

dm

dirigenza medica

CORTE DEI CONTI
LE RELAZIONI SULLA SPESA
PUBBLICA E SUL PERSONALE SSN
pagina 6 e 7



Salvatore Nottola



Rita Arrigoni

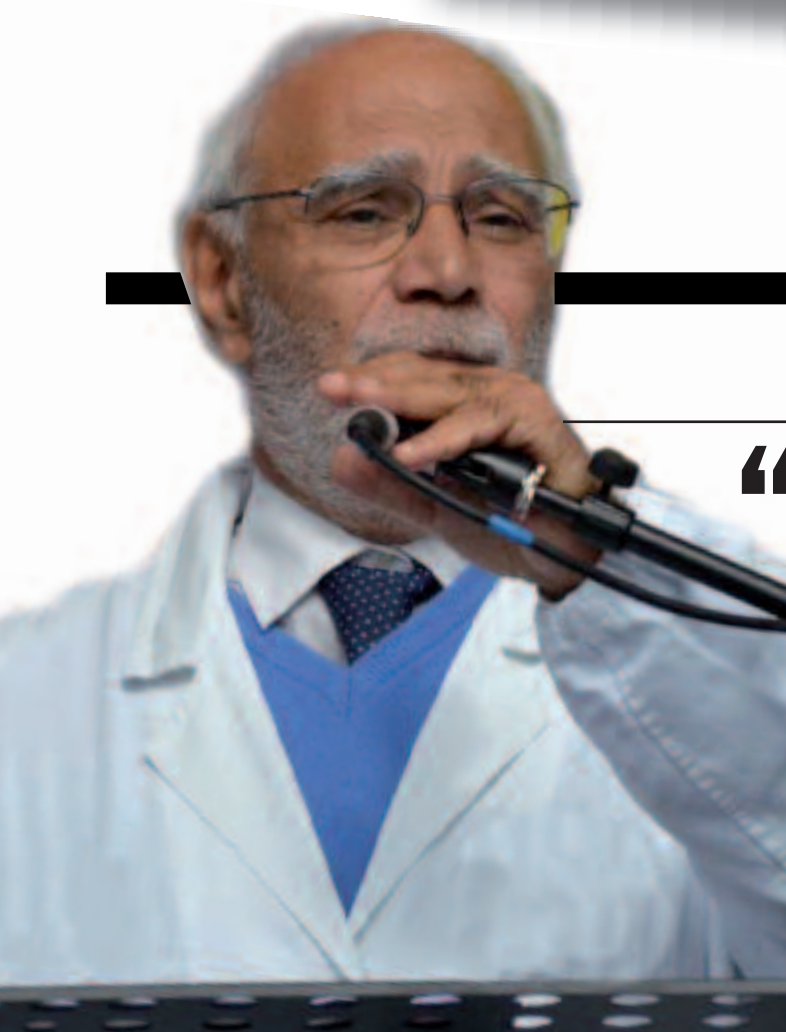


Luigi
Giampaolino

**ANAAO
ASSOMED**
ASSOCIAZIONE MEDICI DIRIGENTI

**La Sanità
italiana
è senza
contratto
di lavoro
dal 2009**

Contratto. Subito!



INTERVISTA A TROISE

“LE RAGIONI DELLA NOSTRA PROTESTA”

Intervista a Costantino Troise segretario nazionale Anaa Assomed

Come affrontare l'estate stagione calda per

Il Dpr predisposto da Monti blocca di un altro anno i contratti di lavoro fermi dal 2009 e la possibilità che questo blocco prosegua a tempo indeterminato è ancora all'ordine del giorno. Mancano risposte chiare e risolutive alla questione della responsabilità professionale dei medici. Non si intravedono soluzioni per il precariato giovanile che sempre di più sta diventando "stabile". C'è il blocco del turn over e sta aumentando la possibilità di non poter godere di istituti contrattuali come quello delle ferie e dei congedi formativi. Sono tanti i fronti caldi con i quali i medici sono costretti a confrontarsi e sui quali l'Anaa Assomed è chiamata nei prossimi mesi ad intervenire, come spiega in questa intervista Costantino Troise.

di Ester Maragò

Dottor Troise, dopo tre anni la sanità italiana è nuovamente sul fronte di guerra. Perché?

Siamo costretti a lanciare un segnale di allarme forte perché la sanità pubblica italiana è allo stremo e la situazione dei professionisti al suo interno è gravissima. Siamo in una situazione di crisi non solo perché il Dpr, predisposto da Monti ma acriticamente fatto proprio da Letta, blocca di un altro anno i contratti di lavoro fermi dal 2009, ma anche perché la possibilità che questo blocco prosegua a tempo indeterminato è ancora all'ordine del giorno. Questa è una ciliegina avvelenata che viene a cadere su una torta già immangiabile. Il blocco contrattuale non fa che amplificare ed incattivire una situazione drammatica per i Medici ed i Dirigenti sanitari dipendenti del Ssn.

Mi spieghi.

C'è una persistente mancanza di risposte chiare e risolutive alla questione della responsabilità professionale dei medici. C'è la questione del precariato giovanile per la quale non si intravedono soluzioni che rimedino agli abusi e mettano fine al precariato stabile. Poi c'è il blocco del turn over che costringe il personale a fare turni massacranti, anche notturni, fino a 67 o 70 anni e in condizioni inaccettabili. Senza parlare del fatto che sta aumentando la possibilità di non poter godere di istituti contrattuali come quello delle ferie e dei congedi formativi. Tutti fat-



tori che contribuiscono al peggioramento dei rapporti con i pazienti già inquinato dalla medicina difensiva. E ora assistiamo anche al taglio forsennato di strutture semplici e complesse che ognuno compie a casa sua come se fosse il problema dei problemi. Si interviene negativamente sulla progressione di carriera dei medici ospedalieri, e solo su di essi perché l'Università continua ad essere considerata un corpo indipendente, una corrente ad alta tensione i cui fili tutti, dal governo alle regioni, hanno paura di toccare. Alla base della nostra tensione ci sono quindi tutta questa serie di questioni irrisolte. Non si dica quindi che i medici sono in cerca di soldi in un Paese allo stremo.

Cosa chiedete?

Vogliamo l'attivazione dei tavoli contrattuali per ridiscutere il sistema di regole che riguarda

Costantino Troise
segretario nazionale
Anaa Assomed

l'ennesima la sanità

l'organizzazione del lavoro o la progressione di carriera, senza ulteriori oneri per la finanza pubblica. Il ministro Lorenzin sostiene che non ci possono essere deroghe per la sanità, ma di fatto si sta pensando a deroghe per il comparto della sicurezza. Curiosa tanta attenzione per la protezione delle cose e tanto poca per quella delle persone sottoposte a cure. Non chiediamo un incremento della massa salariale né tantomeno oneri aggiuntivi, vogliamo ridiscutere il modo di lavorare all'interno del Ssn ed utilizzare gli istituti contrattuali già disponibili da anni nelle varie aziende sanitarie.

Quindi la proposta del presidente del comitato di settore delle Regioni, Claudio Montaldo, di portare il confronto sulla parte normativa nell'ambito del Patto per la salute potrebbe essere una buona opportunità?

Non so se e quando si riuscirà a realizzare un nuovo Patto per la salute, ma l'inserimento anche di questi elementi sarebbe un segnale molto positivo. Ma il Governo deve fare un passo in avanti modificando il Dpr che prolunga al 2014 gli effetti dell'art 9 della 122, ossia il blocco al 2010 della retribuzione individuale e dei fondi contrattuali accessori.

Una cosa è certa: noi abbiamo idee che manifestiamo e difendiamo nelle forme di lotta consentite e dettate dal contesto per sostenere il Ssn e valorizzare il lavoro che esso svolge. Non sono invece ancora in grado di comprendere le linee di politica sanitaria lungo le quali si muovono i partiti che oggi compongono la maggioranza al governo del Paese. In campagna elettorale tutti hanno assunto di fronte ai cittadini ed ai medici degli impegni ma se e come intendano mantenerli rimane un mistero.

Ci dobbiamo perciò aspettare un'ennesima stagione calda per la sanità, ma questo non vi ha impedito di puntare i riflettori su una componente molto importante per la vostra categoria professionale: i giovani medici.

La prima conferenza nazionale di Anao Giovani tenutasi a Bari nei giorni scorsi ha rappresentato senza dubbio la conferma di un'intuizione felice: essere fondamentale e doveroso per un sindacato moderno creare spazi e modalità

di organizzazione in qualche modo autonomi per i giovani medici. Una generazione di professionisti che sempre più ha difficoltà a identificarsi con un modo tradizionale di fare sindacato. A percepirlo come soggetto in grado di dare risposte alle molteplici criticità del loro mondo, e quindi a identificarlo come un interlocutore capace di assumere all'interno della propria strategia la questione giovanile declinata in tutte le sue componenti, dalla formazione alla stabilizzazione del lavoro ed alla creazione di nuove occasioni di lavoro.

Nell'immediato quali interventi intendete attuare per andare incontro alle esigenze di questa nuova generazione di professionisti?
Innanzitutto combattere contro il precariato stabile, nuovo ossimoro della lingua italiana, ed affinché i giovani medici non siano esclusi dalle politiche attive per l'occupazione. Per questo abbiamo chiesto al Ministro della salute che nell'ambito degli incentivi fiscali previsti per l'occupazione giovanile fossero inclusi anche i giovani medici. Intendiamo poi intervenire sulla formazione mettendo in discussione l'intero percorso formativo dei medici a partire dal pre laurea per arrivare alla formazione post laurea. La situazione sta, infatti, diventando drammatica. I dati ci dicono che un quarto degli studenti degli ultimi due anni del corso di laurea in medicina pensa di andare all'estero. Inoltre la fuga dei medici specializzandi verso altri Paesi, in particolare verso l'Inghilterra, la Germania e la Francia, sta diventando inarrestabile, vanificando gli investimenti formativi e desertificando la sanità del fisiologico ricambio generazionale. Dobbiamo quindi bloccare questa pericolosa deriva e l'unico modo è cambiare completamente il paradigma della formazione per avvicinarla sempre di più, e in tempi rapidi, allo standard europeo ed al mondo del lavoro.

Come?

L'obiettivo è arrivare entro la fine dell'anno a presentare una proposta di riforma del sistema formativo. A breve attiveremo un confronto con tutti gli attori coinvolti, a partire dai giovani fino alle altre organizzazioni sindacali per poi presentarlo alle istituzioni. Soprattutto vogliamo ragionare in una visione di sistema sia della formazione specialistica che di quella dei medici di medicina generale, per cercare di costruire alleanze inedite che provino a sconfiggere le logiche dei conflitti orizzontali a partire dai giovani.

Sul fronte sindacale invece come pensate di intervenire per attirare le nuove generazioni?

La conferenza nazionale di Anao Giovani ha dimostrato che il sindacato deve compiere un atto di coraggio e aprire le porte degli organismi statutari per favorire l'ingresso di nuove forze. La gobba demografica interessa non solo il mondo del lavoro, ma anche quello sindacale. Abbiamo bisogno di rinnovare e trasmettere competenze e valori, mettere in campo nuove energie ed intelligenze.

Quindi?

A novembre in occasione del nostro congresso statuario formalizzeremo quello che già ora si sta realizzando: gruppi di giovani sono, infatti, già attivi nel rappresentare l'Anao sia in Italia che in alcuni organismi europei. Soprattutto vogliamo dare forza statutaria alle proposte dei giovani affinché possano godere di autonomia nella elaborazione di un proprio punto di vista non solo rispetto alle questioni generali, ma anche contrattuali. Non possiamo continuare a dare per scontato che la prospettiva dei giovani all'inizio di un lungo percorso professionale sia coincidente con quello di chi conta i giorni per andare in pensione. Dobbiamo quindi trovare un punto di sintesi per tenere insieme chi ha fatto per anni sindacato e chi a questo mondo intende avvicinarsi.

Sciopero nazionale della Sanità lunedì 22 luglio 2013

dalle ore 08.00 alle ore 12.00

sit in a Roma al ministero dell'Economia ore 10.00

L'astensione dal lavoro riguarda oltre 115 mila medici e veterinari dipendenti e i 20 mila dirigenti sanitari, amministrativi, tecnici e professionali del Ssn.

Per la difesa di un sistema sanitario pubblico e nazionale

Per la stabilizzazione dei precari e la occupazione dei giovani

Per la riforma della formazione medica pre e post laurea

Per una legge specifica sulla responsabilità professionale

Per il diritto a contratti e convenzioni ed il ripristino delle prerogative sindacali

Per un sistema di emergenza urgenza efficace, dignitoso, sicuro

Per la definizione di livelli essenziali organizzativi

Per una progressione di carriera sottratta alla politica e ai tagli lineari

**A partire da
lunedì 8 luglio**

Il blocco degli straordinari

L'astensione dalle attività non comprese nei compiti di istituto

L'avvio di contenziosi legali

La richiesta di pagamento e/o recupero delle ore effettuate in turni di guardia eccedenti il debito orario contrattuale

La richiesta di godimento delle ferie arretrate

Piani di rientro: le ultime verifiche

Sbloccati 1,9 Ma aumento Irpef e Irap die

Nonostante lo sblocco di risorse deliberato lo scorso maggio per sei Regioni su otto, le difficoltà restano. I fondi non cancellano i ritardi e le inadempienze che ancora riguardano quasi tutte le Regioni in deficit tranne l'Abruzzo. Per Calabria e Molise scatteranno gli aumenti delle addizionali. A rischio nuove tasse anche in Piemonte e Puglia

Si sono svolte le ultime verifiche trimestrali per le otto Regioni italiane impegnate nei Piani di rientro che hanno portato all'erogazione per l'Abruzzo di 118 milioni di euro, per la Calabria di 411 milioni di euro, per la Campania di 287 milioni di euro, per il Lazio di 540 milioni di euro, per il Molise di 63 milioni di euro e per la Sicilia di 500 milioni di euro. Ma nonostante l'ingente sblocco di risorse la strada per colmare i deficit è ancora lunga. Per Calabria e Molise scatteranno per il 2013 l'aumento delle aliquote addizionali Irpef e Irap. E questa misura potrebbe anche coinvolgere la Puglia e il Piemonte. Questi in sintesi i risultati, Regione per Regione, dei Tavoli di verifica dei Piani di rientro.

LAZIO

Ritardi negli adempimenti e notevoli criticità, ma sono stati sbloccati 540 mln di spettanze residue

È stato chiesto al Commissario pro-tempore di attivarsi in merito al trasferimento al Ssr delle ingenti risorse trattenute dal bilancio regionale. I Tavoli hanno valutato che la Regione Lazio al IV trimestre 2012, presenta un disavanzo, comprensivo di rischio, di 660,864 mln di euro. Dopo le coperture fiscali di 808,682 mln di euro, residua un avanzo di 147,818 mln di euro.

Nonostante i ritardi e le criticità gestionali rilevate nella Regione, in considerazione del risultato di gestione positivo dopo le coperture, e per non peggiorare ulteriormente la situazione di cassa già pesantemente gravata dall'ingente somma destinata al Ssr trattenuta dal bilancio regionale, in considerazione anche di quanto disposto dal Dl 35/2013, Tavolo e Comitato di ve-



rifica hanno valutato possibile l'erogazione alla Regione delle spettanze residue relative all'anno 2010 e precedenti, pari a 540 mln di euro.

CALABRIA

Sbloccati 411 mln per ripianare i debiti del passato. Ma per il 2013 aumentano le addizionali Irpef e Irap

Rispetto al risultato di esercizio 2012 la Regione Calabria a IV trimestre presenta un disavanzo di 71,948 mln di euro. Dopo il conferimento delle coperture, il risultato di gestione evidenzia un avanzo di 42,272 mln di euro. In ragione, tuttavia, dei disavanzi pregressi di 200,166 mln di euro che non hanno trovato adeguata copertura, si sono realizzate le condizio-

mld

tro l'angolo

ni per l'applicazione degli automatismi fiscali previsti dalla legislazione vigente, vale a dire l'ulteriore incremento delle aliquote fiscali di Irap e addizionale regionale all'Irpef per l'anno d'imposta in corso, l'applicazione del blocco automatico del turn over del personale del servizio sanitario regionale fino al 31 dicembre del secondo anno successivo a quello in corso e l'applicazione del divieto di effettuare spese non obbligatorie per il medesimo periodo.

I Tavoli in considerazione della ormai conclusa ricognizione del debito 2007 e ante e del debito 2008, nonché in relazione ai tempi di pagamento dei fornitori che hanno superato i 950 giorni; dell'avvenuto miglioramento della tenuta delle scritture contabili e dell'attuazione del titolo II del decreto legislativo 118/2011 hanno valutato possibile erogare alla regione risorse premiali per complessivi 411 mln di euro.

Sulla base delle evidenze emerse durante la riunione i Tavoli hanno comunque denunciato il gravissimo ritardo negli interventi connessi all'erogazione delle prestazioni comprese nei Lea ed hanno invitato il Commissario ad attuare tempestivamente ogni utile azione necessaria per garantire l'erogazione dei Lea in maniera uniforme sul territorio regionale.

MOLISE

Sbloccati i fondi, ma i conti vanno male e per il 2013 scattano gli aumenti di Irpef e Irap

Sulla base dei dati del IV trimestre 2012, la Regione presenta un disavanzo di 33,515 mln di euro. Dopo le coperture a valere sulla leva fiscale, nei termini previsti dal Piano di rientro, residua un disavanzo non coperto di 11,702 mln di euro. Considerando la perdita 2011 e precedenti, e la distrazione di risorse utilizzate per la copertura del debito, la perdita da coprire è di 66,445 mln di euro. Alla luce di ciò, si sono realizzate le condizioni per l'applicazione degli automatismi fiscali previsti dalla legislazione vigente, vale a dire l'ulteriore incremento delle aliquote fiscali di Irap e addizionale regionale

all'Irpef per l'anno d'imposta in corso, rispettivamente nelle misure di 0,15 e 0,30 punti, per l'applicazione del blocco automatico del turn over del personale del servizio sanitario regionale fino al 31 dicembre del secondo anno successivo a quello in corso e per l'applicazione del divieto di effettuare spese non obbligatorie per il medesimo periodo.

Pur permanendo le molteplici criticità strutturali, è stato valutato che sussistano i presupposti per erogare alla Regione i Fondi Fas per 55 mln di euro a copertura del 2009.

I tavoli, tenuto conto del consistente ritardo del Molise nel pagamento dei fornitori di circa 900 giorni, per non aggravare ulteriormente la situazione di cassa del Ssn, anche in considerazione dell'entrata in vigore del Dl 35/2013, hanno erogato metà delle spettanze residue fino a tutto il 2010 pari a 63 mln di euro.

PUGLIA

Le misure di copertura non sono state sufficientemente documentate. Rischio aumento addizionali

Per quanto concerne lo stato patrimoniale 2011, i Tavoli hanno riscontrato un disallineamento tra i crediti iscritti dal Ssr e i residui passivi presenti nel bilancio per 292 mln di euro. I dati del IV trimestre 2012 hanno evidenziato un disavanzo di 41,024 mln di euro. A tale disavanzo è stato inglobata la somma relativa alla distrazione di risorse di competenza del Ssr per un importo totale pari a 333,024 mln di euro. Tenuto conto che sulla base di quanto prodotto dalla Regione le misure di copertura non sono state sufficientemente documentate, Tavolo e Comitato hanno evidenziato che, in tali termini, si sono verificati i presupposti per l'avvio della procedura della diffida a provvedere di cui al comma 174 della legge 311/2004 e successive modifiche.

I Tavoli sono rimasti in attesa della documentazione sul programma operativo 2013-2015 e hanno chiesto che lo stesso contenga un intervento volto a riportare i tempi di pagamento dei fornitori entro i limiti prescritti dalla relativa direttiva europea.

ABRUZZO

Bilancio 2012 chiuso in attivo. Sbloccati 118 mln di euro per spettanze residue del 2010

Al IV trimestre 2012 la Regione presenta un avanzo prima delle coperture di 5,001 mln di euro e dopo il conferimento di risorse preordinate a valere sulla massimizzazione delle aliquote fiscali, di 47,041 mln di euro. In coerenza con l'avvenuto trasferimento da parte della regione di 242 mln di euro di spettanze pregresse al proprio Ssr, precedentemente giacenti nel bilancio regionale e costituenti crediti verso la Regione, in considerazione dei tempi di pagamento superiori ai sei mesi, in considerazione dell'entrata in vigore del Dl 35/2013 e in relazione al superamento di alcune delle criticità cui era collegata l'erogazione delle spettanze residue, i Tavoli hanno valutato possibile erogare 118 mln di euro corrispondenti alle spettanze residue a tutto l'anno 2010.

SICILIA

Rilevato un disavanzo di oltre 54 mln di euro. Erogare risorse per 500 mln

Il disavanzo della Regione al IV trimestre 2012 è pari a 14,836 mln di euro. Considerando l'effetto sulle contabilizzazioni derivanti dalla tenuta della contabilità parallela coerente con il decreto legislativo 118/2011 nonché l'effetto di quanto disposto dall'articolo 30 del medesimo decreto legislativo, il disavanzo da coprire è però rideterminato in 54,055 mln di euro.

Sulla base di quanto valutato e, in relazione all'esigenza di garantire il pagamento dei debiti verso i fornitori che evidenziano un ritardo di 9 mesi, al fine di non aggravare ulteriormente la situazione di cassa del Ssr, anche tenuto conto dell'entrata in vigore del Dl 35/2013, i Tavoli hanno ritenuto che possano essere erogate alla Regione risorse, a valere sulle spettanze 2010 e precedenti, per 500 milioni di euro.

PIEMONTE

Deficit di 864,045 mln di euro. Rischio aumento tasse

Sullo stato patrimoniale, i Tavoli sono rimasti in attesa delle informazioni richieste nelle precedenti riunioni e hanno preso atto della relazione redatta dalla società Deloitte, dalla quale è emerso che il mancato conferimento di risorse correnti al Ssr - pari a 883 mln di euro - viene riportato sul risultato di gestione 2012. Inoltre, in ragione del disavanzo emerso in relazione ai crediti ridotti e non re-impegnati nel bilancio regionale per 883 mln di euro, hanno rilevato un disavanzo da coprire di 864,045 mln di euro. Pertanto si sono verificati i presupposti per l'avvio della procedura della diffida a provvedere di cui al comma 174 della L. 311/2004.

CAMPANIA

Disavanzo di 76,889 mln di euro. Erogati 287 mln di euro

La Regione presenta a consuntivo 2011 un disavanzo di 245,476 mln di euro che incrementato della perdita 2010 non coperta, viene rideterminato in 317,698 mln di euro. Considerando le coperture derivanti dalla massimizzazione delle aliquote fiscali il risultato di gestione viene rideterminato, in avanzo di 60,012 mln di euro. Il disavanzo al IV trimestre 2012 ammonta a 156,089 mln di euro, che dopo le coperture a valere sulla leva fiscale massimizzata porta a un avanzo di gestione di 76,889 mln di euro. I tavoli evidenziano il ritardo nell'attuazione puntuale di quanto previsto dal decreto legislativo 118/2011.

In conclusione i Tavoli hanno valutato che, in considerazione della grave situazione finanziaria che vede il bilancio regionale non corrispondere al Ssr le risorse ad esso destinate, in considerazione dei tempi di pagamento dei fornitori che superano i 760 giorni e al fine di non compromettere le positive azioni intraprese con il piano dei pagamenti, possano essere erogate alla regione 287 milioni di euro, pari a tutte le spettanze residue relative all'anno 2010.

Corte dei Conti / 1

Spesa sanitaria sotto controllo. Ma i livelli di assistenza sono a rischio

Lo hanno sottolineato i magistrati della Corte in occasione del Rendiconto generale dello Stato per il 2012. Stoccata anche ai tagli lineari: "Serve un approccio innovativo e non convenzionale nelle politiche di riequilibrio della finanza pubblica per evitare guasti in termini di qualità dei servizi offerti ai cittadini".

"La crisi economica che stiamo attraversando pone nuove pressanti esigenze di gestione della finanza pubblica, per affrontare le quali non basta la garanzia, sia pure estesa, sulla qualità, sull'attendibilità e sulla regolarità delle scritture di bilancio rese disponibili per i relativi riscontri dalle Amministrazioni pubbliche". È quanto ha affermato il presidente

della Corte dei Conti Luigi Giampaolino introducendo la presentazione del Giudizio di parificazione del rendiconto generale dello Stato relativo all'esercizio finanziario 2012.

Per Giampaolino occorre che la gestione della finanza pubblica sia affiancata da "un lavoro, altrettanto se non più impegnativo, inteso a favorire il processo – indifferibile nelle condizioni presenti – di revisione e razionalizzazione della spesa e degli apparati pubblici".

"Un approccio innovativo e non convenzionale nelle politiche di riequilibrio della finanza pubblica – ha sottolineato – ad iniziare proprio da un disegno organico di revisione della spesa pubblica, appare non più differibile, soprattutto in ragione dell'esaurimento dei margini offerti dal ricorso ai tagli lineari della spesa e dei possibili guasti dagli stessi generati in termini di qualità dei servizi offerti ai cittadini". Per il presidente della magistratura contabile: "La revisione della spesa deve, dunque, essere ripensata in funzione di un obiettivo di più lungo periodo, che non può non investire la questione della misura complessiva dell'intervento pubblico nell'economia. In altri termini, il rafforzamento degli interventi sulla spesa pubblica e dell'azione di efficientamento delle strutture amministrative vanno intesi anche nel significato, più impegnativo e complesso, di ripensamento del-

le modalità di prestazione dei servizi pubblici in relazione alle aspettative dei cittadini in un contesto sociale e demografico profondamente mutato".

Per quanto riguarda la sanità in particolare la Corte ha rilevato come "nel comparto sanitario, si riducono il fabbisogno del Servizio sanitario nazionale; gli importi e le prestazioni dei contratti in essere; lo standard di posti letto, il tasso di ospedalizzazione e le prestazioni specialistiche e ospedaliere fornite da privati accreditati; si introduce, dal 2013, la quota premiale per le Regioni "virtuose" nella gestione dei bilanci sanitari; si aumentano gli sconti a carico di farmacisti e aziende farmaceutiche, con l'obbligo di modalità prescrittive dei farmaci equivalenti".

La Presidente di coordinamento delle Sezioni riunite in sede di controllo Rita Arrigoni ha comunque sottolineato come "La legislatura che si apre vede una situazione economica e finanziaria del sistema sanitario migliore del passato. Anche il 2012 ha confermato i progressi già evidenziati negli ultimi esercizi nel contenimento e nel riassorbimento dei disavanzi gestionali".

"La spesa – ha spiegato – ha segnato una riduzione dello 0,7 per cento rispetto all'anno precedente. Resta ferma al 15,5 per cento la sua incidenza sulla spesa complessiva al netto degli interessi mentre si riduce di un decimo di punto il peso in quota Pil (7,1 per cento)".

Ma il magistrato avverte: "Il settore si trova tuttavia di fronte a scelte impegnative. Forti sono infatti le tensioni che cominciano a manifestarsi sul fronte di una adeguata garanzia ai livelli di assistenza, mentre sono da chiarire le dimensioni di persistenti squilibri finanziari resi del resto evidenti dal recente provvedimento d'urgenza in tema di pagamenti dei debiti pregressi a favore dei fornitori di beni e servizi". "Un provvedimento – nota Arrigoni – che ha riguardato tutto il comparto delle Amministrazioni pubbliche. Originato dall'esigenza di assicurare immediato sostegno al sistema delle imprese, ha assunto tuttavia un carattere di sanatoria rispetto a comportamenti amministrativi la cui devianza non trova riscontro in altri Paesi europei: negli ultimi anni, i tempi di pagamento hanno superato in Italia, mediamente, i 180 giorni, a fronte dei 65 giorni della media europea".

Anche per il Procuratore generale Salvatore Nottola, la sanità è "un'area d'intervento che richiede un forte impegno di risorse. Non si può fare a meno di sottolineare che nonostante l'ingente impegno finanziario (l'incidenza sul Pil si conferma al 7,3%) – in parte pubblico ma essenzialmente a carico dei cittadini – le criticità del sistema sanità sono tali che esso non riesce a fornire un servizio soddisfacente".

Per Nottola, "permangono irrisolte, infatti, le problematiche relative alle liste d'attesa; al funzionamento dei pronto soccorso, spesso in difficoltà; alla sostenibilità di elevati livelli di compartecipazione di spesa (ticket); alle ancor pur numerose fattispecie di danni erariali; alla ritenenza delle assicurazioni ad impegnarsi nel settore; ai rapporti con gli enti privati, spesso sbilanciati a danno del pubblico"



Luigi Giampaolino
presidente della Corte dei Conti

Corte dei Conti / 2

Personale Ssn: Cala la spesa e il numero degli occupati

La relazione 2013 sul costo del lavoro mostra una flessione sia degli occupati (-1,5%) che della spesa (-1,4%) per il Ssn. Il calo dovuto alle diverse manovre economiche e al blocco del turn over e dei contratti. Indicate anche le retribuzioni medie annue: medici 74.130 euro, altri dirigenti 65.877 e non dirigenti 30.200 euro. Ecco le retribuzioni medie del 2011

“Il personale del comparto sanità (717.670 unità complessive), assorbito per il 93% dal personale delle aziende sanitarie e concentrato nelle strutture con un numero di dipendenti compreso tra 1.000 e 5.000, accentua la riduzione registrata nel precedente anno (-1,5%)”.

Lo rileva la Corte dei conti nella sua Relazione annuale sul costo del lavoro che spiega il fenomeno “in relazione alle misure di contenimento della spesa, previste dalla legge finanziaria per il 2007 (art. 1, comma 565) e confermate dal Patto per la salute per il periodo 2010-2012 e dalla legge finanziaria per il 2010 (legge n. 191

del 2009), nonché all’ulteriore impegno alla riduzione della consistenza di personale in connessione con i processi di riorganizzazione, ivi compresi quelli di razionalizzazione ed efficientamento della rete ospedaliera”.

“Coerente con tali politiche – spiega ancora la Corte – si presenta la riduzione della dirigenza esterna (direttori generali e direttori sanitari, amministrativi e dei servizi sociali) che si contrae, nel triennio considerato, del 10,2%. Il 2011 segna una maggior riduzione, rispetto agli anni considerati, della dirigenza medica (-1,5%) e del personale non dirigente (-0,7%) che mostra una

maggiore dinamicità nell’ambito del personale tecnico e amministrativo rispetto al personale infermieristico, sostanzialmente stabile nel triennio. Contribuiscono, inoltre, all’equilibrio numerico del comparto anche gli effetti delle politiche di stabilizzazione avviate (oltre 2.500) che, tuttavia, non hanno evitato un significativo ricorso al personale a tempo determinato (4% del complesso del personale), indice di una sofferenza nel garantire la continuità nell’erogazione dei servizi”.

“Il servizio sanitario nazionale – sottolinea la relazione – mostra una diminuzione di spesa dell’1,4% per un totale di spesa di 27,325 miliardi, riferibile alle voci stipendiali che assorbono più del 70% del complesso (oltre l’84% per il personale non dirigente). La variazione registrata, che si ridimensiona se depurata dalla componente arretrati percepita nel 2010 dalla dirigenza a seguito del rinnovo relativo al biennio economico 2008-2009, è in linea con la diminuzione di personale”.

“Significativa appare, comunque – scrive ancora la Corte nella sua relazione – la diminuzione della spesa per il personale dirigente che risente inoltre, come già ricordato, del blocco del turnover nelle Regioni in piano di rientro, delle politiche di contenimento delle assunzioni messe in atto autonomamente dalle Regioni non sottoposte ai piani di rientro e dell’applicazione delle ulteriori misure di contenimento previste per tutto il personale pubblico”.

CATEGORIA	RETRIBUZIONE 2011				VARIAZIONI 2011 SU 2010		
	Voci stipendiali	Voci accessorie	Totale retribuzione	% voci stipendiali su retribuzione totale	Voci stipendiali	Voci accessorie	Totale retribuzione
Servizio sanitario nazionale⁽¹⁾							
Dirigenti medici	48.817	25.313	74.130	65,9%	-0,5%	1,4%	0,1%
Dirigenti non medici	45.726	20.151	65.877	69,4%	-0,1%	-4,5%	1,3%
Personale non dirigente	25.461	4.760	30.220	84,3%	0,3%	1,2%	0,5%

⁽¹⁾ Esclusa indennità di esclusività.

Censis

La fuga nel privato: 12,2 mln di italiani ricorrono sempre di più alla sanità a pagamento

Nuovo appuntamento con il Welfare Day, la kermesse della mutualità integrativa italiana giunta alla sua terza edizione. Al centro del confronto le prospettive del "secondo pilastro" sanitario, tra fautori e critici della svolta neo mutualistica. E come ogni anno il Censis fa il punto sulla situazione e quest'anno la conferma è che gli italiani, tra ticket troppo alti e liste d'attesa interminabili, cominciano a scegliere sempre di più la "scorciatoia" del privato.

Ecco la sintesi dei risultati Censis

Il ticket, la tassa più odiata dagli italiani. Il 50% degli italiani ritiene che il ticket sulle prestazioni sanitarie sia una tassa iniqua, il 19,5% pensa che sia inutile e il 30% lo considera invece necessario per limitare l'acquisto di farmaci. Il 56% dei cittadini ritiene troppo alto il ticket pagato su alcune prestazioni sanitarie, mentre il 41% lo reputa giusto. Si lamentano di dover pagare ticket elevati soprattutto per le visite ortopediche (53%), l'ecografia dell'addome (52%), le visite ginecologiche (49%) e la colonscopia (45%). È quanto emerge da una ricerca di Rbm Salute-Censis sugli scenari evolutivi del welfare. Molto diffusa è la percezione di una copertura pubblica sempre più ristretta: il 41% degli italiani dichiara che la sanità pubblica copre solo le prestazioni essenziali e tutto il resto bisogna pagarselo da soli, per il 14% la copertura pubblica è insufficiente per sé e la propria famiglia, mentre il 45% ritiene adeguata la copertura per le prestazioni di cui ha bisogno. Per curarsi, sempre più mano al portafoglio. Negli anni della crisi per curarsi 12,2 milioni di italiani hanno aumentato il ricorso alla sanità a pagamento, dalle prestazioni private all'intramoenia. La ragione principale è la lunghezza delle liste d'attesa (per il 61,6%) e la convinzione che se paghi vieni trattato meglio (per il 18%). La fuga nel privato riguarda soprattutto l'odontoiatria (90%), le visite ginecologiche (57%) e le pre-

Ticket alti, tempi d'attesa troppo lunghi e sempre più mano al portafoglio se la prestazione sanitaria non si può rinviare. Nel privato molte le prestazioni che costano meno. E investire i propri soldi nella sanità integrativa non è più un tabù. I risultati dell'ultima ricerca Censis presentata al Welfare Day 2013.



stazioni di riabilitazione (36%). Ma il 69% delle persone che hanno effettuato prestazioni sanitarie private reputa alto il prezzo pagato e il 73% ritiene elevato il costo dell'intramoenia.

Prestazioni nel privato meno care del ticket. Al 27% degli italiani è capitato di constatare che il ticket per una prestazione sanitaria era superiore al costo da sostenere nel privato, pagando tutto di tasca propria (il dato sale al 37% nelle Regioni con Piani di rientro, la cui sanità pubblica è stata colpita più delle altre dalla scura dei tagli). Si tratta di un paradosso relativo per ora ad accertamenti a bassa intensità tecnologica, ma non va sottovalutato, perché rende insicuri rispetto alla copertura pubblica. È questo l'esito più estremo di tagli e spending review, che per il 61% degli italiani hanno prodotto l'effetto di ridurre i servizi pubblici e abbassarne la qualità, piuttosto che eliminare gli sprechi e razionalizzare le spese. Per il 73% hanno accentuato le differen-

ze della copertura sanitaria tra le regioni e tra i ceti sociali. Per il 67% si punta troppo sui tagli, invece di cercare anche nuove fonti di finanziamento.

Pronti per la sanità integrativa. Il 20% degli italiani sarebbe disposto a spendere una somma annuale pari in media a 600 euro per avere una copertura sanitaria integrativa per alcune prestazioni. La percentuale sale tra le famiglie con figli (23,4%), disposte a versare in media 670 euro all'anno. Il ricorso crescente alla spesa privata spinge minoranze consistenti a guardare con occhi diversi la spesa per la sanità integrativa. Vorrebbero che offrisse una copertura soprattutto per le visite specialistiche e la diagnostica ordinaria (52%), le cure dentarie (43%) e i farmaci (23%). Sarebbero incentivati ad aderire a forme integrative se l'iscrizione al Fondo sanitario garantisse un'assistenza medica per 24 ore 7 giorni alla settimana (il 39% lo indica come fattore incentivante), se riducesse i tempi d'attesa per le prestazioni di cui si ha bisogno (32%), se offrisse la copertura per tutta la famiglia, non solo per il sottoscrittore (30%).

I buchi informativi sulla sanità integrativa. Complessivamente il 68% degli italiani non ha mai sentito parlare di sanità integrativa (33%) o ne ha sentito parlare ma non sa cosa sia esattamente (35%). È sconosciuta soprattutto ai giovani (il 46% non ne ha mai sentito parlare) e agli anziani (44%), ed è poco compresa anche dagli adulti (il 40% dei 30-44enni non la conosce). Il 53% dei cittadini non conosce la differenza tra una polizza malattia e un Fondo sanitario integrativo, e il 57% non sa che i Fondi sanitari integrativi comportano un vantaggio fiscale rispetto alle polizze malattie.

Chi la sanità integrativa ce l'ha già. Sono 6 milioni gli italiani che hanno aderito a un Fondo sanitario integrativo. Considerando anche i loro familiari, si sale a circa 11 milioni di assistiti. L'84% di essi valuta positivamente la copertura offerta.

Rapporto Ocse / Italia

Crolla la spesa sanitaria. Ma per aspettativa di vita siamo i secondi nel mondo

Gli ultimi dati mostrano il perdurare del calo della spesa sanitaria nel nostro Paese. Record negativo nel 2011 con un -1,6% rispetto all'anno precedente. E la nostra spesa procapite è la più bassa di tutti i "grandi" paesi europei. Ma viviamo più a lungo di tutti (meglio di noi solo gli svizzeri). Il report dell'Ocse.

La spesa sanitaria pubblica e privata italiana continua a scendere, nel 2011 ha segnato un record negativo del -1,6%. Il dato diffuso dall'Ocse pone l'Italia tra i Paesi che spendono meno tra i 32 dell'area Ocse. Sia in termini di incidenza sul Pil (la nostra spesa pubblica e privata incide per il 9,2% contro medie superiori all'11% in molti paesi europei come Olanda, Francia e Germania) che in termini pro-capite.

Ed è soprattutto questo dato a far riflettere, considerando che ogni italiano spende per la propria salute (a parità di potere d'acquisto) 3.012 dollari l'anno contro gli 8.500 degli americani, i quasi 5.700 di norvegesi e svizzeri o i 4.500 di austriaci, tedeschi e danesi. Ma più di noi spendono anche i francesi e i belgi con cifre superiori ai 4 mila dollari l'anno.

Insomma Italia fanalino di coda insieme a Spagna (che comunque spende più di noi), Portogallo, Grecia e tutti i paesi dell'est Europa. Fortunatamente, nonostante ciò al momento non si registrano ricadute negative sulla salute della popolazione, tant'è che l'Italia ha il secondo miglior dato sull'aspettativa di vita con 82,7 anni (uguale al Giappone), superato solo dagli 82,8 anni degli svizzeri che per la salute spendono però quasi il doppio di noi.

La situazione nei Paesi Ocse

Dopo il drastico calo nel 2010, la spesa sanitaria nei 32 paesi Ocse nel 2011 è rimasta stabile, anche se la crisi economica ha continuato ad avere un impatto, in particolare nei paesi europei più colpiti dalla crisi.

A fronte di una crescita media annua del 5% dal 2000 al 2009, ormai si sta stabilizzando un forte decremento del tasso di crescita che si è assestato attorno allo 0,5% nel biennio 2010/2011 e i dati preliminari suggeriscono la stessa tendenza anche per il 2012.

Il calo, secondo l'ultimo report Ocse, è dovuto principalmente al crollo della spesa pubblica e da un trend comunque la ribasso di quella privata.

In Grecia, la spesa sanitaria globale è scesa del 11% come anche in Irlanda, Islanda e Spagna si sono registrati due anni consecutivi di crescita negativa della spesa sanitaria. Altri paesi, tra cui il Portogallo e l'Italia, hanno registrato una situazione stazionaria nel 2010 concentrando i tagli a partire dal 2011. In Portogallo, la spesa pubblica è scesa dell'8% nel 2011, dopo essere rimasto stabile tra il 2009 e il 2010. Solo due paesi Ocse - Israele e Giappone - hanno visto una accelerazione della spesa sanitaria dal 2009 rispetto al periodo precedente.

Anche fuori dall'Europa, la crescita della spesa sanitaria si è rallentata nel 2010 e 2011, in particolare in Canada (3,0% nel 2010 e 0,8% nel 2011 in termini reali) e negli Stati Uniti (2,5% nel 2010 e 1,8% nel 2011, anche in termini reali). Negli Stati Uniti, la quota di spesa sanitaria sul PIL è ferma al 17,7 per cento tra il 2009 e il 2011, dopo anni di costante aumento. Non è ancora chiaro se il recente rallentamento riflette principalmente fattori ciclici e non può quindi avere effetti duraturi, o se riflette i cambiamenti più strutturali, come una diffusione più lenta di nuove tecnologie e prodotti farmaceutici, e modalità più efficienti nella gestione delle forniture sanitarie.

Tra gli interventi di riduzione della spesa, spiccano quelli sulla farmaceutica adottati un po' da tutti i paesi. Copayment, riduzione dei prezzi e della rimborsabilità e promozione dei generici tra gli interventi più frequenti.

La situazione in Italia

L'Italia si colloca al di sotto della media Ocse in termini di spesa sanitaria pro-capite, con una spesa di 3.012 dollari in 2011 (rettificato per potere d'acquisto), contro una media Ocse di 3.339 dollari.

La spesa sanitaria in Italia, tra il 2000 e il 2009, è cresciuta in termini reali con una media del 2,2% l'anno. Il tasso di crescita nel 2010 rallentata leggermente al 1,8% e nel 2011 scende più marcatamente -1,6%. Il settore pubblico è la principale fonte di finanziamento della sanità in tutti i paesi dell'Ocse, tranne Cile, Stati Uniti e Messico. In Italia, il 77,8% della spesa sanitaria è stato finanziato da fonti pubbliche nel 2011, al di sopra della media del 72,2% nei paesi Ocse. Nel 2011, la quota di spesa pubblica è stata relativamente alta (oltre 80%) in diversi paesi nordici (Danimarca, Islanda, Norvegia e Svezia), il Regno Unito e Giappone.

Le risorse nel settore sanitario

Per quanto riguarda le risorse umane, fisiche, tecnologiche, l'Italia aveva 4,1 medici per mille abitanti nel 2011, ben al di sopra della media Ocse di 3,2. Di contro l'Italia ha meno infermieri praticanti pro capite rispetto alla media dei paesi Ocse con 6,3 infermieri per mille abitanti, contro una media Ocse del 8,7.

Il numero di posti letto ospedalieri in Italia è stata del 3,4 per mille abitanti nel 2011, meno della media Ocse di 4,8 posti letto. Come nella maggior parte dei paesi Ocse, il numero di posti letto ospedalieri per abitante in Italia è diminuita nel tempo. Questo declino è coinciso con una riduzione della durata media delle degenze e un aumento del numero di interventi chirurgici eseguiti in Day e Day surgery.

Negli ultimi dieci anni, vi è stata una rapida crescita della disponibilità di tecnologie diagnostiche come la tomografia computerizzata (TC) e Rmn in più paesi Ocse. Anche in Italia, il numero di risonanze magnetiche è aumentato nel corso del tempo, per raggiungere nel 2011 un numero paria a 23,7 per milione di abitanti, ben al di sopra della media Ocse (13,3). Allo stesso modo, il numero di CT scanner in Italia si attesta a 32,1 per milione di abitanti, al di sopra della media Ocse del 23,2.

Un sistema fallace

**Criticità
e implicazioni
culturali**

L'accesso alla direzione di struttura

Vittorio Di Michele
Dirigente Medico
Segretario Aziendale Anaa Assomed,
Asl di Pescara

Eccessivo potere discrezionale del Direttore Generale. Mancanza di trasparenza dei curricula dei candidati e di segretezza della prova orale. Sono questi i punti deboli delle regole di accesso alla direzione di strutture complesse contenute nel decreto Balduzzi che ha riformato il sistema cercando di introdurre una maggiore imparzialità di scelta a favore del curriculum clinico-tecnico scientifico. Un sistema fallace.

Come ben noto a tutti noi, l'accesso alla direzione di struttura complessa avviene tramite un avviso quinquennale per titoli e colloquio, bandito dalle Aziende Sanitarie, in cui una commissione presieduta dal Direttore Sanitario Aziendale e da due direttori di struttura complessa scelti dalla Asl, propone una terna di nomi alla scelta del Direttore Generale. Il Direttore Generale, si avvale del suo potere discrezionale, esercitando pertanto le sue prerogative di scelta del candidato, che a suo personale parere, risulti essere "il più adatto" a ricoprire quel ruolo. La inadeguatezza di tale meccanismo, molto caro a chi deve esercitare un potere di selezione autocratico di posizioni di potere in seno ad una Azienda Pubblica, è così evidente che il recente decreto Balduzzi ha riformato le regole di accesso cercando di introdurre una maggiore imparzialità di scelta a favore del curriculum clinico-tecnico scientifico, quale prerogativa prioritaria nella scelta, a vantaggio auspicabile dei diritti della collettività ad avere diritto alle cure del miglior professionista della salute.

Un sistema fallace

La fallacia dell'attuale sistema di scelta giace, a parere dello scrivente: a) nell'esercizio dell'eccessivo potere discrezionale del Direttore Generale; b) nella mancanza di trasparenza dei curricula dei candidati; e c) nella segretezza della prova orale.

a. **Il potere discrezionale** è attualmente così esteso (ed è di comune esperienza), che quasi invariabilmente il candidato vincitore è noto

prima ancora dell'espletamento delle procedure concorsuali, ma soprattutto ben prima dell'analisi dei curricula scientifici. Il Direttore Generale non sempre è un esperto della branca o della disciplina a concorso, e non ha pertanto gli strumenti culturali per decidere al meglio.

- b. **La norma** che impone la pubblicazione dei curricula dei candidati sui siti web delle aziende sanitarie, non è mai passata e non sono a conoscenza di Asl in cui si sia data evidenza, per ogni procedura concorsuale, di tale comparazione curriculare esposta al pubblico.
- c. **La segretezza** della prova orale, consente alle commissioni di attribuire dei punteggi cervellotici o meglio già orientati, che facciano buon gioco nella scelta del candidato preferito, senza possibilità di ricorrere successivamente con ragionevole possibilità di successo.

Questa gravissima realtà dei fatti è consentita, oltre che da un malvezzo italico indifferente al-

le latitudini geografiche, anche da un uso estensivo del termine "discrezionalità", che in bocca alle direzioni strategiche delle aziende sanitarie viene spesso confusa, con l'arbitrario esercizio di un potere decisionale, indipendente dalla cultura scientifica dei candidati e della loro storia professionale. Eppure l'etimologia del termine discrezionalità è ben chiara: discernimento, senso della misura. Addirittura il Devoto Oli descrive il sostantivo "discrezione" come la facoltà che permette di uniformare i propri atti e le proprie parole a criteri soddisfacenti sul piano della ragionevolezza o dell'utilità. Per quanto attiene il sostantivo "arbitrio" viene etimologicamente descritto come la "facoltà di agire in modo autonomo secondo la propria volontà. Autorità. Atto abusivo" (Dizionario etimologico Rusconi Libri, 2004).

Ritengo che la volontà del legislatore della 502/92 e successivamente della legge 484/97 che richiama i requisiti di tali candidati, fosse quel-

segue in ultima ►



Fems

Come stanno i sistemi sanitari europei?

Inizia con questo numero una panoramica sulle allarmanti condizioni dei sistemi sanitari europei, fotografate nei rapporti dei sindacati federati alla Fems in occasione dell'Assemblea Generale che si è tenuta a Budapest lo scorso 10 maggio.

SPAGNA

I salari dei medici spagnoli sono stati congelati già due volte quest'anno e alcuni hanno visto i loro salari diminuire del 30%. Inoltre alcune regioni della Spagna hanno iniziato a "sperimentare" quello che chiamano "gestione privata" del sistema sanitario pubblico. Secondo i medici della Confederazione statale dei sindacati medici (Cesm) queste sono le conseguenze che la crisi economica ha prodotto sul sistema sanitario nazionale spagnolo.

La sanità pubblica spagnola, che impiega l'80% dei medici, continua a subire gli effetti della crisi economica. Il deficit dello Stato, in altre parole, la differenza tra le entrate e le spese nel 2012, ha superato il 7% (il più alto dell'Ocse) e il debito pubblico è aumentato fino al 80% (e seguirà questo percorso nei prossimi anni).

La conseguenza diretta è che i salari sono stati congelati due volte quest'anno. Inoltre, la maggior parte delle regioni (17 comunità autonome nel nostro paese) hanno implementato i tagli previsti dalle normative. Questa progressivo implemento dipende dal gruppo professionale a cui il professionista appartiene e che ha colpito soprattutto i medici, alcuni dei quali hanno visto i loro salari diminuire del 30%.

Un altro effetto negativo della situazione attuale è che, dopo anni di piena occupazione nel settore sanitario, la disoccupazione è oggi

un problema importante. Oltre 4mila dei nostri laureati sono disoccupati.

Inoltre, e data la mancanza di risorse, alcune regioni hanno iniziato a "sperimentare" quello che chiamano "gestione privata" del sistema sanitario pubblico. L'idea è quella di risparmiare denaro, ma i professionisti non ci vedono chiaro, infatti, non esistono studi in grado di dimostrarlo. L'esperienza internazionale in questo senso, ha dimostrato che può essere ancora più costoso.

In questo processo, Madrid è la regione più avanzata (vede la privatizzazione della gestione in 6 ospedali e nel 10% dei centri di cure primarie). Contro questo processo di privatizzazione si sono svolti diversi scioperi all'inizio di quest'anno, e ce ne sono stati molti tra maggio e giugno. Madrid non è l'unica regione autonoma che sta seguendo questo percorso, anche l'Andalusia e Valencia hanno fatto enormi sforzi nella stessa direzione.

Il nostro sindacato (Cesm), da febbraio, è in trattativa con il Ministero della Salute per cercare di trovare formule sostenibili per mantenere il sistema sanitario spagnolo.

Un altro argomento di negoziato con il Ministero della Salute è l'"unità di gestione clinica": si sta cercando di coinvolgere i medici più attivamente alla gestione di queste unità.

Il Cesm continua la lotta per un quadro giuri-

dico che consenta l'auto-regolamentazione della professione.

CROAZIA

La Croazia a partire dal 1° luglio è diventata il 28esimo membro dell'Unione europea. Il sistema sanitario del Paese è pronto per entrare in Europa? Vediamo cosa ne pensano i medici del Sindacato medico Croato (Hls).

La Croazia è ancora in recessione, il sistema sanitario è ancora in crisi, i fondi finanziari destinati al sistema sanitario vengono tagliati e si registrano perdite. Nel mese di aprile di quest'anno, il governo della Repubblica di Croazia ha approvato una decisione per il risanamento del sistema sanitario nella quantità di 658 milioni di euro.

Allo stesso tempo, il governo croato ha iniziato la procedura di risanamento delle istituzioni sanitarie e ha assunto la loro titolarità, temporaneamente, per il periodo di due anni. Come tale azione inciderà sulla qualità e la disponibilità dei servizi di assistenza sanitaria e sullo stato dei dipendenti non può essere anticipato ancora. Nel maggio di quest'anno, abbiamo avuto le elezioni locali che sono molto importanti per il sistema sanitario, perché una parte degli istituti di assistenza sanitaria sono gestiti dai governi locali.

La Croatian medical union (Hls) insieme con una parte dei sindacati attivi nel settore pubblico, ha firmato nel dicembre 2012, un nuovo contratto collettivo che rimane in vigore per quattro anni. Nonostante ciò, il governo unilateralmente ha ridotto gli stipendi di tutti i dipendenti del settore pubblico e statale, del 3%, inclusi i medici.

Il Governo, con una parte dei sindacati che collaborano strettamente, sta cercando di annullare il contratto collettivo per il settore sanitario firmato dalla Croatian medical union nel mese di ottobre 2011. È stato avviato un procedimento giudiziario ed è difficile prevedere quale sarà il risultato. Abbiamo paura delle decisioni politiche a danno dei medici.

È certo che la Croazia diventerà il 28esimo membro dell'Unione europea il 1° luglio 2013. Come questo influirà sulla migrazione di medici provenienti dalla Croazia solo il tempo ce lo mostrerà. In Croazia, di fronte al grande deficit di medici, agli stipendi relativamente bassi, a lunghi orari di lavoro con straordinari e duro lavoro, questo aggiungerà un ulteriore onere supplementare su tutta la situazione e pregiudicherà la qualità e la disponibilità dei servizi sanitari.

In conclusione, ci teniamo a sottolineare, che ci sarà un deficit di 4.500 medici, che equivale al 30% del numero totale dei medici. Con questa diminuzione essenziale di fondi finanziari, questo aggraverà l'applicazione di tutte le direttive positive e degli standard della UE.

Convegno SDA-Bocconi

di Fabio Florianello

Segretario Amministrativo Anaa Assomed
Regione Lombardia

È possibile cambiare lo skill mix nelle aziende sanitarie?

La situazione

Il Convegno tenutosi allo SDA Bocconi il 7 giugno scorso è stata l'occasione per riproporre uno dei temi critici che caratterizzano l'attuale momento di riorganizzazione del sistema sanitario.

Infatti, quello genericamente indicato come "relazioni" tra professioni sta assumendo un ruolo decisivo ai più diversi livelli: nazionale con le nuove competenze infermieristiche in discussione e gli accordi con i tecnici di radiologia, regionale con i nuovi modelli organizzativi tipo intensità di cura e nuove sperimentazioni, locale con una multidisciplinarietà derivante in gran parte dai nuovi bisogni espressi da una società sempre più anziana, sempre più gravata da polipatie e patologie croniche, necessità di una continuità ospedale-territorio che stenta ad organizzarsi (tab.1).

Lo scenario è attraversato da profondi disagi tra gli addetti ai lavori, sia medici che infermieri. Deficit di motivazione e soddisfazione lavorativa, di identità dei ruoli e significato sociale, di autonomia professionale alla luce di un significativo sviluppo della formazione professionale, di aumento di implicazioni burocratico-amministrative, di responsabilità e quotidiani contenziosi. Ed insieme la crescente esigenza di benessere organizzativo, di chiarezza dei ruoli, di lavoro in team con una definizione delle responsabilità in relazione all'ampliamento degli skills e al cambiamento/trasferimento di attività. Il problema è inutile negarlo esiste. E il sistema di relazioni professionali, punta dell'iceberg di un sistema in crisi organizzativa, rischia di divenire ancor più critico, stretto tra competenze infermieristiche che aumentano in virtù della formazione professionale e le prerogative di una classe medica cui rimangono comunque tutte le responsabilità in base alla normativa vigente, di fronte all'inderogabile necessità di dare risposte ai nuovi bisogni emergenti. Pensiamo ad esempio al Direttore di Struttura Complessa che svolge attività e prestazioni medico-chirurgiche, attività di studio, didattica e ricerca, programmazione e direzione

Il sistema di relazioni professionali, punta dell'iceberg di un sistema in crisi organizzativa, rischia di divenire ancor più critico, stretto tra competenze infermieristiche che aumentano in virtù della formazione professionale e le prerogative di una classe medica cui rimangono comunque tutte le responsabilità in base alla normativa vigente. In queste pagine riflessioni e indicazioni su come ripensare le relazioni tra i professionisti della sanità.

TABELLA 1 ANALISI DEL CONTESTO SOCIALE

- Cambiamento demografico
- Aumento della popolazione fragile
- Evoluzione dei bisogni delle persone
- Dalla cura della malattia alla cura della persona
- Aumento di conoscenze da parte dell'utenza
- Diminuzione del Personale Medico ed Infermieristico
- Sostenibilità economica del sistema

ne dell'unità operativa, preparazione dei piani di lavoro, indirizzo e verifica sulle prestazioni di diagnosi e cura, assegnazione a tutti i collaboratori di compiti che ritenga di poter delegare (Dpr 761/79 D.Lgs 229/99) in eligendo e in vigilando. E l'incremento di responsabilità in merito alla gestione delle risorse della struttura con direttive a tutto il personale operante nella stessa ed efficace-efficiente gestione delle risorse attribuite (D. Lgs. 502/92 e 229/99). Ma pensiamo anche ai nuovi profili professionali codificati nella "Disciplina delle professioni sanitarie infermieristiche, tecniche, della riabilitazione, della prevenzione nonché della professione ostetrica (L.251/00) e nelle nuove "Disposizioni in materia di professioni sanitarie infermieristiche, ostetrica, riabilitative, tecnico-sanitarie e della prevenzione e delega al Governo per l'istituzione dei relativi ordini professionali" (L. 43/2006).

TABELLA 2 "ESITI" MODIFICABILI DA UNA CORRETTA ASSISTENZA

- | | |
|-----------------------|--|
| ■ Mobilizzazione | ■ Infezioni |
| ● Lesioni da decubito | ● IVU |
| ● Cadute | ● Polmoniti |
| ● TVP | ● Sepsis |
| ■ Devices | ■ Stato Psicologico |
| ● IVU | ● Riconoscimento deterioramento e confusione mentale |
| ● Flebiti | ■ Durata degenza |
| ● Sposizionamento | ■ Mortalità |
| ■ Nutrizione | ■ Soddisfazione paziente/familiari |
| ● Malnutrizione | ■ Self-care terapeutico |
| ● Denutrizione | ■ Comfort |
| ● Disidratazione | |

(mod. da L. Cho et al. 2005, W. Irvin et al. 2004)

Da una parte, dunque, il tradizionale impianto normativo incentrato sulle tradizionali responsabilità del medico, dall'altra l'evoluzione inarrestabile che il sistema sanitario richiede individuando e attribuendo nuovi compiti e funzioni alle professioni sanitarie non mediche nel tentativo di dare una svolta di qualità ai livelli di assistenza.

Parole chiave quali miglioramento-innovazione, sostituzione-delega tracciano il confine di quella che dovrebbe essere un'opportunità e non

un problema nell'ambito dei rapporti medico-infermiere. Ma l'interpretazione evolutiva oscillante tra arricchimento o cambiamento di competenze, spostamento o allargamento di responsabilità, secondo nuovi modelli organizzativi, rischia –al momento– di mal conciliarsi con le leggi vigenti e deteriorare le relazioni tra professioni.

Tuttavia un fatto è chiaro. L'evoluzione del modello assistenziale, ieri incentrato sulla malattia, oggi si sposta sul paziente. E mentre ieri l'unica figura di riferimento era il Medico supportato dalle professioni ausiliarie, oggi, pur mantenendo le sue competenze, il Medico è affiancato dalle altre professioni sanitarie formate, anche, per dare risposta alle nuove richieste di un'utenza più attenta ed esigente.

Formazione e competenze infermieristiche.

In Europa alla formazione degli infermieri corrispondono titoli diversi, come pure diversa è la durata, in anni. L'unico elemento unificante risale al 1977 ed è rappresentato dalle direttive europee che hanno governato l'armonizzazione dei programmi e il numero di ore necessarie per diventare infermiere: 2300 di teoria e 2300 di pratica clinica (pari a 180 crediti formativi - Cfu).

In particolare la formazione avviene in:

- **Higher Professional Schools** (Francia, Germania, Norvegia)
- **Scuole tradizionali + Università** (Olanda Danimarca, UK, Irlanda)
- **Università** (Spagna, Italia)

Negli Usa la formazione si ottiene attraverso tre canali:

1. **Associate degree program (AD)**
60% dei neodiplomati. Dura dai 2 ai 3 anni si svolge presso istituzioni formative pubbliche o private che rilasciano certificati o diplomi
2. **Corso di bachelor**
36% dei neodiplomati. Dura 4 anni e si svolge in università
3. **Formazione ospedaliera**
4% dei neodiplomati. Dura 3 anni ed è erogata dagli ospedali

Un articolo pubblicato nel 2010 (Bmj 2010 Jul 9;341) propone una discussione circa i pro e i contro la scelta di portare la formazione infermieristica ai più alti livelli, quali l'università, agitando le seguenti criticità: gli infermieri laureati si allontanano dalle funzioni assistenziali, l'unico scopo della laurea è di elevare lo status degli infermieri, la laurea altera gli equilibri di potere che hanno finora garantito il buon funzionamento delle équipe assistenziali.

A favore di una maggiore formazione, al contrario, vi sono autorevoli studi che documentano che infermieri con un livello di formazione avanzato migliorano gli esiti sui pazienti (Int J Nurs Stud. 2007 44(2):175-82) e che interventi di prevenzione, diagnosi e gestione di molte co-

muni malattie acute non complicate, la gestione del dolore cronico o di malattie come il diabete, se affidati agli infermieri sono altrettanto sicuri ed efficaci quanto quelli erogati dai medici (N.Eng.J.Med. 2011 Jan 20;364(3):193-6).

Da una revisione della Cochrane su 4.253 articoli i risultati evidenziano l'assenza di differenze apprezzabili tra medici e infermieri circa risultati di salute dei pazienti, processo di cura, utilizzo delle risorse e costi in particolari ambiti di patologie.

Ancora, l'inserimento degli Apn (Advanced Practice Nurses) in Usa sembra rappresentare un fatto estremamente positivo. Infatti, gli Apn hanno migliorato la qualità delle cure e notevolmente aumentato il livello di comunicazione/collaborazione con i medici, dimostrando che il team con il medico è indispensabile nell'assistenza ai pazienti più fragili e complessi. Rimane la necessità di affinare i modelli di pratica Apn che esistono attualmente e di sviluppare la ricerca per dimostrare l'impatto sugli outcomes. In ogni caso l'Amda (American Medical Directors Association) valuta positivamente il rapporto che ha sviluppato con Apn e accoglie la loro partecipazione nella società e nella riunione annuale (*Journal of the American Medical Directors Association* 12.3 - 2011)

E in Italia? Sono già trascorsi dodici anni da quando sono stati introdotti per la formazione infermieristica italiana i tre cicli formativi tradizionali: laurea di base; laurea specialistica/master di primo livello; dottorato di ricerca/master di secondo livello, previsti dall'ordinamento universitario nazionale con il DM 509/1999. Sono inoltre trascorsi sette anni dall'approvazione della legge 43/2006, che sancisce la possibilità di attribuire le funzioni di coordinamento e quelle specialistiche agli infermieri in possesso di uno specifico diploma di master. E ciononostante, il Servizio sanitario stenta a introdurre queste figure nei propri ruoli, in particolare gli infermieri specialisti in pos-

sesso di un master clinico, il cui contributo, come ampiamente dimostrato dalla ricerca internazionale, è determinante per il miglioramento degli esiti dei pazienti assistiti (tab. 2).

Conclusioni

Ai fini di un miglioramento sostanziale nella direzione di un sistema di relazioni che rispetti la reciproca autonomia professionale in modo trasparente e condiviso, si può dire che:

- formazione e arricchimento delle competenze non possono essere causa di deterioramento nei rapporti medico-infermiere;
- Il medico mantiene la totale responsabilità della diagnosi e cura del paziente ed è l'unica figura sanitaria autorizzata per legge a svolgere tali attività;
- l'infermiere è responsabile della assistenza nella corretta esecuzione delle prescrizioni mediche e nella cura diretta al paziente;
- la cura non si esaurisce nella prescrizione e somministrazione di farmaci, ma si articola in molte attività aggiuntive anche in risposta alle nuove esigenze dell'utenza della cui realizzazione è responsabile l'infermiere;
- in ospedale, nelle residenze assistenziali, a casa delle persone assistite e nei luoghi in cui esercita la sua professione, l'infermiere si occupa dei bisogni di salute e del "prendersi cura" della persona avvalendosi della collaborazione del medico di medicina generale e del medico specialista, responsabili della diagnosi e della terapia;
- resta fondamentale il riferimento alla normativa in vigore, non prevaricata da scorciatoie organizzative;
- va riservata grande cautela ai rischi derivanti dall'eventuale spostamento di competenze (non condiviso da medici e infermieri) con la motivazione di ottimizzazioni organizzative, in realtà con l'unico obiettivo di avviare una sorta, non dichiarata, di sanità low cost (tab 3).

TABELLA 3 - LA DIVERSIFICATA RIDUZIONE DEL PERSONALE MEDICO ED INFERMIERISTICO PUÒ ESSERE "CAUSA" DI VARIAZIONE NEGLI SKILL MIX DELLE AZIENDE SANITARIE

	2008	2009	2010	Var.% 2010/2009
Dirigenti Medici	118.048	118.823	117.250	-1,3
Struttura Complessa	10.347	10.216	9.647	-5,6
Struttura Semplice	20.070	19.725	19.642	-0,4
Altri Incarichi	87.631	88.882	87.961	-1,0
Personale Infermieristico	275.734	276.660	275.932	-0,6

Fonte: Corte dei Conti - Relazione 2012 sul costo del lavoro pubblico

TUTELA LAVORO

Avv. Francesco Maria Mantovani
Consulente legale Anaaao Assomed

Anzianità di servizio

Stessi criteri per precari e dipendenti in ruolo

Una volta intervenuta la stabilizzazione nel pubblico impiego, agli ex precari non si può negare l'anzianità maturata nei contratti a termine alla luce del fondamentale principio di diritto comunitario del divieto di discriminazione tra lavoratori a tempo determinato ed indeterminato, qual è sancito dalla clausola 4 dell'Accordo Quadro sul lavoro a tempo determinato, recepito dalla direttiva 1999/70.

Più nello specifico, tale clausola fissa il divieto di trattare i lavoratori a tempo determinato in modo meno favorevole dei lavoratori a tempo indeterminato, purché comparabili dal punto di vista dell'inquadramento e mansioni, a meno che non sussistano ragioni oggettive.

Ne consegue che i criteri di computo dell'anzianità di servizio devono essere gli stessi, sia per i lavoratori a tempo determinato, sia per quelli a tempo indeterminato.

E' questa la conclusione raggiunta dalla giurisprudenza sia comunitaria, che nazionale.

Inizialmente la Corte di giustizia Ue si era pronunciata sul caso di una dipendente dell'amministrazione sanitaria spagnola che, assunta dopo 12 anni di contratti a termine, aveva chiesto il riconoscimento degli scatti di anzianità triennali maturati durante gli anni di precariato (causa C-307/05).

La Corte di giustizia Ue ha riconosciuto le ragioni della lavoratrice in base alla summenzionata clausola 4 dell'Accordo quadro sui contratti a termine. Secondo la Corte di giustizia Ue, sebbene la materia del trattamento economico dei lavoratori esuli dalla competenza degli accordi Ue ai sensi dell'art. 137, n. 5, Trattato Ce, tale esclusione non preclude il diritto del lavoratore a tempo determinato a chiedere, in base al divieto di discriminazione, le stesse condizioni di impiego riservate ai lavoratori a tempo indeterminato, tra cui quella relativa al computo dell'anzianità di servizio, anche se ciò comporta riflessi sul piano retributivo.

In seguito, la Corte di giustizia Ue ha espresso il medesimo principio con riferimento alla vicenda di alcuni lavoratori italiani assunti alle dipendenze dell'Autorità garante della concorrenza e del mercato (cause riunite da C-302/11 a C-305/11).

Secondo la Corte di giustizia Ue, l'esclusione, al momento dell'assunzione, del computo dei



periodi di lavoro a tempo determinato, giustificata dallo Stato italiano con le esigenze di contenimento dei costi della pubblica amministrazione, poggia su un presupposto radicalmente errato, ossia che la durata indeterminata del rapporto di lavoro dei dipendenti pubblici giustifichi di per sé una differenza di trattamento rispetto agli altri assunti a termine.

Viceversa, sempre secondo la medesima Corte, gli obiettivi di riduzione della spesa del personale non costituiscono una ragione adeguata a giustificare la discriminazione tra lavoratori a tempo indeterminato e quelli a termine, con il corollario che quest'ultima risulta in contrasto con il principio di parità di trattamento dettato dalla direttiva Ue e dall'accordo quadro in tema di contratti a tempo determinato.

Anche la giurisprudenza nazionale (ad esempio, Tribunale Torino, Sez. lavoro, Giud. Paliaga, sentenza 9.11.2009 n. 4148) ha riconosciuto che "appare evidente come il riconoscimento dell'anzianità pregressa relativa agli anni di lavoro a termine (...) costituisce puntuale applicazione della clausola 4 dell'Accordo quadro così come chiarita dalla Giurisprudenza della Corte di Giustizia delle Comunità europee" e che tale precetto risulta direttamente ed immediata-

mente applicabile negli ordinamenti interni degli Stati membri, a prescindere dall'emanazione di specifiche norme attuative da parte dei legislatori nazionali, presentando tutti i requisiti indicati a tal fine dalla consolidata giurisprudenza comunitaria per consentire al giudice nazionale di stabilire se un soggetto possa essere, o no, considerato beneficiario della direttiva: un contenuto precettivo preciso, chiaro e incondizionato, che non necessita di misure complementari di carattere nazionale (al riguardo, ex plurimis, si rinvia alla Corte di Giustizia Ue, cause C-6/90 e C-9/90).

La giurisprudenza citata ha quindi superato le previsioni contenute nella contrattazione collettiva per l'area della dirigenza medica e veterinaria, le quali consentono di tenere conto dei periodi di lavoro prestati con contratti a termine ai fini della corresponsione dell'indennità di esclusività e del conferimento degli incarichi di alta professionalità elencati nell'art. 27, comma 1, lett. da b) a c), Ccnl 1998-2001, solo i medesimi periodi si sono succeduti senza soluzione di continuità con l'assunzione a tempo indeterminato.

Più nello specifico, l'art. 15 del Ccnl 2006-2009 per l'area della dirigenza medica e veterinaria stabilisce che "nel computo dei cinque anni di attività ai fini del conferimento dell'incarico di direzione di struttura semplice ovvero di natura professionale anche di alta specializzazione, di consulenza, di studio e ricerca, ispettivi, di verifica e di controllo indicati nell'art. 27, comma 1 lett. b) e c) del Ccnl dell'8 giugno 2000, rientrano i periodi svolti con incarico dirigenziale a tempo determinato, senza soluzione di continuità".

Del pari, l'art. 12, comma 3, del Ccnl 2000-2001 sempre per l'area della dirigenza medica e veterinaria prevede che ai fini della corresponsione della fascia superiore dell'indennità di esclusività, deve tenersi conto dell'"anzianità complessiva, con rapporto di lavoro a tempo determinato ed indeterminato, maturata alle date previste dalle norme, senza soluzione di continuità anche in aziende ed enti diversi del comparto".

Viceversa, in base alla clausola 4 dell'Accordo Quadro sul lavoro a tempo determinato, direttamente applicabile nell'ordinamento italiano, ai fini del raggiungimento dell'anzianità necessaria al passaggio alla fascia superiore dell'indennità di esclusività (rispettivamente 5 e 15 anni di servizio) ed al conferimento degli incarichi di alta professionalità (5 anni di servizio), vanno computati anche i periodi di lavoro a termine svolti alle dipendenze delle Pubbliche amministrazioni del comparto sanità, anche se non risultano continui rispetto all'assunzione a tempo indeterminato.

GIURISPRUDENZA

A cura di Paola Carnevale

I testi integrali delle sentenze sono pubblicati su www.anaao.it - sezione "sentenze in sanità"

TRIBUNALE DI MILANO

Sezione IX penale

Sentenza del 30 gennaio 2013 – ordinanza del 21 marzo 2013

DEPENALIZZAZIONE DELLA COLPA LIEVE: IL DECRETO BALDUZZI ALLA CONSULTA

La Legge: articolo 3, c. 1 L. 189/2012

“L'esercente la professione sanitaria che nello svolgimento della propria attività si attiene a linee guida e buone pratiche accreditate dalla comunità scientifica non risponde penalmente per colpa lieve.....” art. 3, c. 1, L. 189/2012.

Conscio del consolidato contrasto giurisprudenziale in tema di “linee guida” (spesso ritenute dal Giudice di merito elemento essenziale di valutazione della condotta tenuta dal sanitario; in altre fattispecie, all'opposto, molto meno considerate proprio a causa dei numerosi casi clinici, fino a giungere all'affermazione che il rispetto delle linee guida non esenta il medico da responsabilità una volta che si dimostri la loro incompatibilità rispetto ai canoni di diligenza, prudenza e perizia che si richiedono a chi esercita la professione medica), il legislatore ha definitivamente sancito a livello normativo (art. 3, c. 1 L. 189/2012) l'obbligo per il Giudice di prendere in considerazione, nella propria attività di ricostruzione dei fatti e di valutazione del nesso causale, “le linee guida e le buone pratiche accreditate dalla comunità scientifica”. Le ragioni della non punibilità dell'operatore sanitario, che si sia attenuto alle linee guida e alle buone pratiche della comunità scientifica, sono da ricercare probabilmente nella preoccupazione del legislatore per la cosiddetta “medicina difensiva”. Con l'art. 3, c. 1 il legislatore introduce dunque un'esimente costituita dai seguenti elementi: il soggetto attivo deve essere un esercente la professione sanitaria, deve commettere il reato nello svolgimento della propria attività, deve attenersi alle linee guida e alle buone pratiche accreditate dalla comunità scientifica. L'istituto della colpa lieve, se da un lato traccia il confine tra responsabilità civile e responsabilità penale del medico negligente, si incastra in quella ricostruzione normativa già in uso che vede (articolo 2236 del codice civile) integrare responsabilità medica soltanto nel caso di dolo o colpa grave.

L'Ordinanza del tribunale di Milano

Con ordinanza del 21 marzo scorso il Tribunale di Milano ha sollevato, in un processo di lesioni colpose di quattro sanitari di un Ospedale di Milano, una molteplicità di questioni in merito alla legittimità costituzionale ritenendo che l'art. 3 della L. 189/2012 è una norma “ad professionem” che introduce una equivoca funzione esimente del grado di colpa degli esercenti la professione sanitaria (in relazione agli articoli 3, 24, 25, 27, 28, 32, 33, 111 della Costituzione). Infatti, la norma detta una “non punibilità dai confini equivoci, non delimitabile con la mera interpretazione, esclusiva per tutti gli esercenti la professione sanitaria, per qualsiasi reato colposo, non definendo la colpa lieve, non identificando le linee guida, le buone prassi e le autorità che dovrebbero codificarle, avvilendo la libertà di scienza,

discriminando in modo ingiustificabile tra operatori pubblici sanitari e non sanitari, tra operatori sanitari e non che si occupano dei medesimi beni giuridici”. Analizziamo i profili di costituzionalità sollevati.

Primo dubbio di costituzionalità sollevato è dato dal “rispetto del principio di ragionevolezza e di tassatività” in merito alla locuzione utilizzata dal legislatore in base alla quale “l'operatore sanitario non risponde penalmente per colpa lieve”. La generica formula legislativa consente diverse e confliggenti interpretazioni che conducono a “diverse e antinomiche collocazioni dommatiche”, configurandosi pertanto una formula criticamente equivoca, non superabile con una mera attività ermeneutica, che evidenzia un dato normativo impreciso, indeterminato e quindi in attrito con il principio di ragionevolezza e di tassatività (violazione artt. 3 e

25, c. 2 Cost.). Peraltro la legge 183 considera la colpa lieve il “limite massimo dell'esimente”; ma è proprio tale limite ad essere il punto debole della normativa non esistendo nel diritto penale una definizione. Quindi i giudici di Milano eccepiscono il dovere del legislatore di dettarne una definizione senza rimetterne l'interpretazione alla discrezionalità del giudice. Il secondo dubbio di costituzionalità discende direttamente dalla ratio legis: se, infatti la volontà del legislatore era quella di superare la “medicina difensiva”, il legislatore ha tradito questa stessa funzione perché, con una tale formulazione della norma, ha prodotto un risultato che rischia di burocratizzare le scelte del medico e quindi di avvilire il progresso scientifico. Infatti, l'area di non punibilità è “ingiustificatamente premiale per coloro che manifestano acritica adesione alle linee guida o alle buone prassi ed è altrettanto ingiustificatamente penalizzante per chi se ne discosta con una pari dignità scientifica”. Il sistema delineato dalla norma quindi promuove la produzione di linee guida perché costituiscono il perimetro della non punibilità entro il quale l'operatore sanitario trova riparo venendo graziato dalla colpa lieve, ed induce alla costituzione e alla redazione di linee guida o comunque all'individuazione di buone pratiche da codificare, bloccando automaticamente l'evoluzione del pensiero scientifico e la sperimentazione clinica, con conseguente danno alla libertà del sapere e allo sviluppo scientifico (violazione articoli 3 e 33 Costituzione). Il Giudice di Milano ritorna ancora sul concetto di linee guida individuando un ulteriore profilo di illegittimità. Le linee guida sono delle “mere raccomandazioni per le quali la legge non offre alcun criterio di individuazione e determinazione”. La formulazione normativa dell'art.3 è talmente elastica da non consentire al giudice e, prima ancora, agli operatori sanitari di determinare esattamente i confini dell'esimente. Non vengono specificate infatti le fonti delle linee guida, quali siano le autorità titolate a produrle, quali siano le procedure di raccolta dei dati statistici e scientifici, di valutazione delle esperienze professionali, quali siano i metodi di verifica scientifica, e infine quale sia la pubblicità delle stesse per diffonderle e per renderle conoscibili agli stessi sanitari; così come per la prassi non viene specificato il metodo di raccolta, come possa individuarsi la “comunità scientifica” e se l'accreditamento debba provenire da quella locale, regionale, nazionale, europea o internazionale. Non esiste quindi alcuna indicazione normativa per orientare l'interprete e ancor prima lo stesso operatore sanitario.

Altro dubbio di costituzionalità è determinato dall'ambito soggettivo della norma riferendosi a qualsiasi esercente la professione sanitaria (non solo medici ma anche veterinari, farmacisti, biologi, psicologi, operatori socio sanitari, operatori di assistenza sanitaria etc.). La dilazione dell'ambito soggettivo stravolge la portata di natura “eccezionale” della ratio medesima, e tradisce la ratio di tutela della medicina difensiva, inglobando anche soggetti privi del compito di adottare scelte terapeutiche e/o diagnostiche (quindi estranei al tema della medicina difensiva) che pur fanno parte della categoria degli operatori sanitari. Si aggiunga altresì che l'esonero dalla responsabilità penale comprende anche “qualsiasi fatto commesso con



segue in ultima ►

▶ segue da pag 10

L'accesso alla direzione di struttura

la di conferire al Direttore Generale la facoltà del discernimento fra candidati con profili simili o scarsamente dissimili, al fine comunque di operare una scelta che deve essere fatta, ma sempre all'interno di una cornice di elevata capacità clinico scientifica e tecnica, così come desunta dall'estensivo curriculum professionale, (incluse le pubblicazioni edite a stampa), che viene richiesto all'atto della richiesta di partecipazione all'avviso. Una scelta al meglio quindi, non al più "adatto"! E poi adatto per chi, su quali criteri di legge o di buon senso? O sulla base di quali criteri etici e culturali?

D'altra parte perché si dovrebbero esibire pubblicazioni scientifiche su riviste ad alto impact factor, soggiorni di studio e ricerca all'estero o in istituti di rilevanza scientifica, titoli di dottorato, master o addirittura brevetti, se tutto questo non concorre ad orientare la scelta? Allora facciamo esibire solo il curriculum, che si risparmia tempo, carta e spese di spedizione postale! Dispiace che proprio il Presidente della Conferenza Stato Regioni, abbia manifestato le più forti resistenze alla mini-riforma voluta dal ministro Balduzzi. Eppure fa parte di un partito che fa della intestazione democratica, la sua bandiera! Purtroppo la magistratura ormai in-

variabilmente da molti anni, interpretando evidentemente la norma in maniera univoca, raramente dà ragione ai vari candidati che ricorrono in giudizio vantando curricula decisamente superiori ai prescelti del Direttore Generale. Inoltre le sentenze, anche se sbagliate, fanno giurisprudenza, per cui una trappola cognitiva (la seconda, visto che la prima è la autoreferenzialità del Direttore Generale), si perpetua a danno dei medici bravi e con buoni curricula. Ma quali sono le implicazioni a mio avviso tragiche di questo stato di cose? Per quale ragione un medico dovrebbe studiare, frequentare istituzioni di pregio scientifico, pubblicare studi e ricerche, con grande fatica personale e spesso usando risorse personali o familiari, se tutto ciò non gli vale nulla in termini di costruzione della propria carriera o della progressione economica, professionale e anche sociale? A che pro, dovrebbe sacrificarsi, fare delle rinunce, sottoporsi a delle umiliazioni, spesso emigrare per migliorare se stesso frequentando prestigiose organizzazioni scientifiche estere, se poi sono gli umori cervellotici delle lobbies di potere partitico o dei loro epigoni, a decidere chi dovrà essere direttore? O sarebbe meglio spendere le loro risorse o il loro tempo libero, a frequentare le sezioni di partito, gli entourage o le segreterie di quello o quell'altro potente di turno? E quale segnale o quale eredità culturale lasceremo ai nostri figli? Non studiate troppo, tanto conterà solo se siete "adatti". È questo l'insegnamento che dobbiamo trasmettere alle

prossime generazioni di medici pubblici e ai nostri figli?

Considerazioni finali

Un discorso finale lo merita il destino degli sconfitti in quelle unità operative, in cui pur avendo la maggiore credibilità e autorevolezza culturale, scientifica e clinica, sono sconfitti dal trafficking o dal prescelto di turno. Dovranno continuare a fare quello che facevano prima, mantenendo gli standard professionali che avevano prima del concorso? E a che pro? Dovranno smettere di prendersi rischi in proprio, scaricando sul primario i casi complessi a rischio medico-legale? Dovranno diventare campioni del fuggi-fuggi davanti al caso complesso (e ai rischi medico legali), scaricando la patata bollente al cambio turno o ad un altro reparto? (chi non ha mai visto cose del genere in ospedale?). Dovranno leggere il quotidiano anziché la rivista scientifica? Dovranno forse tirare i remi in barca, lavorando con basso profilo, ovviamente a tutto danno del cittadino incolpevole e che pensa che in ospedale troverà il meglio? O meglio ancora, dovranno andare via (chi può farlo) e andare nel privato, con tutte le conseguenze deleterie che tutti sappiamo. Nella mia carriera di dirigente medico ne ho viste tante e gli scenari che descrivo non sono frutto della mia fantasia, ma dell'osservazione amara delle degenerazioni di questo sistema sbagliato, arbitrario e tutto da riformare e degli uomini che mettono in atto comportamenti moralmente riprovevoli.

▶ segue da pag 15

Depenalizzazione della colpa lieve: il decreto Balduzzi alla Consulta

colpa lieve di qualsiasi operatore sanitario" (il raggio di non punibilità comprende ad esempio l'ipotesi in cui linee guida riguardanti l'attività radiologica, l'attività medica iperbarica, l'attività di laboratorio clinico, con uso di sostanze, prodotti, reagenti chimici, indichino dei comportamenti che, però per colpa lieve, potrebbero provocare un incendio o un disastro oppure ipotesi di un'attività lievemente colposa del medico veterinario che possa provocare un'epidemia): infinite condotte dunque che non rientrano nella "medicina difensiva" (violazione art.3 Cost.). Ancora sull'aspetto soggettivo è da evidenziare che ulteriore dubbio di costituzionalità è determinato dalla responsabilità dell'operatore sanitario nel caso di violazione di norme in materia di sicurezza del lavoro: la natura eccezionale dell'art. 3 determina una forza derogatoria rispetto ad altri profili di responsabilità penale

colposa che gravano sui medesimi soggetti quando quest'ultimi sono anche preposti alla "sicurezza" (d.lgs. 81/2008). Il termine "attività" è comprensivo dell'attività sanitaria e di tutte le attività inerenti la posizione di garanzia. È evidente, quindi, il trattamento eccezionale ad professionem riservato soltanto agli operatori sanitari esteso ai casi in cui esercitino le funzioni di garanzia loro assegnate in materia di sicurezza del lavoro; in questo caso non risponderebbero per colpa lieve dei reati commessi con violazione della normativa in materia di sicurezza del lavoro. Ulteriore dubbio di costituzionalità è determinato dalla cooperazione colposa con soggetti diversi dagli operatori sanitari. Infatti, nel caso in cui un evento lesivo si realizzi per la cooperazione colposa di un sanitario e di un non sanitario (ad esempio amministratore preposto all'organizzazione) si realizza una disparità di trattamento tra i due cooperanti: il sanitario, attenutosi alle linee guida godrebbe della non punibilità in quanto esercente la professione sanitaria, mentre il "non sanitario" continuerebbe a rispondere del medesimo reato colposo da cui invece il sanitario è prosciolto (violazione articolo 3 Cost.). Sempre sotto il profilo soggettivo

ulteriore dubbio di costituzionalità è determinato dalla specialità dell'ambito soggettivo della norma che si applica a tutti gli esercenti la professione sanitaria senza distinzione tra il settore pubblico e privato (violazione degli artt. 3 e 28 Cost.). Soprattutto nel caso in cui gli operatori sanitari siano dipendenti pubblici, questi riceverebbero un trattamento differenziato e privilegiato rispetto a tutti i funzionari e dirigenti dello Stato ai quali si applica l'art. 28 cost. (in forza del quale tutti i funzionari dipendenti dello Stato e degli enti pubblici sono "direttamente responsabili, secondo le leggi penali... degli atti compiuti in violazione di diritti"). Infine, con riguardo alla persona offesa, il Giudice di Milano ritiene che venga violato il principio di equa ed effettiva tutela giudiziaria (artt. 3, 24, 32, 111 cost.). Infatti, la persona offesa - a prescindere dal tipo di reato e dall'entità dei danni cagionati dall'operatore sanitario che ha assunto una condotta lievemente colposa - non può ricevere protezione alcuna in sede penale ma soltanto in sede civile in base all'art. 2043 cc.. A questo punto risulterà interessante conoscere la valutazione che sarà offerta sul tema da parte della Corte Costituzionale.

dm
dirigenzamedica

Sede di Roma:
via XX Settembre, 68
tel. 06.4245741 -
Fax 06.48.90.35.23

Sede di Milano:
via D. Scarlatti, 27
dirigenza.medica@anaao.it
www.anaao.it

Direttore
Costantino Troise

Direttore
responsabile
Silvia Procaccini

Comitato
di redazione:
Giorgio Cavallero
Domenico Iscaro
Mario Lavecchia
Carlo Palermo

Coordinamento redazionale
Ester Maragò

Progetto grafico e impaginazione



Edizioni Health Communication srl
Edizioni e servizi di interesse sanitario

Periodico Associato

A.N.E.S.

ASSOCIAZIONE NAZIONALE EDITORI

Editore
Edizioni Health Communication
Via Vittore Carpaccio 18
0147 Roma
email: redazione@hcom.it
tel. 06.59.44.61
fax 06.59.44.62.28

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

Diritto alla riservatezza: "Dirigenza Medica" garantisce la massima riservatezza dei dati forniti dagli abbonati nel rispetto della legge 675/96

Stampa
STRpress, Pomezia (Rm)

Costo a copia: euro 2,50

Finito di stampare
nel mese di luglio 2013