

Toscana, al sangue ci pensa il web

Grazie a Internet, la Regione ha messo in rete donatori e Centri trasfusionali ottimizzando il sistema. (Servizio a pag. 25)

▼ **Veneto: cure di base, debutta la Cabina di regia**
Via libera della Giunta al sistema di controllo della medicina convenzionata. (Servizio a pag. 27)

▼ **Emilia Romagna: l'accelerazione arriva col Pal**
Il Piano attuativo locale di Bologna 2004-2006 facilita l'accesso alle prestazioni. (Servizio a pag. 26)

GUIDA ALLA LETTURA	
Primo Piano	a pag. 2 - 5
Cronache	6 - 7
Dal Governo	8 - 10
In Parlamento	12 - 13
Speciale	15 - 18
Inserto	I - XVI
La Giurisprudenza	20
Mercati&News	21
Dibattiti	22 - 23
Aziende/Territorio	25 - 27
Lavoro/Professione	28 - 29
Servizi	30
In Europa	31

A PAG. 12
Professioni
Approvato in commissione al Senato il ripristino delle funzioni di coordinamento per i profili

A PAG. 20
Cassazione
Il dottore del pronto soccorso non è un semplice «smistatore» di pazienti

A PAG. 28
Enpam
Un bilancio in «nero» nel 2002 E la Corte dei conti manda la sua benedizione

sineura
Soluzioni strategiche e operative di Innovazione e Cambiamento
www.sineura.com



MEDICI&RIFORME/ Approda questa settimana a Montecitorio il «decreto-emergenze»

A ognuno la sua reversibilità:

La controproposta del centro-sinistra in un emendamento - Il Governo

Reversibilità: tutto si deciderà questa settimana in aula alla Camera. Anche se alle promesse dell'Ulivo, pronto a intervenire in assemblea con un emendamento che ridimensiona le possibilità del cambio di opzione, la Casa delle libertà pensa di rispondere «blindando» il provvedimento approvato al Senato. Fino alla fiducia. I tempi per la conversione del Dl 81/2004 stringono: la scadenza è fine maggio, ma tutto dovrà concludersi entro il 27, per lasciar spazio alle elezioni europee. E anche i medici promettono battaglia: il rimpallo di responsabilità è iniziato tra Governo e Regioni e il conseguente stallo del contratto, secondo l'Anao, porteranno inevitabilmente allo sciopero il 3-4 giugno.

L'esame del decreto è finora andato avanti speditamente. Mercoledì scorso l'Aula ha respinto le pregiudiziali di costituzionalità presentate dall'opposizione, che contestava i presupposti di necessità e urgenza del provvedimento e l'identità dei contenuti con il vecchio Dl, affondato a marzo a Montecitorio proprio sotto i colpi di due pregiudiziali. E giovedì la commissione Affari sociali, dopo aver bocciato i circa 40 emendamenti targati Ulivo e aver acquisito il parere della Bilancio (unica osservazione, il suggerimento alla Affari sociali di verificare la possibilità di inserire all'articolo 2-bis e 2-ter - che non riguardano l'esclusiva - norme per autorizzare l'Economia ad apportare le opportune variazioni di bilancio) ha licenziato il provvedimento per l'assemblea. Con il viatico anche del parere tecnico della Salute, in cui si sottolinea che la reversibilità non costerà nulla al Ssn. Anzi, secondo i tecnici ministeriali, almeno il 10% circa di medici in esclusiva

deciderà di cambiare opzione e potrà perfino esserci un risparmio.

In Aula, quindi, si consumerà la vera battaglia: l'opposizione ha annunciato il «muro contro muro», a colpi di emendamenti. Le proposte di modifica dell'Ulivo vanno nel senso di precludere la reversibilità dell'opzione per chi abbia incarichi di dirigenza apicale e, comunque, di dare maggiore flessibilità alla scelta regolamentandola nell'ambito di normative regionali e legandola alla durata dei contratti. Insomma, non si potrà cambiare idea ogni anno, ma, se la Regione lo riterrà opportuno, al rinnovo di ogni contratto.

sta a Il Sole-24 Ore. «Certamente non interessa la grande maggioranza dei medici, ma è un importantissimo segnale di libertà», ha detto. E sulle critiche dell'opposizione al fatto che l'annualità della scelta potrebbe far saltare la gestione aziendale ha tagliato corto: «Sono solo chiacchiere. La programmazione si fa ogni anno e le aziende non avranno problemi. Quanto ai costi in più, non so di che si parla: ogni nostra richiesta di documentarli, è stata sempre evasa. Sono solo vaghe idee, vaghi fantasmi, senza alcuna prova».

Una posizione su cui è in qualche modo in sintonia anche il pre-

«Un patto per la salute e per il governo democratico della Sanità», che abbia come punti cardine l'equità e la difesa del servizio sanitario pubblico, contro «la deregulation» e «l'economicismo» del Centro-destra. È questa la proposta lanciata dai Ds ai medici italiani, nel corso del convegno «Scienza e coscienza», che si è svolto l'8 maggio a Roma. Una presentazione ufficiale della ricetta politica della Quercia per i camici bianchi, che implica anche un parziale dietrofront sull'esclusività, «rivoluzione» dell'ex ministro **Rosi Bindi**.

«Promuovere l'equità nella salute significa incidere nelle politiche dello sviluppo e innovare i sistemi di welfare», ha spiegato **Livia Turco**, responsabile Sanità dei Ds e promotrice dell'in-

Ds all'arrembaggio:

contro (si veda la lettera-invito pubblicata a fianco), affiancata da **Augusto Battaglia** e **Grazia Labate**. «Noi consideriamo la Sanità come un investimento e non come un costo», le ha fatto eco il segretario della Quercia, **Piero Fassino**, chiudendo i lavori, al termine di oltre venti inter-

Il consenso dei medici - protagonisti, quest'anno, di una mobilitazione unitaria unica nella storia della categoria - è voluto, cercato. «Io penso - ha sottolineato la Turco - che si debba radicalmente ridiscutere l'idea di un medico che, per quanto dirigente, resta pur sempre un dipendente, qualcosa di burocraticamente definito. Ab-

Trattative, lavori in corso

E per contratto e convenzioni il Comitato di settore si rimbecca le maniche

Contratto in attesa degli esiti della votazione alla Camera sul decreto legge 81/2004: se passerà il cambio di rotta sull'irreversibilità dell'opzione per l'esclusiva, le Regioni saranno costrette a ritoccare l'atto di indirizzo per l'avvio delle trattative. Anche se potrebbero farlo solo per quell'aspetto e - sembrerebbe l'orientamento prima della riunione del Comitato di settore fissata per mercoledì 19 maggio - non per le altre voci aspramente criticate da gran parte dei medici.

In agguato c'è sempre il coniglio nel cappello rappresentato dalla possibilità di mandare a monte tutta la partita dell'esclusiva così come è oggi. E per farlo si potrebbe ricorrere all'articolo 42 dell'ultimo contratto che prevede la

possibilità di «disdettare» la parte che riguarda l'esclusiva: la «norma di garanzia» stabilisce che, a fronte di qualunque revisione del quadro normativo, tutto il capitolo debba essere ricontrattato. Un compito - disdetta compresa - che però dovrebbe spettare alle parti firmatarie: Aran e sindacati. Certo, il limite che lo stesso articolo 42 prevede è quello di una modifica che incida sul quadro economico e in questo caso l'emendamento lascia l'indennità solo a chi resta fedele al Ssn e, quindi, potrebbe non essere determinante sui costi. D'altra parte ci si potrebbe anche chiedere che valore avrebbe disdettare un contratto scaduto da oltre due anni, quando si sta ormai già parlando del nuovo.

E sempre mercoledì 19 il Comitato di settore avrà un altro compito: quel-

lo di rivedere tutti i suoi conti (si veda Il Sole-24 Ore Sanità n. 18/2004) sulle convenzioni. La parte cassata dell'emendamento votato dall'aula del Senato, infatti, non dà per il momento la possibilità alla Sisac di lavorare su un quadriennio normativo e due bienni economici come per il contratto, ma lascia le cose come stanno. E quindi, in teoria, si dovrebbe parlare solo del triennio 2001-2003 (al massimo spostando di un anno in avanti: 2002-2004 con un «recupero» per il 2001) per il quale le risorse sono limitate al 4,8%. Ma non solo.

Sempre per le convenzioni, con l'approvazione dell'emendamento del Senato il quadro giuridico di riferimento per tutta l'area diventa «frastagliato» e, in ogni caso, di difficile gestione. A esem-

pio: la nuova norma modifica due cose: a) la procedura di pubblicazione degli accordi; b) i meccanismi di trattativa, compresa la rappresentatività sindacale. Per poter arrivare alla stipula degli accordi serve che la normativa di primo grado (le previsioni del Dlgs 502/1992) non confligga con la normativa negoziale, quella cioè prevista all'articolo 52, comma 27 della Finanziaria 2003 e dal Dlgs 165/2001. Un problema, ancora per fare un esempio, è legato all'equiparazione tra Aran e Sisac, come delegazioni trattanti di parte pubblica: mentre alla prima è riconosciuta personalità giuridica (Dlgs 165/2001, articolo 46, comma 10), alla seconda, che è solo una struttura tecnica, manca la potestà di firma che è avocata alla Conferenza Stato-Regioni.

Ma il Governo giudica la reversibilità approvata al Senato un «segno importante», come l'ha definito lo stesso ministro della Salute, **Girolamo Sirchia**, in un'intervi-

sidente dei governatori, **Enzo Ghigo**, secondo il quale dalla norma non «scaturiranno oneri aggiuntivi» e che ha invitato a «rinunciare a ogni dogmatismo» sulla mate-

ria. «Con l'emendamento - ha detto - si tenta di eliminare alcune rigidità del sistema di opzione dei medici. Rendere reversibile la scelta può rappresentare una risposta

alle flessibilità del settore».

Unico neo quello dei controlli. «La libera professione dentro il Ssn è spesso mal governata. E non sono rari i casi di medici che

con mille trucchi fanno la libera professione all'esterno del Ssn», ha detto ancora Sirchia. Che ha aggiunto: «Per controlli veramente efficaci ci vorrebbe un carabi-

È NECESSARIO ABBANDONARE LE CONTRAPPOSIZIONI IDEOLOGICHE

«La politica risponda concretamente, non con l'aria fritta»

DI SALVO CALI *

Il dato comune della manifestazione del 24 aprile scorso è il grido d'allarme che un pezzo della classe dirigente del Paese, pur frantumata in una miriade di sigle sindacali, leva unitariamente. Si chiede l'attenzione della politica e del Paese sulla tenuta del Ssn, sul suo progressivo impoverimento, sull'inadeguatezza delle risposte legislative e organizzative rispetto a una domanda di salute e di servizi profondamente mutata in questi anni e sul diffuso malessere per la vergognosa situazione contrattuale della categoria con accordi scaduti da anni.

Non c'è dubbio che questo disagio rappresenta la vera cartina di tornasole delle necessità di un cambiamento. Ma il quadro politico si presenta debole, disarticolato, incapace di governare i processi di cambiamento, in significativo ritardo rispetto alla nuova domanda di salute, sordo alle esigenze dei protagonisti sul fronte dell'offerta. Più incline a risposte parziali e demagogiche che alla reale necessità di una seria riflessione e di un rinnovato rilancio del Ssn, che parta dai punti critici, recuperando al dibattito il tema della riform-

Rivedere il welfare nel complesso

ma del Welfare, del sistema della sicurezza sociale nel suo insieme.

Inesistente è stata la risposta della politica alla manifestazione. Debole e incapace di individuare i nodi reali del malessere. Paradossalmente, mentre i medici e i gli altri dirigenti, cercano di parlare al Paese dei problemi più generali del Ssn, all'interno dei quali si iscrive il rinnovo di contratti e convenzioni, l'Esecutivo risponde, con un linguaggio minimalista e, al di là dell'ipocrita, ma scontata condivisione delle ragioni dello sciopero, partorisce il più che misero topolino della modifica dello stato giuridico dei medici, introducendo nel Dl 81/2004 la reversibilità dell'opzione per l'esclusività. Un provvedimento condiviso dalla quasi totalità dei medici, ma sul quale il Governo è già in colpevole ritardo rispetto alle promesse

elettorali del 2001. Una misura, inoltre, non solo marginale rispetto agli interessi diffusi della categoria - solo il 10% dei medici, soprattutto apicali, sono veramente interessati - ma pure intempestiva e anacronistica.

È una scorciatoia demagogica, del tutto anacronistica, visto il progressivo e diffuso accreditamento delle strutture private, all'interno delle quali non è possibile l'esercizio di un'attività libero-professionale da parte dei medici del Ssn. Non solo perché espressamente inibito dalle norme attuali, ma perché queste norme discendono da una direttiva del Consiglio di Stato, che limitò nel 1994 l'esercizio della libera professione nelle strutture private a quelle senza rapporti convenzionali con il Ssn.

Il Governo, insomma, discute di aria fritta. Come poi questo provvedimento possa interessare l'universo dei medici convenzionati, cioè l'altra metà della manifestazione del 24 aprile, ce lo stiamo ancora chiedendo. Anche perché, se è ve-

ro che le Regioni hanno dichiarato la loro disponibilità a chiudere il biennio 2002-2003 per la dirigenza, indebitando i propri bilanci è altrettanto vero che non hanno assunto impegni economici per il rinnovo 2001-2003 delle convenzioni. Poche risorse, e del tutto insufficienti, sarebbero disponibili per la sperimentazione delle Utap, che tutti dicono di volere e nessuno sa ancora cosa siano.

I problemi posti dalla manifestazione non sono solo riducibili alle rivendicazioni contrattuali. C'è una diffusa percezione di inadeguatezza da parte degli operatori più qualificati del Ssn nell'offerta dei servizi, ripresa e condivisa anche dal sindacalismo confederale che annovera le difficoltà del Ssn tra le ragioni dello sciopero del prossimo 21 maggio. Volente o nolente il problema della sicurezza sociale e del riordino del

Welfare chiede la ripresa di un dibattito politico e il recupero di una nuova consapevolezza. I costi di questo sistema sono ancora sostenibili all'interno di una rivisitazione dell'allocatione delle risorse, attualmente sperequate verso la previdenza. Non c'è dubbio che l'invecchiamento aumenta i costi della sicurezza sociale, sia per l'incremento della spesa pensionistica sia per l'incremento di quella sanitaria. Si può monetizzare i bisogni, riducendo i servizi e ricorrendo al «fai da te», ma non è una buona risposta. Si può aumentare il limite dell'età pensionabile, come in altri Paesi d'Europa, e recuperare risorse per Sanità e assistenza. Si possono aumentare le tasse, ma non crediamo che oggi il Paese se lo possa permettere. Bisogna tornare alla cultura del fare, allontanarci dalla

Inadeguatezza nell'offerta di servizi

logica delle contrapposizioni ideologiche, confrontarci sulle differenti opzioni e avviarci a essere un Paese in cui le pratiche riformiste abbiano finalmente pieno diritto di cittadinanza.

* Segretario nazionale Cumi-Aiss
Presidente Federazione Medici Uil-Fpl

con le nuove regole sul rapporto di lavoro medico

lotta alla Camera

è pronto a blindare il testo con la fiducia

«Ci pensiamo noi»

biamo invece bisogno di una nuova idea capace di coniugare autonomia, responsabilità, scelta, in un quadro di Sanità pubblica».

È la premessa politica per i correttivi all'esclusività (si veda l'articolo in apertura) studiati dall'Ulivo per bloccare l'emendamento al Dl 81 approvato al Senato. Che Fassino ha bollato come «un provvedimento puramente deregolativo». Meglio, invece, rivedere le regole «nelle modalità di esercizio dell'opzione, che però va conciliata con le esigenze di programmazione delle aziende sanitarie».

Sulla stessa lunghezza d'onda viaggia **Serafino Zucchelli**, segretario nazionale dell'Anaa, il più applaudito tra i relatori: «A sei mesi di vertenza il Governo ha risposto con un "tana libera tutti", ma stavolta il mondo medico ha tenuto e le sigle hanno respinto il ricatto». Perché il cuore della questione medica è un altro: il sottofinanziamento del Ssn e il mancato rinnovo dei contratti. «Berlusconi - ha ammonito - gioca d'azzardo con la riduzione delle aliquote fiscali: l'opposizione deve stare molto attenta perché questa promessa non sia indirettamente la risposta ai rinnovi». Pronta la replica di Fassino: «Non accetteremo tagli sulla scuola e sulla Sanità».

Mentre condividono le osservazioni dell'Anaa sullo smantellamento del Ssn, respingono qualunque modifica dell'irreversibilità i medici della Cgil. «Questo decreto - ha tuonato il segretario, **Massimo Cozza** - è il grimaldello per

far saltare il rapporto di lavoro dei medici».

Critiche all'emendamento anche dal segretario della Fimmg, **Mario Falconi**: «Io, potere, dico a te, medico, che i soldi devi farteli dare dal cittadino». Per Falconi, «bisogna finirla di parlare solo di ospedali» e «potenziare la medicina del territorio». Un punto sul quale hanno concordato anche l'Anaa e lo stesso Fassino: «I Ds sono contrari alla centralità dell'ospedale. La riorganizzazione del territorio è fondamentale. E il modello che preferiamo è quello toscano delle Società della salute».

Tutti i relatori hanno ribadito il loro "no" alla devolution, rivendicando però il ruolo organizzativo delle Regioni. «Sono contrario - ha sostenuto **Giovanni Bissoni**, assessore alla Sanità dell'Emilia Romagna - a una legge nazionale di riforma delle aziende e del governo clinico». «È in atto una controriforma subdola, un federalismo dell'abbandono», ha commentato **Enrico Rossi**, assessore toscano. «Noi puntiamo alla partecipazione e alla programmazione, al governo legato al territorio: questi sono i temi portanti della sinistra».

Altro che la Sanità del centro-destra, ha concluso Fassino: «Il loro modello non ha pagato neanche quando è stato venduto bene, come nella Lombardia di Formigoni». Alla fine, una promessa: «Porteremo avanti una grande battaglia in Parlamento e nel Paese su obiettivi e contenuti, che parte da un assunto: la salute è un parametro di civiltà. Noi vogliamo che questo sia un Paese civile».

niere per ogni medico. Non sarebbe molto elegante... Certo che le Regioni su questo versante non è che abbiano grandi capacità o possibilità. Ma qualcosa va fatto. E prestissimo. Anche per evitare che la libera professione sia svolta in orario di servizio, facendo crescere le liste d'attesa».

E il ministro è anche convinto che, una volta approvato l'emendamento, diventerà in discesa anche la strada dell'atto di indirizzo, necessario all'apertura delle tratta-

tive. «Se passa la modifica - ha detto - muta l'assetto legislativo e cambia l'impianto giuridico dell'atto di indirizzo. Per questo abbiamo chiesto alle Regioni di ammorbidire la posizione nella direttiva all'Aran e venire incontro ai medici. Credo si possa trovare una soluzione di "buona pace" senza ledere gli interessi regionali e scontrarsi con i medici».

«Non capisco di cosa parli il ministro», ha commentato l'assessore alla Sanità dell'Emilia Roma-

gna, **Giovanni Bissoni**. «Pur essendo membro del Comitato di settore non mi è chiaro a quale riscrittura si riferisca». «Se il Governo - ha concluso - pensa di ridurre le Regioni a un mero ruolo notarile e di ufficiali pagatori, rispetto alle modifiche legislative per la dirigenza in discussione in Parlamento, resterà deluso».

pagine a cura di
Paolo Del Bufalo
Manuela Perrone

Livia Turco dixit

«Cari dottori, vi stanno svalutando»

Lettera aperta della deputata diessina

Pubblichiamo ampi stralci della lettera aperta con cui Livia Turco, responsabile Sanità dei Ds, ha invitato i medici italiani al convegno «Scienza e coscienza» promosso dalla Quercia l'8 maggio. Un allarme chiaro e tondo sul «definanziamento» del Ssn e la «svalutazione» della categoria. E una promessa di impegno e di lotta in prima linea.

«**C**aro dottore, la ragione per cui Le scrivo, in qualità di responsabile della Sanità dei Democratici di sinistra, è la forte preoccupazione politica che provo, insieme alla segreteria che rappresento, sulle tendenze e le implicazioni che esistono tra professione medica, futuro della medicina e della Sanità pubblica. La nostra percezione è che la "questione medica", pur presente nel dibattito politico ormai da decenni, presenti oggi caratteristiche del tutto inedite, in virtù sia di una domanda sociale sempre più esigente che di una ormai evidente politica sanitaria di razionamento dell'offerta pubblica di fatto in contrasto con le maggiori opportunità che il progresso scientifico offre. (...)

Ormai i tempi del sotto-finanziamento sono finiti e ci pare di capire che la strategia dominante e assillante sia quella di un sempre più crescente definanziamento, cioè di un progressivo impoverimento del servizio pubblico che alla fine scarica tutte le contraddizioni sulle pratiche ordinarie di chi opera. Le Regioni si vedono sempre più spinte ad assumere responsabilità finanziarie, ma senza avere, di contro, le risorse in grado di inverarle. Le stesse, soprattutto quelle con alti disavanzi, a loro volta scaricano le contraddizioni tra domanda e offerta sui servizi e in particolare sui medici, attraverso una miriade di misure restrittive e soffocanti, che nel loro insieme stanno minando il rapporto fiduciario tra cittadini e medici.

In questo quadro alcune problematiche della professione medica ci sembrano di particolare rilievo:

1) la spiccata tendenza a espropriare il medico della facoltà di decidere ciò che è appropriato, giusto, opportuno, in una parola su ciò che è necessario al malato nella sua specificità e singolarità. Si tratta in molti casi della pretesa di ridurre la complessità di uno stato di bisogno, quindi la complessità della clinica a schemi di operatività pre-calcolati e

spesso imposti agli operatori come puri strumenti di risparmio;

2) l'ormai evidente confusione tra "responsabilità" e "imputabilità", cioè il considerare la pratica clinica come il terreno del contenzioso legale rivolto in genere contro medici e istituzioni sanitarie, e ancor più grave, come il terreno sul quale delegare alla guardia di finanza la verifica degli esiti dei comportamenti professionali. È come sottoporre le ragioni bio-etiche e scientifiche dei medici a un controllo esclusivamente finanziario, o ancor peggio, giudiziario;

3) la ridiscussione dei valori professionali intesi nel loro complesso, dal momento che tutte le vertenze contrattuali aperte, ai diversi livelli, hanno come comune denominatore quello di una svalutazione di fondo di un'intera categoria, considerata evidentemente come non funzionale alle politiche di riduzione della spesa sanitaria.

La nostra preoccupazione, lo ribadiamo, è solo politica, e non può che riguardare le ricadute di questo sistema di cose sul cittadino, sulla Sanità pubblica e sul grado di civiltà del nostro Paese. (...) Naturalmente alla preoccupazione si associa da parte nostra il desiderio non solo di ostacolare questo pericoloso decadimento, ma di individuare proposte, da trasformare, se è il caso, in iniziative legislative. Noi ribadiamo con decisione che in un quadro di reale appropriatezza, di corretta "governance", di "scelta clinica giustificata" è possibile costruire i necessari equilibri tra etica, scienza ed economia, ma la condizione è quella di non fare del medico una controparte, o peggio, una professione ad alto rischio, ma di investire sulle sue capacità e sulle sue virtù, naturalmente colpendo con decisione i circoscritti casi di malaffare e i comportamenti speculativi. In ragione di questo equilibrio riteniamo centrale la questione formazione e del tutto insufficienti strategie come l'Ecsm».

Livia Turco

IL SUMAI SPERA IN UNA MODIFICA DA PARTE DEI DEPUTATI

«Specialistica ambulatoriale: un ruolo da riaprire»

DI ROBERTO LALA *

La discussione al Senato sul decreto legge n. 81, e in particolare per la parte riguardante la possibilità di riavviare gli incarichi anche a tempo indeterminato per gli specialisti ambulatoriali interni, offre l'occasione per spiegare le ragioni della nostra battaglia finalizzata a ristabilire certezza di incarico e fidelizzazione al servizio pubblico.

Come è noto, con i decreti legislativi 502 e 517 dei primi anni '90 veniva disposto che non si potessero più conferire incarichi a tempo indeterminato nel settore della specialistica ambulatoriale interna, regolato da apposita convenzione. Quella norma avrebbe dovuto portare al progressivo esaurimento delle convenzioni con gli specialisti ambulatoriali interni, senza però dare certezza per il futuro di questi servizi.

Col passare degli anni, tuttavia, sia per ragioni d'ordine economico, sia per salvaguardare la continuità di un'esperienza - quella della convenzione Sumai - che funzionava bene da decenni con una spesa certa e contenuta e con soddisfazione dell'utenza, ci si è avviati verso la "riapertura" degli incarichi anche in considerazione delle crescenti necessità nel settore della medicina territoriale.

Si è arrivati così al Dpr 271/2000, che

consentiva il conferimento di nuovi incarichi ma a tempo determinato. In questi quattro anni sono stati avviati molti incarichi di questo tipo (oggi pari a circa il 15% del totale della specialistica interna).

Nel frattempo è cresciuta nel Paese la consapevolezza della necessità di dare finalmente corso alla ristrutturazione della rete ospedaliera in parallelo allo sviluppo di una nuova rete di medicina territoriale in grado di costituire realmente "l'altra gamba del sistema".

In questo quadro le Regioni, per prime, hanno iniziato a verificare la congruità dei rapporti a tempo determinato sia dal punto di vista economico, sia da quello della garanzia di continuità nel servizio in relazione alla programmazione regionale. Il risultato di quelle analisi ha portato alla conclusione di sollecitare il Governo a riaprire la possibilità di conferire incarichi a tempo indeterminato, anche perché "costano meno".

rio, è chiaro che vengono meno anche altri elementi ostativi alla loro riapertura.

Insomma nessuno sta chiedendo "un posto sicuro". La sfida è un'altra e si inquadra in quella strategia di sviluppo della medicina territoriale di cui si parla da anni, ma - tranne le meritorie eccezioni - con ben poco costruito.

Ebbene, noi specialisti ambulatoriali interni riteniamo di essere uno dei potenziali motori di tale sviluppo insieme ai medici di famiglia e ai colleghi della guardia medica.

Per farlo, tuttavia, abbiamo bisogno di essere considerati parte integrante di questa macchina ed essere inseriti a pieno titolo nelle piante organiche previste dalla programmazione regionale.

L'occasione offertaci dal decreto legge 81, ora all'esame della Camera, non va quindi sottovalutata perché ne potrebbero derivare benefici certi e significativi, sia per la salute dei conti che per quella dei cittadini.

Pertanto il Sumai seguirà con grande attenzione il dibattito parlamentare in stretta relazione con le Regioni al fine di giungere a quell'obiettivo di qualità nella medicina territoriale da ambedue perseguito.

* Segretario nazionale Sumai

Gli incarichi a tempo costano di più

Così non si investe sul territorio



MEDICI&RIFORME/ Dodici direttori generali di Regioni e colori diversi partono all'attacco

Il no dei manager: «Così non

L'opzione annuale blocca gestione e investimenti - Contrarietà assoluta

«**Q**uale direttore generale di una grande azienda ospedaliera di Roma, sono dell'avviso che la non esclusività del rapporto di lavoro, considerato come minor impegno dei medici all'interno delle strutture ospedaliere, potrebbe comportare difficoltà per l'ospedale nella gestione operativa e di direzione di strutture semplici e ancor più per quelle complesse». Non ha dubbi **Domenico Alessio** (Ao San Camillo Forlanini, Roma). «L'impegno - aggiunge - dovrebbe intendersi come coinvolgimento, per cui non vorrei che la riforma portasse a un disimpegno dei professionisti del settore pubblico, a tutto vantaggio dell'attività privata. È ovvio che tutte le somme che sono state corrisposte dalle aziende sanitarie e ospedaliere ai medici per svolgere un'attività esclusiva debbono necessariamente rientrare».

«Ho sempre pensato che sarebbe stato importante assicurare flessibilità a livello aziendale, ma il problema

avrebbe dovuto essere affrontato dal basso, dall'azienda: l'attribuzione di incarichi di responsabilità apicale deve riguardare solo personale assolutamente "dedicato", è il parere di **Andrea Belloli** (Asl di Cremona). «Con una reversibilità anno per anno - ha aggiunto - è molto più difficile programmare, anche se saremo costretti a farlo e ce la dovremo cavare in qualche modo. E chissà cosa significherà dal punto di vista economico: applicare il Dlgs 229 ha comportato una bella dose di risorse in più».

«L'approccio del ministro all'esclusiva - ha detto **Claudio Clini** (Ao Santobono Pausilipon, Napoli) - va verso una privatizzazione del rapporto medico-cittadino che mette all'angolo la responsabilità dell'azienda e non garantisce più all'assistito la tutela del pubblico. Il cittadino ha diritto a una varietà di scelte, ma deve essere l'azienda a

garantirgli l'offerta migliore. Come? L'azienda dovrebbe scegliere i professionisti che vuole avere in esclusiva perché hanno un forte potere d'attrazione e con questi stipulare contratti su misura basati sul fatturato che riescono a generare con l'intramoenia. Di questo una quota andrebbe all'azienda stessa, una all'equipe che partecipa e il resto, in dodicesimi, al medico, con un

conguaglio di fine anno rispetto alle previsioni iniziali. In questo modo l'azienda avrebbe - e gestirebbe - i professionisti migliori che avrebbero a loro volta la garanzia di essere pagati adeguatamente. Gli altri sarebbero liberi di decidere se essere o no in esclusiva, per la quale dovrebbero essere comunque pagati secondo la loro produzione (indennità a parte), tenendo presente, però, che non sempre rientrano nelle linee strategiche dell'azienda e che quindi questa non ha alcun impegno forma-

le nei loro confronti oltre quelli indicati nella legge. E per fare tutto questo - conclude - non servono leggi nazionali, ma può tranquillamente pensarsi la Regione».

«L'ipotesi di reversibilità così come è formulata è fumo negli occhi sia dal punto di vista organizzativo, sia da quello etico» è il giudizio di **Angelo Lino Del Favero** (Ulss Pieve di Soligo). «Non è pensabile gestire un'azienda con tanta confusione e precarietà assoluta. Nelle aziende sanitarie, come in ogni azienda che si rispetti, vale un solo principio: un professionista non può avere due padroni. E a Bolzano - ha concluso con un esempio - dove l'esclusiva è d'obbligo da anni, i medici sono pagati meglio e di più per questo e tutto funziona bene».

«I dirigenti di secondo livello - ha affermato **Riccardo Fatarella** (Ao Pugliese-Ciaccio di Catanzaro) - non possono essere che in esclusiva e devono avere un'unica possibilità di retrocedere da questa scelta: le dimissioni. Poi, per il primo livello di

Ai direttori generali delle Asl e degli ospedali non piace la riforma del rapporto di lavoro medico. Senza distinzioni di Regione e di colore politico, i manager si dicono unanimemente preoccupati dalle norme sulla reversibilità contenute nel Dl 81, in discussione alla Camera.

Le perplessità non nascono da ragioni economiche: la paura di maggiori costi è espressa solo da un direttore, tra i dodici interpellati. Il timore comune è invece quello di non riuscire a gestire e a programmare l'organizzazione dell'azienda, dovendo fare i conti, ogni an-

dirigenza - ha aggiunto - si può immaginare una forma di reversibilità, ma assolutamente legata al periodo di vigenza del contratto. Un'idea come quella che si sta configurando è assolutamente anti-aziendalistica».

«Non emetto alcuna valutazione nel merito sulla riforma del rapporto di lavoro medico ma, come direttore generale - ha affermato **Pietro Gonella** (azienda Ulss 15 Alta padovana) - non posso non evidenziare che la possibilità di optare ogni anno per l'esclusiva mette in seria difficoltà l'organizzazione. Occorrerebbe, invece, conciliare il diritto personale del medico con le esigen-

ze dell'azienda. Così come è concepita, la norma approvata dal Senato rischia ogni anno di creare un problema in più. Concedere almeno tre anni di tempo per rioptare aprirebbe già una prospettiva diversa. Anche perché - ha concluso - parliamo di professionisti posti in punti cruciali dell'azienda: su 2.500 dipendenti dell'Ulss che dirigo, ben 450 sono dirigenti».

«I medici, soprattutto quelli dirigenti apicali, hanno sottoscritto un contratto con l'azienda che non può essere modificato se non alla sua scadenza», afferma lapidario **Edmondo Iannicelli** (Asl 3 di Lagonegro). «Alle accuse di

Aziende&Azionalizzazione sotto la lente

Governo clinico non è burocrazia

Governo clinico? E ne parliamo solo ora? Nelle scuole di management è già un principio acquisito da almeno 25 anni e nelle case di cura neppure se ne parla: c'è da sempre.

I direttori generali di Asl e Ao non hanno dubbi sulla valenza della governance. Ma non respingono neppure del tutto le critiche di poca comunicatività con gli altri operatori delle aziende sanitarie. Anzi, sono i primi a segnalare la necessità di una maggiore integrazione con i dottori. Ma, ammoniscono, il modo con cui la governance è stata posta, assomiglia di più a un tentativo di ulteriore burocratizzazione del sistema, con una dicotomia dirigenziale - il manager "monocratico" che perde poteri a favore del coordinatore super-clinico - e il rischio di disgregare l'unitarietà dell'azienda.

«Credo molto all'aggregazione delle tante unità e delle tante competenze di cui un'azienda sanitaria è composta» ha spiegato all'incontro annuale dei direttori generali che si è svolto a Forum P.A. **Andrea Belloli**, direttore generale dell'Asl di Cremona. «E credo - aggiunge - in una componente clinica che non può non tenere conto di quella gestionale e viceversa. In questo senso, non solo la clinica deve lasciare spazio al confronto, alla valutazione e alle verifiche, ma tutta la struttura aziendale e le modifiche organizzative dovrebbero essere ben più prudenti di quanto non si voglia fare: è necessaria la massima salvaguardia dei ruoli».

«Sono rimasto colpito - ha sottolineato **Angelo Lino Del Favero**, manager dell'Ulss Pieve di Soligo - dalla filosofia di un "medico professionista" e di un "medico manager" contenuta nella proposta del ministro: le cose funzionano nelle

unità operative dove le due competenze sono unite. Le aziende marciano bene - ha detto - dove il medico sa valorizzare le persone, le risorse e i processi e dove il manager ha la sensibilità di produrre salute e trasferire al clinico strumenti manageriali. Non ci sono dicotomie: il medico deve crescere nel governo del sistema. D'altra parte - ha aggiunto - le Regioni si sono già mosse sul tema della governance e quello che serve non è qualcuno che nomini nuovi primari, ma un sistema di qualità nazionale: se tutto funziona è chiaro che anche il personale è stato scelto bene».

«Le aziende sanitarie hanno un particolarità rispetto alle altre aziende - sottolinea **Riccardo Fatarella**, neo-direttore generale dell'azienda ospedaliera Pugliese-Ciaccio di Catanzaro -: erogano salute tramite le persone. E queste sono "liberi professionisti", nel senso che rispondono delle proprie scelte come nessun altro. Noi governiamo aziende dove il medico va coinvolto, ma per farlo è necessaria più una consensus conference che non una nuova burocrazia che allontani gli obiettivi di qualità. Il problema del governo clinico esplose oggi in questo modo perché l'apparato gestionale delle aziende è stato vissuto come un mucchio di carte inutili mentre le cose camminano come sempre. È questa la verità, ma anche il vero errore».

«No alla logica degli "orticelli" separati», ha affermato **Edmondo Iannicelli**, direttore generale dell'Asl di Lagonegro, secondo il quale parlare di governo clinico significa non tenere conto che già il Dlgs 229/1999 ha affidato la governance al collegio di direzione. «Semmai - ha

detto - dal governo clinico ci aspettiamo l'integrazione dei tre momenti d'azienda: economico, clinico e gestionale».

«Un problema c'è - ammette **Roberto Malucelli**, direttore generale dell'Asl di Siena -: l'aziendalizzazione come trasposizione di regole privatistiche ha prodotto un "distacco" dei professionisti. Ma l'azienda "vera" risolve tutti questi problemi: se il medico non è un manager gli si dovrebbe semplicemente affiancare un supporto. La governance è stata malposta e così si trasforma in una divisione tra medici e organizzazione. L'azienda - ha concluso - è un organismo vivo e ha valori in più se funziona con responsabilità: se c'è finzione, salta».

«È inaccettabile il modo antinomico con cui la questione è posta», ha sottolineato **Paolo Menichetti**, direttore generale degli ospedali riuniti Umberto I-Lancisi-Salesi di Ancona. «Diversamente sarebbe più opportuno dire che, dove il governo clinico non c'è ancora, va introdotto con obbligo e urgenza. Il settore tecnico-professionale e quello operativo-manageriale devono collaborare: è questa la vera soluzione del problema».

Aziendalizzazione con stabilità. Più che su aziendalizzazione si o no o di quale tipo questa debba essere, il dibattito in corso nel Paese ha spaziato dalla governance fino a delineare un "fallimento" della managerialità nelle strutture del Ssn. Mentre dovrebbe puntare alla qualità dell'applicazione degli strumenti manageriali. I direttori generali a Forum P.A. hanno detto la loro anche sul processo di aziendalizzazione che molti criticano e su cui si punta il dito per accusare i manager di aver messo in stallo la riforma.

Per quanto riguarda l'applicazione del-

le tecniche gestionali, i Dg hanno la coscienza a posto: le aziende sanitarie non solo sono vicine al pieno successo, ma sono avanti "anni luce" rispetto al resto della pubblica amministrazione. E paradossalmente proprio questo può essere un primo scoglio nella navigazione della managerialità sanitaria. Secondo i Dg, infatti, se al treno della Sanità si è cambiato solo il conducente, ma vagoni, rotaie e tutto ciò che si muove all'esterno del convoglio sono rimasti tali e quali, il meccanismo si inceppa. «Ma ormai - ha detto **Mario Romeri**, coordinatore del

Dipartimento del diritto alla salute della Toscana - oltre al macchinista sono cambiati anche i passeggeri dei vagoni (i cittadini e le loro necessità e conoscenze) e a questo punto altro non resta da fare che cambiare il treno». In sostanza, i manager sono tutti d'accordo sulla necessità di passare a una fase in cui accanto agli strumenti d'azienda, ormai consolidati, ci siano i giusti stimoli e, soprattutto, la necessaria stabilità di gestione. Il quadro è presto fatto: dopo la riforma sanitaria del 1978 c'è stato il riordino del 1992, il suo aggiustamento del 1993, il rimpasto del 1999, l'avvento del federalismo e il nuovo Titolo V della Costituzione: un tourbillon che non lascia davvero spazi per mantenere una costanza di pensiero e di azione dal punto di vista normativo, con un rimpallo di responsabilità tra Governo e Regioni che rischia alla fine di riportare tutto al centro, nella ricerca di unitarietà del sistema. E i direttori generali non sono davvero rimasti fuori dal vortice: la loro "vita media professionale" è troppo bassa per avere spazi

d'azione. E questo perché rispetto a un'aziendalizzazione "ufficiale", la politica si sta muovendo in fretta per riacquisire spazi perduti col cambio di rotta manageriale. Non è l'azienda a essere in crisi, ma gli stessi Dg - hanno affermato i manager - che devono riuscire a farsi percepire come professionisti e non come esempi di lottizzazione.

E tutto ciò che finora le aziende hanno fatto è solo una «grande ginnastica», costosissima e che produce zero. Se l'asse resta spostato verso la politica e le sue scelte, hanno affermato i direttori generali, si assisterà a una destrutturazione programmata, conseguenza anche di una assunzione di responsabilità delle Regioni:

che significato ha far camminare le aziende con dei manager e poi avere politici che li nominano, li controllano, li gestiscono con le stesse logiche "politiche" di sempre e senza una vera e propria cultura d'azienda? Ciò che manca, hanno concluso i Dg, è chiarezza su obiettivi, funzioni, ruoli e livelli di responsabilità: il principio ispiratore deve essere quello della flessibilità e personalizzazione, che in un unico modello gestionale e con una vera e propria schizofrenia organizzativa non si raggiunge davvero.

La ricetta è semplice: la politica non deve coltivare più un'illusione di sua managerialità e nelle aziende si devono ridurre la variabilità e l'instabilità, dando spazio all'integrazione tra profili tecnico-amministrativi e tecnico-professionali. E la responsabilità manageriale e l'autonomia clinica devono essere tutelate, ma sottoposte entrambe al confronto con procedure e protocolli di misurazione e valutazione, abbandonando ogni autoreferenzialità e puntando esclusivamente alla qualità.

La chiave di volta è nell'aggregazione

Via la politica dalla managerialità

delle norme anti-irreversibilità proposte dalla Cdl

si programmerà»

sulla possibilità di primari in extramoenia

no, con gli eventuali cambi di opzione dei dirigenti.

Un timore che ne nasconde un altro: quello di non poter contare effettivamente sui medici che operano per la non esclusività. E quello di tornare al passato, quando qualche medico in ospedale si procacciava clienti per lo studio privato. Nessuno, inoltre, è d'accordo sulla possibilità di affidare le direzioni di struttura complessa anche a chi esclusivo non è.

E se reversibilità deve essere, sostiene la maggioranza dei manager, il cambio di opzione può arrivare solo con la scadenza del contratto.

illiberismo di cui il ministro accusa l'attuale normativa, risponderai con un'affermazione che viene da un manager sanitario Usa col quale ho avuto occasione di confrontarmi: non si servono bene due padroni».

«A mio avviso l'impianto della riforma Bindi era corretto: io sono per l'esclusività dei dirigenti medici», sottolinea deciso **Francesco Licata di Baucina** (Ospedale Civico di Palermo). «Anzi - aggiunge - per un sistema all'americana: chi lavora in ospedale non fa la libera professione e viceversa. Ma certo la reversibilità della scelta va garantita. Io credo che l'effetto delle

norme contenute nel Dl sarà quello di convincere anche i medici che attualmente lavorano in extramoenia a tornare a lavorare in esclusiva: qualcosa aumenterà, sul piano dei costi. Ma il vero nodo riguarda la possibilità di affidare le direzioni di struttura complessa anche a chi ha scelto l'extramoenia: i direttori generali dovranno valutare molto attentamente e prudentemente la situazione, prima di affidare gli incarichi. Perché - conclude - c'è il rischio di affidarli a chi in ospedale non c'è».

«Anche un bambino, con tutta la sua buona fede, capisce che un'azienda non si può gestire se chi ci lavora può

andare e venire come crede», dice **Roberto Malucelli** (Asl Siena). «Non sono d'accordo con un'irreversibilità a vita, e questo l'ho sempre affermato, ma credo sia una scadenza ragionevole quella del contratto. Una scelta annuale è una rivincita di alcune lobbies, universitarie in testa. La Sanità moderna è organizzazione e l'organizzazione si basa su regole precise: l'ospedale non può essere il "magazzino" di technicalities di chi fa libera professione "a casa sua"».

«Mi auguro che non ci sia nessuna modifica del rapporto di lavoro medico: l'irreversibilità della scelta voleva sottolineare il valore dell'investimento nel lavoro a tempo pieno all'interno del servizio pubblico», sottolinea **Mariella Martini** (Ausl Reggio Emilia). «Nell'Asl che dirigo - aggiunge - su 600 medici dirigenti, solo 24 non sono esclusivi. Mi chiedo perché un professionista affermato, inserito da tempo in un determinato contesto e libero di esercitare l'intramoenia, debba scegliere il passaggio all'extramoenia. Non vorrei che il Ssn

diventi solo una fase del lavoro del medico, magari all'inizio della carriera. Io credo che sarebbe più utile che le aziende sanitarie potessero avere margini di flessibilità più ampi per la remunerazione dei professionisti di particolare valore. Se comunque la modifica passasse, è impensabile che si possa rioprire ogni anno: non si può fare un investimento o assicurare

Liste d'attesa senza controllo

Occorrono tempi più lunghi sia per lo sviluppo sia per l'osservazione dei risultati. Ed è altrettanto indispensabile - conclude - che i direttori di struttura complessa, che hanno un ruolo di governo, siano in extramoenia».

«È impossibile per un direttore generale programmare la gestione di un'azienda sanitaria con una flessibilità così spinta come quella che si prevede di introdurre per l'opzione sull'esclusiva del lavoro

medico», ha affermato **Paolo Menichetti** (Ospedali Riuniti Umberto I - G.M. Lancisi - G. Salesi di Ancona). «I medici firmano un contratto e le regole di un contratto devono essere rispettate: solo alla sua scadenza è ammissibile scegliere diversamente. E, in particolare, un'unità complessa è per sua definizione dedicata esclusivamente all'azienda: dovrebbe essere materia dell'atto aziendale decidere chi e come ne ha la responsabilità».

«Con la reversibilità dell'opzione - ha detto **Alessandro Reggiani** (Asl 11 Empoli) - si torna indietro nel tempo. Oggi come direttore generale sono in grado di gestire il rapporto con i professionisti e di trattare le agende del Cup in modo che le visite ambulatoriali rientrino in tempi decenti e che non stridano con la libera professione. E quando vedo che le liste aumentano posso obbligare i medici ad abbassarle, agendo sulla

leva dell'intramoenia. Domani questo potere non l'avrò più. Se si pensa che la reversibilità sia un meccanismo utile per ridurre le liste d'attesa (questo almeno è l'obiettivo che il ministro dichiara di voler raggiungere con la revisione della Sanità), si sta facendo un grosso errore: nel Ssn chi lavorerà in extramoenia si procurerà i clienti migliori, quelli più facoltosi, per portarli fuori dell'ospedale innescando un sistema che non configura una liberalizzazione, ma apre le porte alla privatizzazione. Certo, non per tutti sarà così. Soprattutto i medici delle quattro "O" (otorino, ostetrico, oculista, ortopedico) viaggeranno sicuramente per conto loro. E non potendo più contare su un dialogo con il reparto ospedaliero, sarò costretto a trovare altri professionisti per ottenere i risultati di prima, magari con gli "appositi rapporti" come per gli specialisti ambulatoriali. Spero solo in un intervento della Regione che blocchi l'iniziativa: questo non è federalismo, è un principio ignobile».

Cosa cambia	
PRIMA	DOPO
<ul style="list-style-type: none"> I medici dipendenti hanno scelto se lavorare in esclusiva con il Ssn o no. Se esclusivi, percepiscono la relativa indennità (750 euro medi mensili lordi pro capite) e possono svolgere la libera professione all'interno e per conto delle aziende sanitarie pubbliche, anche nel proprio studio professionale. Se non esclusivi, non percepiscono l'indennità, non possono svolgere l'intramoenia, ma possono esercitare la libera professione dove vogliono, purché non si tratti di strutture che hanno a che fare con il Ssn. 	<ul style="list-style-type: none"> I medici dipendenti possono nel mese di novembre di ogni anno comunicare l'intenzione circa il cambio di opzione sull'esclusiva e la nuova scelta avrà effetto dal 1° gennaio dell'anno successivo. Il rapporto esclusivo può essere ripristinato con le stesse modalità. L'indennità di esclusiva spetta solo a chi lavora unicamente per il Ssn, ma la non esclusività non pregiudica incarichi di dirigenza apicale.



Università Cattolica di Roma
Facoltà di Medicina e Chirurgia "Agostino Gemelli"
Istituto di Bioetica
Dipartimento per la Sicurezza, la Tecnologia
in Sanità e la Farmacoutilizzazione
Comitato Etico

Impiego dei farmaci off-label: Quale sicurezza per il paziente?

Policlinico Gemelli - Aula Brasca
Roma, 19 maggio 2004

"Gli obiettivi strategici nel settore del buon uso del farmaco possono essere così definiti:

- attuare il Programma Nazionale di Farmacovigilanza per assicurare un sistema capace di evidenziare le reazioni avverse e di valutare sistematicamente il profilo di rischio-beneficio dei farmaci;
- porre il farmaco fra i temi nazionali dell'ECM;

- rafforzare l'informazione sui farmaci rivolta agli operatori sanitari e ai cittadini;
- promuovere l'appropriatezza delle prescrizioni e dei consumi;
- rilanciare la sperimentazione clinica dei farmaci e il ruolo dei comitati etici locali;
- assicurare l'accesso agevole e rapido ai medicinali innovativi per tutti i cittadini."

(Dal Piano sanitario nazionale 2003-2005, n. 2.10)

Programma

Ore 10.00 *Apertura lavori*
Moderatori: Prof. P. Preziosi - Dr. L. Onder
La farmacovigilanza in Italia e i nuovi indirizzi dell'EMA
Dr. P. Rossi

Ore 10.30 *Internet e contraffazione dei Farmaci: è un vero problema?*
Dr. L. Valvo

Ore 10.45 *Farmaci ancora non autorizzati in Italia e profili di responsabilità: Il punto di vista del medico legale*
Prof. G-A. Norelli
Il punto di vista dell'assicuratore
Dr. R. Tacconi
Il punto di vista del Comitato Etico
Prof. P.L. Navarra

Ore 11.30 *La comunicazione del rischio: aspetti etici e medico-legali*
Prof. A.G. Spagnolo

Ore 11.45 *Talidomide: la storia*
Prof. G. Leone
Un nuovo farmaco per l'Ematologia
Prof. M. Boccadoro

Ore 12.15 *Sistema di "Risk Management" per la Talidomide*

Ore 12.30 *Ruolo della Farmacia ospedaliera*
Dr. L. Giuliani

Ore 12.45 - 14.00 *Lunch*

Ore 14.00 *Esperienze regionali*
D.ssa G. Scroccaro

Ore 14.15 *Qualità e sicurezza per i farmaci non ancora autorizzati in Italia: Valore o costo?*
Prof. L. Mantovani

Ore 14.30 *Tavola rotonda*
Moderatore: Dr. L. Onder
Interviene: Sen. A. Tomassini

Ore 16.00 *Conclusioni*
Prof. P. Preziosi - Dr. L. Onder

2004
FORUM P.A.

FORUM PA/ In un incontro assessori e ministero fanno il punto sulla sostenibilità dei

Scalda i motori il nuovo patto

L'accordo dell'8 agosto è «sepolto» - Urgente il federalismo fiscale - Lotta

È giunto il momento di lavorare a un nuovo patto tra Governo e Regioni. E di mandare in soffitta l'accordo dell'8 agosto del 2001 che ormai fa acqua da tutte le parti e che tra l'altro scade il prossimo 31 dicembre.

Cominciando dal nodo più intricato: quello delle risorse da mettere a disposizione del Ssn. Senza più sottostime, balletti di cifre e rimpallo delle responsabilità. Condendo il tutto con l'ingrediente principale: il federalismo fiscale, fondamentale per la programmazione regionale e per dare sostanza anche alla perequazione tra le Regioni.

Ad annunciare, ancora una volta, la sepoltura finale dell'accordo dell'8 agosto e la necessità della nascita al più presto di un nuovo patto - i cui elementi principali dovranno essere già presenti nel prossimo Dpef - è stato un incontro al Forum della Pa, la scorsa settimana, sul «Governo dei sistemi sanitari regionali e i livelli essenziali e appropriati di assistenza tra sostenibilità del siste-

ma, equità e valorizzazione delle autonomie». Un incontro dove si è fatta sentire forte la voce delle Regioni, presenti alcuni assessori, a fianco a quella del ministero della Salute e di Farindustria.

Di fronte alla sottostima del fabbisogno Ssn il coordinatore degli assessori regionali alla Sanità e assessore del Veneto, **Fabio Gava**, ha tracciato tre strade possibili da percorrere: intervenire con una riduzione dei livelli essenziali di assistenza o con una compartecipazione maggiore all'erogazione dei servizi da parte dei cittadini; individuare risorse aggiuntive per permettere il funzionamento del sistema. Oppure, terza ipotesi, fare uscire la spesa sanitaria, almeno in parte, dal Patto di stabilità europeo in modo che non incida nel rapporto del 3% tra Pil e disavanzo. Ricorrendo così all'indebitamento, come avveniva in passato. Gava si è detto, poi, fiducioso sulla fine del braccio di ferro con il Governo sull'attuale sottostima del fabbisogno Ssn: «Si troverà un punto

Parola di Sirchia: «Lo smembramento del Ssn

A migliorare la Sanità italiana ci ha pensato il federalismo che ha determinato un maggiore impegno per le Regioni a rendere più efficienti i servizi ai cittadini. A dichiararlo, in occasione del Forum Pa è stato il ministro della Salute, **Girolamo Sirchia**.

E il ministro ha respinto, contemporaneamente, tutte le accuse mosse alla devolution, che sarebbe colpevole di smembrare il Ssn in 21 diversi sistemi regionali.

«La vecchia favola in circolazione in tutta la Penisola - ha detto Sirchia - secondo cui il federalismo sarebbe o potrebbe essere causa dello sfascio del Ssn, è contraddetta nei fatti. Lo dimostra, innanzitutto, lo sforzo che tutte

le Regioni stanno compiendo per migliorare i servizi, testimoniato dai dati sui progressi ottenuti negli ultimi anni. Nel passato, anche recente - ha spiegato il ministro - lo Stato ha erogato le risorse rimanendo lontano dalla gente, senza corresponsabilizzare la comunità locale per migliorare e questo centralismo ha creato danni enormi. In particolare l'assistenzialismo del Meridione deve a questo centralismo sprovveduto i guasti che ora si trova a dover correggere. Ma sono sicuro - ha concluso - che le Regioni del Sud ce la faranno».

Secondo il ministro, «il centralismo e l'assistenzialismo centrali hanno creato danni alla rete ospedaliera con dop-

mediano di accordo tra le nostre richieste e l'intransigenza del Governo». E invita tutti a non praticare lo «sport del catastrofismo», smentendo chi parla di un rischio di una accentuazione delle diversità tra i sistemi sanitari regionali, «anzi - ha detto Gava - di differenze oggi ve ne sono meno». Una tesi, questa, che non è stata sposata dal sottosegretario alla Sanità, **Cesare Corsi**, per il quale «l'autonomia non può significare la creazione di 21 sistemi sanitari diversi. Io sono un tifoso del

Servizio sanitario nazionale - ha detto Corsi - e non sono contrario alle assicurazioni private: chi ha i soldi se le faccia, ma il Ssn deve garantire a tutti qualità ed efficienza». Il sottosegretario ha, poi, sostenuto la necessità di «rivisitare» la spesa sanitaria evitando gli sprechi, soprattutto attraverso la riconversione delle strutture sottodimensionate. Sempre sul fronte della spesa Corsi ha, poi, messo le mani sul fuoco: «L'investimento complessivo fissato lo scorso anno - ha detto - non

verrà toccato; è un impegno assunto da tutta la Cdl». Con tanto di sollecitazione ad hoc di An a Tremonti. «È un po' difficile stare al posto di Tremonti - ha spiegato Corsi -, qualcuno ci ha provato ma non mi pare che ci sia riuscito».

«Se un ministro dell'Economia pensa di gestire i finanziamenti come fa un commercialista non ci siamo. La politica si deve interrogare su cosa è più importante per la gente», ha aggiunto l'assessore alla Sanità della Regione

Lombardia, **Carlo Borsani**. Che ha risposto anche alla proposta di Corsi: «In Italia - ha spiegato l'assessore lombardo - abbiamo un sistema ospedale-centrico, per acuti, ma non ci sono le risorse per riorganizzare la Sanità sul territorio. Bisogna avere il coraggio di fare delle scelte. La politica sanitaria deve uscire dallo scontro ideologico». A questo proposito l'assessore ha ricordato di aver tentato di chiudere, nella sua Regione, gli ospedali con pochi posti letto, ma di essersi scontrato

Tecnologie informatiche

Ict: l'Italia prova a recuperare il tempo perso

«Dalle file ai file». L'Italia guadagna due posizioni nel biennio che va dal 2001 al 2003, in una classifica europea dell'innovazione informatica che la vede comunque ancora nel gruppo di coda, all'undicesimo posto tra i Quindici della Ue: ma aver superato il Lussemburgo e soprattutto la Spagna è comunque una parziale soddisfazione, che il ministro per l'Innovazione tecnologica, **Lucio Stanca**, non manca di sottolineare. Il dato risulta dal «Rapporto statistico sulla società dell'informazione in Italia» e la guida «Dalle code al click» sui servizi informatici offerti dalle pubbliche amministrazioni, da quella statale alle regionali e agli enti locali, per evitare le file grazie all'informatizzazione.

«Il nostro Paese registra ancora un ritardo - ammette Stanca -, ma i nostri tassi di crescita sono tra i più elevati in Europa. E i nostri cittadini mostrano di apprezzare il nuovo modo di collocare con la pubblica amministrazione: sempli-

ce, immediato e disponibile grazie al collegamento in rete, oggi con il computer e domani con la Tv digitale terrestre». Per il ministro, «la leva tecnologica rimane la più potente per poter riformare la Pa e renderla non solo più efficiente ma anche più moderna in termini di servizi».

La classifica Ue dell'innovazione vede in testa la Finlandia, seguita da Svezia, Gran Bretagna, Danimarca, Germania, Olanda, Irlanda, Francia, Belgio, Austria, Italia, Lussemburgo, Spagna, Portogallo e Grecia. Il nostro Paese è, con la Germania, quello che ha realizzato nel biennio la migliore performance. Chi risulta aver investito di più nell'«information technology» è il Lazio con 1.479 euro per occupato, seguito da Lombardia, Piemonte ed Emilia Romagna, tutte al di sopra della media nazionale che è di 880 euro. Fanalino di coda la Sardegna, con appena 372 euro, con Calabria, Molise e Abruzzo anch'esse nelle posizioni basse della classifica.

Alleanze e comunicazione

Un «network dei network» per le professioni

Prende corpo il «network dei network» delle professioni della Sanità. Occasione per la formalizzazione dell'iniziativa (v. *Il Sole-24 Ore Sanità* n. 12/2004) è stato il convegno «Scienze, evidenze e comunicazione tra diversi in Sanità» che si è svolto nell'ambito di Forum Pa 2004. A farne parte sono state chiamate per ora 21 associazioni (10 hanno già dato l'adesione ufficiale), suddivise in cinque aree: Ict, Economia, Qualità e sicurezza, Socio-info sanitaria. In tutto, quasi 11 mila soci che provengono dalle professionalità più eterogenee: dai bibliotecari agli epidemiologi agli informatici, dagli ergonomisti agli specialisti di verifica di qualità e così via.

«Gli spazi d'azione sono tantissimi - ha spiegato **Andrea Gardini**, della Società di Verifica della qualità, tra i promotori dell'iniziativa - e spaziano da quelli clinici a quelli economici, organizzativi, sociologici, giuridici, comunicativi ecc.».

Tutte le professioni, in sostanza, che girano attorno all'assistito e che oggi non hanno nessun punto di comunicazione tra di loro. Obiettivo è realizzare una rete trasversale alle varie professionalità, che riesca in una «mission impossibile»: far parlare i «diversi» tra loro. Alla base di tutto c'è il principio della pari dignità, che verrà codificato in uno statuto e in precisi obiettivi. E la strada da percorrere è caratterizzata da alcuni principi, secondo **Ivan Cavicchi** e **C-**

stantino Cipolla, sociologi rispettivamente all'Università «La Sapienza» di Roma e all'Università di Bologna, intervenuti al convegno. Il primo è l'eterogeneità: la ricerca di relazioni tra saperi è una prassi che deve caratterizzare operatori che non hanno la stessa professionalità. Il secondo è la diversità, il riconoscimento cioè del «valore dell'altro». Poi la peculiarità e la complementarietà che seguono il valore dell'appartenenza e dell'integrazione operativa, annullando graduazioni sul «peso» professionale.

Il network dovrebbe costituirsi come società cooperativa a responsabilità limitata con proprietà paritetica tra tutte le associazioni che ne faranno parte.

Partnership tra gli Esteri e le autonomie locali

Porte aperte alla cooperazione decentrata

Autonomie locali protagoniste delle iniziative di cooperazione. L'annuncio è arrivato al Forum Pa dal sottosegretario alla Farnesina, **Alfredo Mantica**. «È previsto - ha spiegato quest'ultimo - che le autonomie partecipino attivamente alle fasi di programmazione, attuazione e valutazione delle iniziative di cooperazione e che possano accedere, a particolari condizioni, ai cofinanziamenti del ministero degli Esteri. In questo contesto di cooperazione decentrata assumerebbe particolare importanza la formazione di figure professionali in grado di affrontare esigenze diversificate e di sapersi collegare operativamente con partner nei Paesi in via di sviluppo. Il Mae si è attivato in questo settore cofinanziando per 1,1 mln corsi di formazione per operatori di cooperazione di Comuni e Regioni ed è allo studio un analogo proget-

to con l'Unione province italiane».

Uno dei rischi maggiori che incontrano gli interventi di cooperazione internazionale degli enti locali - secondo il sottosegretario - è di non riuscire a fare sistema, a creare cioè una rete di relazioni che sia esterna, oltre che alle controparti, ad aree più ampie del Paese, dove intervengono altri soggetti sia italiani sia della comunità internazionale. Per questo l'idea è di attivare un monitoraggio costante dei progetti esistenti. Una banca dati unica sarà il «raccoltore» delle informazioni e punto di riferimento sullo stato dell'arte della cooperazione gestita dall'Italia.

Ma obiettivo primario è anche favorire il coordinamento tra Ong, associazioni, organizzazioni internazionali ed enti locali che operano sul campo, così come assicurare collegamenti tra centro e periferia.

Gli obiettivi dell'Ispepl

Gli uffici pubblici puntano su igiene e sicurezza

La prevenzione nella pubblica amministrazione passa attraverso l'igiene e la sicurezza sui luoghi di lavoro e sulla ricerca di più alti livelli di confort lavorativi, compatibili con l'attuale disponibilità di soluzioni tecnologiche. È questo il messaggio emerso al convegno «L'igiene del lavoro quale prevenzione nella Pa», promosso l'11 maggio dall'Ispepl al Forum Pa.

«È indubbio - ha sottolineato il presidente dell'Istituto, **Antonio Moccaldi** - che il fattore umano e quello ambientale si influenzano vicendevolmente in una vasta gamma di interazioni». «Per questo - ha proseguito **Umberto Sacerdote**, direttore dell'Ispepl - stiamo prestando

particolare attenzione all'ambiente fisico, al dispendio energetico specifico, all'organizzazione del lavoro, al controllo preventivo e periodico della salute del lavoratore sottoposto a determinati rischi, per rendere l'ambiente di lavoro più igienicamente idoneo».

Anche perché, su questa strada, gli uffici pubblici sono rimasti indietro. E solo negli ultimi anni sono stati emanati decreti e direttive ad hoc, sulla scia del Dlgs 626/1994 e di altre norme dell'Unione europea. Tra i temi chiave da tenere sotto controllo ci sono la qualità dell'aria, il rischio chimico insito in apparecchiature all'apparenza innocue come le fotocopiatrici, l'esposi-

zione all'amianto e al radon. Ma anche le conseguenze della tendenza delle nuove tipologie edilizie, che prevedono spazi lavorativi senza aperture verso l'esterno.

È necessaria - hanno concordato gli esperti intervenuti - la massima cooperazione a tutti i livelli. L'Ispepl promuove la connessione tra ministeri, Regioni, Università e organismi pubblici e privati proprio per favorire progetti comuni e la redazione di linee guida. Con una premessa: non è facile recuperare il divario con gli altri settori in materia di sicurezza e salute sul lavoro. A maggior ragione per un apparato complesso come quello pubblico, caratterizzato dalla pluralità e diversità degli ambienti.

servizi sanitari regionali e sui Lea

di stabilità agli sprechi, ma niente tagli

è solo una favola»

pioni inutili». Danni a cui sarà posto rimedio, ha affermato ma «serve un grande sforzo di comunicazione», per coinvolgere i cittadini e in particolare i giovani.

E Sirchia fa riferimento al suo cavallo di battaglia: l'importanza degli stili di vita per proteggersi dalle malattie. «Un servizio sanitario efficiente - ha affermato - è senza dubbio garanzia di salute, ma solo per il 10%. Fondamentali sono gli stili di vita: ognuno deve tutelare la propria salute con un comportamento intelligente. Farlo capire alla gente è la massima priorità, con il coinvolgimento delle aziende, che altrimenti saranno oggetto di cause di risarcimento e tasse come in Usa».

con l'ostilità non solo del centro-sinistra, ma anche della Cdl poiché entrambi raccoglievano firme per tenere aperte queste strutture, «dal momento che - ha osservato l'assessore - eravamo sotto elezioni».

Infine, il vicepresidente di Farmindustria, **Gianni Marini**, ha difeso il ruolo delle industrie farmaceutiche dall'accusa di crescita della spesa farmaceutica. «L'industria farmaceutica - ha detto - ha ridotto i propri margini e ha contribuito al contenimento

della spesa. Mi auguro che non vi siano ancora colpi di mano». Marini ha detto che per numerose Regioni la spesa farmaceutica si attesta sotto il tetto del 13% e che solo alcune Regioni, che tradizionalmente registrano una spesa più alta, si attestano su una spesa media pari al 16 per cento. A Marini ha risposto il sottosegretario **Cursi**, secondo il quale «quest'anno c'è stato un aumento di milioni di ricette».

Mar.B.

CONFERMATO L'ALLARME SULLA SPESA FARMACEUTICA

Esplodono i conti delle medicine Aprile +16%: sarà razionamento?

Martini (Salute): «Serve collaborazione per il governo del sistema» - Farmindustria rilancia i fondi integrativi

La spesa farmaceutica va al galoppo e senza un patto d'acciaio che imponga a tutti gli attori del settore regole tassative il sistema rischia l'esplosione o il razionamento. A lanciare l'ultimo perentorio allarme sui conti delle pillole è stato il futuro direttore dell'Agenzia italiana del farmaco, **Nello Martini**, intervenendo nell'ambito dei lavori del Forum P.A. al convegno su Cooperazione tra Ssn e Regioni per promuovere un corretto uso dei farmaci e la farmacovigilanza. «I dati di marzo e purtroppo anche quelli di aprile - ha detto - documentano una spesa fuori governo, con un aumento a marzo del 16% e un analogo incremento atteso per il mese di aprile: non è sopportabile dal sistema. Se vogliamo costruire una prospettiva di medio-lungo periodo è necessario un Patto per far sì che tutti gli attori facciano riferimento a condizioni di gestibilità del sistema, perché altrimenti sia le Regioni che il ministero saranno costretti ad adottare politiche di razionamento». Per questo, secondo Martini, la «via maestra» da imboccare è rappresentata proprio dalla legge istitutiva dell'Agenzia: «La partecipazione delle aziende al 60% del ripiano - ha sottolineato - è un meccanismo che può e deve essere sperimentato». Parole pesanti, quelle di Martini, che ha confermato lo stato d'allerta del ministero sui trend di spesa e individuato nella collaborazione paritetica tra Agenzia e Regioni il meccanismo per garantire unitarietà d'accesso alle cure e tenuta dei conti di settore.

E proprio dalle Regioni continuano ad arrivare segnalazioni su aumenti poco giustificati. «Ci aspettavamo grandi risparmi dai generici - ha detto **Loredano Giorni** (Regione Toscana), ma

ci sono farmaci fuori brevetto che hanno visto crollare del 50% la quota di mercato nonostante diminuzioni di prezzo del 70%: il tutto a vantaggio della stessa categoria ma a prezzi più elevati». Sempre Giorni ha denunciato lo spostamento delle prescrizioni verso dosaggi più alti ribadendo la «necessità che sia il sistema pubblico a governare la domanda» e che alcuni dei meccanismi della legge 405/2001 vengano rivisti». D'accordo su quest'ultimo punto il direttore generale dell'Assr della Puglia, **Mario Morlacco**, convinto che la tenuta del sistema non possa non basarsi sull'adozione del criterio costo-opportunità: «In Puglia abbiamo provato tutte le strade suggerite dalla legge 405 - ha dichiarato - ma non c'è stato verso di non reintrodurre il ticket per riportare sotto controllo la spesa». Riflessioni che - come ha sottolineato il vicepresidente Federsanità-Anci, **Piernatale Mengozzi** - riportano in primo piano il ruolo del medico prescrittore e confermano la necessità di un tavolo che stavolta «riesca ad andare fino in fondo» coinvolgendo tutti i livelli di rappresentanza, «enti locali compresi». L'occasione buona, ha concluso Mengozzi, può essere rappresentata proprio dalla nascita dell'Agenzia. E alle variegate competenze dell'Authority andrebbero probabilmente affidate anche le «consistenti inapproprietezze» segnalate da **Piero Panei** (Dipartimento farmaco dell'Iss) che dall'osservatorio privilegiato dell'Iss ha segnalato la necessità di puntare al massimo sulla ricerca clinica comparativa,

ma ha anche segnalato la perdurante abitudine delle aziende a «rilanciare sul mercato, dopo qualche anno, nuove e più costose riformulazioni dello stesso principio attivo». Rilievi e problematiche noti che hanno sollecitato la pronta replica del vicepresidente Farmindustria **Umberto Mortari**, convinto che l'impennata di marzo-aprile rappresenti un'anomalia occasionale, dovuta magari all'ingresso sul mercato di prodotti e confezioni con quantitativi maggiori e non una variazione del sistema. «Le industrie - ha garantito - sono molto interessate alla nascita dell'Agenzia, anche perché è la prima volta che nelle mani di un unico soggetto politico si concentra tanto potere». Ma secondo

Mortari il vero nodo della questione resta «la scarsità delle risorse», da affrontare utilizzando la ricetta suggerita, sempre al Forum, dal presidente Farmindustria, **Federico Nazzari**: «Il ricorso a fondi integrativi o ticket che - ha concluso Mortari - non deve servire solo a moderare». Le aziende, par di capire, non sono disposte a farsi buttare ancora la croce addosso. Il perché lo ha spiegato - sempre al Forum - il vicepresidente Farmindustria **Gianni Marini**: «Dopo il patto dell'8 agosto del 2001 le industrie la loro parte l'hanno fatta, pagando in termini di margini. Ora vedremo se la nuova Agenzia del farmaco avrà solo un compito di controllo della spesa o se, invece, lavorerà anche per lo sviluppo dell'industria».

S.Tod.

www.markstink-action.it

Oggi parliamo di...

QUALITÀ NEI SERVIZI AL CITTADINO - SANITÀ E SERVIZI SOCIALI



QUALITÀ PER IL FUTURO

In Italia sono circa 3.000 le aziende ospedaliere e le strutture sanitarie e assistenziali in genere che si sono dotate di certificazioni di sistema di gestione per la qualità (certificazioni di conformità alla Norma ISO 9001:2000) accreditate SINCERT.

Sudette certificazioni sono emesse in conformità a rigorosi Regolamenti Tecnici elaborati con il contributo determinante di operatori sanitari ed esperti medico scientifici, allo scopo di conseguire un'applicazione ottimale della Norma allo specifico settore. Come tali, assicurano che le strutture certificate gestiscono efficacemente le proprie risorse ed i propri processi, applicano rigorosamente protocolli diagnostici e terapeutici convalidati, dispongono di personale qualificato in termini di saper fare e saper essere, garantiscono l'affidabilità delle indagini diagnostiche e delle analisi cliniche effettuate e, soprattutto, pongono al centro del servizio la soddisfazione del paziente o assistito.

Esse costituiscono pertanto, per il cittadino, un riferimento primario per l'individuazione dei servizi sanitari e assistenziali nei quali riporre adeguata fiducia.

Per la cura della Vostra salute e per i Vostri bisogni di assistenza materiale e morale, ricercate e richiedete sempre la certificazione di qualità accreditata SINCERT.

Erogare qualità è un dovere di tutte le strutture sanitarie e assistenziali, siano esse grandi o piccole, centrali o periferiche, pubbliche o private.

Ricevere qualità è un diritto di ogni cittadino.

Anche e soprattutto nel settore dei servizi sanitari e di assistenza sociale, SINCERT promuove e tutela la qualità della Vostra vita.

SINCERT è l'Ente Nazionale Italiano di Accreditamento, indipendente ed imparziale, istituzionalmente preposto al controllo dell'operato degli Organismi di Certificazione e Ispezione. Tramite il proprio accreditamento, SINCERT garantisce la competenza e professionalità di suddetti Organismi e quindi il valore e la credibilità delle certificazioni e attestazioni di conformità da questi rilasciate, quale presupposto indispensabile per la fiducia del mercato.

SINCERT - Sistema Nazionale per l'Accreditamento degli Organismi di Certificazione e Ispezione
Via Saccardo, 9 - 20134 MILANO - Tel. 02.2100961 - www.sincert.it - sincert@sincert.it

