

DIRIGENZA MEDICA

Il mensile dell'Anaa Assomed

POSTE ITALIANE SPA - SPED. IN ABB. POSTALE - D.L. 353/2003 (CONV. IN L. 27/02/2004 N. 46) ART. 1, COMMA 1, DR COMMERCIALE BUSINESS ANCONA N.11/2006

CONFERENZA ORGANIZZATIVA - SORRENTO 25 GENNAIO 2007

ORGOGLIOSI di essere medici!

L'intervento del Segretario nazionale Anaa Assomed, Carlo Lusenti

Dico la verità, non capita tutti i giorni una giornata come questa. È la prima volta che parlo da Segretario Nazionale ad una platea così vasta, così attenta, così competente. Il numero dei partecipanti è considerevole: siamo circa 400 e questo dato ci colpisce e meraviglia, ma non possiamo che leggere una così elevata affluenza come il segnale di una grande voglia di partecipazione dei quadri alla vita dell'Associazione.

Aldilà delle ragioni formali e statutarie che hanno portato alla convocazione della Conferenza Organizzativa, credo che se oggi siamo qui è soprattutto per la voglia di parlarci, di ascoltarci, di confrontarci. È perché noi crediamo in qualcosa, abbiamo qualcosa in cui avere fiducia: abbiamo i valori della nostra professione, la storia di questa Associa-

zione, la passione civile, la voglia di difendere le nostre ragioni e il rispetto per le persone che curiamo tutti i giorni. Credetemi, non voglio buttarla in politica o fare la mozioni degli affetti, ma la nostra azione sindacale, le strategie che adotteremo resterebbero appese nel vuoto se non ci fosse alla base la profonda convinzione in quello che si fa e in alcuni valori di riferimento che nella nostra Associazione sono piantati molto solidamente e in profondità.

E allora se questo è il nostro punto di partenza rispetto ai problemi che il mondo ci pone, vi chiedo di condividere con me un'ambizione: dobbiamo guidare i cambiamenti, dobbiamo essere attori e non spettatori, dimostrare fino in fondo la capacità ideativa, propulsiva e innovativa della nostra professione, della nostra categoria e della nostra Associazione.

È vero che le nostre convinzioni, la nostra voglia di esserci, la nostra voglia di contare, rischia di essere vanificata

dalla grave sindrome patita dalla politica e dalle Istituzioni italiane, che è la sindrome della demagogia, del populismo, del tirare a campare, del non essere capaci di assolvere a quello che è il vero compito: precedere i cambiamenti e proporre le soluzioni.

Noi rivendichiamo fino in fondo, invece, la capacità di essere portatori di soluzioni, anticipatori di problemi, capacità questa che purtroppo ci è poco riconosciuta.

Viviamo in un Paese in cui ha successo chi urla di più, chi ha più visibilità. All'interesse generale, ai principi, si preferiscono i temi che riescono ad imporsi all'attenzione mediatica! Prosperano i facili scoop, il bombardamento mediatico, il cinismo dell'informazione, la demagogia, il pressapochismo, la superficialità. Tutti elementi estranei alla nostra cultura, che subiamo e facciamo fatica a capire, con cui facciamo molta fatica a convivere.

segue a pagina 2

SPECIALE REGIONI

Focus di approfondimento su Friuli Venezia Giulia e Sicilia. Interviste ai segretari regionali Anaa Assomed, Laura Stabile, Rosario Cutrì. E intervista a Ezio Beltrame, assessore alla sanità della regione Friuli Venezia Giulia

A PAGINA 6-9

DALLE REGIONI

Il percorso di integrazione tra la realtà ospedaliera e quella universitaria è sempre più complesso. Sotto accusa c'è un accordo firmato dall'assessore alla Salute della Toscana Enrico Rossi con l'Università di Siena che penalizza i medici ospedalieri

A PAGINA 10

IL DOCUMENTO FINALE DEL CONSIGLIO NAZIONALE ANAAO ASSOMED APPROVATO A SORRENTO

Le strategie da seguire per dare forza alla professione

Il Consiglio Nazionale dell'Anaa Assomed, riunito a Sorrento il 27 gennaio 2007, approva la relazione del Segretario Nazionale e fa proprio il documento conclusivo della Conferenza Organizzativa del 25 gennaio 2007.

Il Consiglio Nazionale valuta positivamente l'impegno di finanziamento triennale assunto nella legge Finanziaria, per molti aspetti punitiva nei confronti della nostra categoria, che consente di definire un percorso non facile, ma almeno non incerto nella scelta di fondo: un Sistema sanitario nazionale e pubblico capace anche di governare il regionalismo imperante. L'unicità del

sistema continua ad essere messa in crisi da differenze regionali troppo ampie, e a volte scandalose, espressione di un precoce oblio della lezione del referendum, che creando un gradiente anche nei meccanismi di prevenzione e tutela della salute, determinano sostanziali problemi di equità sociale che rischiano di aumentare con l'ampliamento delle forme di *copayment*, di incerto impatto economico e di dubbia efficacia nel contenere i consumi.

Il Consiglio Nazionale denuncia il permanere e l'aggravarsi di una situazione di deregulation strisciante. Dalla strategia metastatica dell'Università che tende

ad estendere le clinicizzazioni al di là di ogni regola e ragionevole necessità di didattica e ricerca, a sperimentazioni gestionali sempre più fantasiose e sempre meno verificate negli esiti amministrativi e assistenziali, dall'estendersi di Irccs affidati a fondazioni, fino al diffondersi di una pratica di subappalto dei servizi, non solo quelli di supporto, ma anche quelli interessanti il core del sistema sanitario, a soggetti ed istituzioni che agiscono al di fuori del controllo pubblico, ed ai quali i cittadini non hanno delegato la gestione del servizio sanitario.

segue a pagina 5

CONTRIBUTI

I rappresentanti della Medicina di Laboratorio propongono ai decisori politici e gestionali un Patto di "modernizzazione" dei servizi

A PAGINA 11

ULTIMA

Scuola "Carlo Urbani" il programma del IV corso di formazione

A PAGINA 16

segue dalla prima pagina

CONFERENZA ORGANIZZATIVA – SORRENTO 25 GENNAIO 2007

ORGOGLIOSI di essere medici!

ERRORI MEDICI

L'attualità degli ultimi mesi ci ha fornito numerosi esempi di quanto finora ho sostenuto.

Siamo partiti dai "90 morti al giorno" per errori dei medici negli ospedali, denunciati dall'Aiom. Il processo mediatico ha individuato e condannato da subito i colpevoli: voi, io, i medici! Insomma sembrava che ne ammazasse di più l'ospedale che la guerra in Iraq! Era sicuramente un argomento buono per riempire i giornali, ma è stato affrontato con superficialità, pressapochismo e irresponsabilità! Tanto che si son dovuti rimangiare tutte le accuse perché rivelatesi infondate, ma non con altrettanto clamore. Siamo poi passati allo scandalo del Policlinico romano Umberto I, la madre di tutte le sciagure. Ma sembra che solo noi sappiamo che quello è un altro mondo, un mondo di cui è responsabile l'Università, dove gli ospedalieri non governano, non dirigono, non progettano. L'Umberto I è un luogo che già 10, 20 anni fa era considerato "archeologia sanitaria"!

Tutto già visto, tutto già detto, quindi. Chi aveva il potere 10 anni fa è ancora lì e continua allegramente a fare le cose come le ha sempre fatte, salvo poi difendersi strenuamente quando qualcuno decide di gridare allo scandalo! Ma chi è l'untore? Di chi è la responsabilità? Del medico ospedaliero, ovviamente!

Dall'Umberto I si è poi passati alle ispezioni dei Nas volute dal ministero della Salute che, però, non hanno evidenziato i problemi reali che tutti noi conosciamo bene, e ha dato una sorta di patente di più o meno stentata sufficienza, con forti differenziazioni regionali.

Certo esistono i muri scrostati, mancano i cartelli con le indicazioni e i maniglioni antipanico, ma nessuno mai evidenzia che lavoriamo in condizioni difficilissime, che in Italia gli ospedali sono per la metà da chiudere perché troppo vecchi e per l'altra metà perché troppo piccoli o troppo grandi. La verità è che gli investimenti strutturali per gli ospedali non li fa nessun Governo da più di 20 anni! E invece la vera grande opera sarebbe proprio quella di rifare una rete ospedaliera al passo coi tempi.

Al di là dei fatti specifici, però, quello che resta dopo che tutto passa è che chi lavora in ospedale sottoponendosi a ritmi spesso sovrumani, è poco affidabile perché commette troppi errori, perché non è abbastanza pulito, perché non è abbastanza diligente. Tutto ciò mina le radici della nostra affidabilità, e questa è una condizione che noi non dobbiamo essere disposti ad accettare!

In che modo? Abbiamo reagito con comunicati, interviste sui quotidiani, abbiamo cercato di ribattere colpo su colpo, assegnando le responsabilità ai veri responsabili.

Ma non basta. Non possiamo accontentarci di giocare partite in cui si perde o al massimo si pareggia. Dobbiamo essere consapevoli di avere la forza di essere noi i promotori dei cambiamenti. Perché terminata l'emergenza mediatica gli ospedali restano quello che sono con i problemi di sempre, l'unica differenza è che le luci delle telecamere si spengono e tutto torna nel dimenticatoio fino al prossimo scandalo.

Questa consapevolezza deve muovere dalla nostra cultura, quella di chi ogni giorno e ogni minuto della sua vita professionale, si assume responsabilità, risponde dei risultati, risponde dei comportamenti, risponde degli equilibri, risponde della salute delle persone.

Questa premessa mi è sembrata utile perché non si può costruire la rotta del nostro agire professionale e sindacale senza avere piena consapevolezza del mondo in generale, ed in particolare del nostro mondo professionale e dei problemi che in questo si agitano. Ma passiamo agli aspetti più strettamente sindacali.

IL FUTURO DEL SSN

Dobbiamo anzitutto compiacerci se il Ssn in questo Paese ha un futuro più certo, cosa non scontata fino a pochi anni fa.

Il primo importante passo verso questo obiettivo lo hanno compiuto i cittadini con la scelta referendaria, di cui tutti si sono già dimenticati. Il rischio devolutivo era sicuramente uno dei tarli che mettevano a repentaglio la sostenibilità del Ssn e il risultato del referendum ha rappresentato un freno alla deriva di un pensiero che avrebbe lasciato il riconoscimento di un diritto alle differenze di residenza, per cui in certi luoghi si può vivere di più e si può essere curati meglio e in certi altri si campa meno e si è curati peggio, ed è stato uno degli elementi che ha rafforzato o almeno difeso un futuro possibile per il Ssn.

Il secondo punto è la scelta della Legge Finanziaria. Ci sono più soldi dell'anno scorso, ma meno di quelli che servono. La scelta di tre anni di finanziamenti chiari e chiaramente distribuiti dà solidità anche al ser-

vizio sanitario nel quale noi lavoriamo, ma la forbice tra le risorse necessarie e le risorse disponibili resta aperta.

Pur apprezzando il sistema di finanziamento, il giudizio su questa legge Finanziaria non è sicuramente positivo. I nostri slogan sono conosciuti da tutti. Sulla nostra categoria si è concentrata la richiesta di una quantità di

sforzi, sacrifici necessari, di prezzo da pagare, che nessun'altra categoria in questo Paese ha pagato. Partiamo dall'Irpef. Fermo restando che le tasse devono essere pagate, per la categoria questa è aumentata. Noi facciamo parte di quella fascia di reddito che di tasse, di Irpef, ne paga un po' di più.

Veniamo al finanziamento dei contratti, altra nota dolente del sistema. Il contratto è uno di quei diritti basilari di chi lavora che però in Italia resta un di-

ritto virtuale vuoi per gli scarsi finanziamenti, vuoi per i cronici ritardi con cui viene rinnovato.

Anche di fronte a queste palesi iniquità ci siamo mossi, abbiamo manifestato con gli altri sindacati, con le confederazioni della dirigenza. Insomma alla fine, la montagna ha partorito il topolino! Lo dico con ironia, ma anche con un po' di soddisfazione perché siamo riusciti a portare a casa almeno un risultato, riuscendo a far eliminare completamente il contributo di solidarietà del 3% sulle pensioni sopra i 50.000 euro.

TRE RISCHI PER LA CATEGORIA

Nel nostro agire non dobbiamo trascurare tre rischi, che dobbiamo tenere presenti e da cui ci dobbiamo guardare se vogliamo difendere il luogo dove tutti noi ogni giorno lavoriamo, per la difesa del Ssn, per la difesa del suo futuro.

Primo rischio. Riguarda le differenze regionali. Se si ristagna nel tormentone per cui il sistema è sano ma dei pezzi sono malati, il sistema è destinato a morire. Il ragionamento è questo: il sistema nel suo complesso, la sostenibilità, l'accessibilità, tutti gli out-put e out-come del sistema sono adeguati. Però esistono alcuni problemi regionali gravissimi, dei buchi neri che non si risolvono con maggiori finanziamenti finché questi stessi vengono utilizzati nel peggiore dei modi.

Non sto qui ad elencare le varie situazioni, non spetta a me fare il pubblico ministero.

Finanziaria: sui medici si è concentrata la richiesta di una quantità di sforzi e sacrifici necessari, di prezzo da pagare, che nessun'altra categoria ha pagato

Penso, però, che queste insostenibili differenze regionali e territoriali o vengono riavvicinate gradualmente, e viene chiusa la forbice, chiuso il gap, oppure ci impantiamo senza via d'uscita. E ricordiamoci sempre, se non c'è il Ssn, non c'è neppure il contratto nazionale.

Secondo rischio, che io definisco deregulation strisciante. Se la metastasi dell'Università continua a consumarci, se le sperimentazioni gestionali che hanno l'ambizione di gestire le cose meglio e con meno soldi continuano ad estendersi senza alcuna verifica, se i modi di governare gli Irccs continuano ad essere diversi per ogni Regione, se quel privato clientelare, accreditato, convenzionato, che è solo capace di privatizzare gli utili e socializzare le perdite, cura le persone ma non le visita, se tutto questo riduce a brandelli quel po' di tessuto, di rete ospedaliera che c'è in questo Paese, faremo la difesa del bidone vuoto a guerra finita.

Terzo rischio. Ci sono giorni in cui ci sembra di essere un pugile suonato in mezzo al ring, che le prende da tutte le parti, che non sa come evitare i colpi. Il rischio è che a questa situazione che noi subiamo e che denunciavamo corrisponda un rigurgito di neocorporativismo cieco e rancoroso, corrisponda la voglia di chiudersi in casa, di pensare solo a sé stessi, di tirare a campare, di tirare fino alla pensione.

CONTRATTO DI LAVORO E CONTRATTAZIONE

La ragione di esistere per un sindacato è il contratto nazionale di lavoro. Ma prima di questo dobbiamo affrontare un altro nodo: i modi della contrattazione. Non entro nei tecnicismi, ma ritengo doveroso segnalare alcuni problemi e alcuni rischi di cui dovete essere consapevoli.

Il primo è che i modi della contrattazione non sono così stabili e non è chiaro quale sia il nostro interlocutore, se l'Aran o le Regioni. Il meccanismo di funzionamento è molto confuso. Conveniamo sul fatto che un'Agenzia solo perché è nazionale debba essere il luogo in cui si fa la contrattazione, così come sul fatto che le Regioni debbano avere ruolo in quella sede. Ma se poi il contratto lo decide l'assemblea degli Assessori regionali, il contratto nazionale non esiste più, e ciascuno tira il carro dalla sua parte.

Secondo aspetto: la contrattazione. Siamo abituati da qualche anno, ad avere la nostra area di contrattazione, quella dei medici ospedalieri e dei veterinari. Ne vediamo tutti i limiti, ma siamo assolutamente dell'idea di continuare su questa strada e rafforzare i rapporti di collaborazione, di buon vicinato, di gioco delle parti con tutti gli altri attori. Siamo affezionati alla nostra area di contrattazione, perché è un modo di affermare la nostra identità.

C'è ancora un altro argomento che afferisce al contratto e alla contrattazione.

Alla categoria viene applicato un contratto di dirigenza della pubblica amministrazione, siamo quindi inquadrati come dirigenti del pubblico impiego. Tutti voi avrete letto il memorandum sottoscritto dalle confederazioni generali e da alcuni ministri competenti in materia. E avrete letto anche la nostra risposta che contesta anzitutto il metodo. Le confederazioni, di cui ho il massimo rispetto, non rappresentano i dirigenti del pubblico impiego, non rappresentano i dottori che lavorano negli ospedali.

Dalla lettura del memorandum emerge anche un problema di contenuti. È vero che è previsto per il settore della sanità un memo-

randum specifico, è vero che è previsto che le Regioni dovranno essere consultate, però alcuni principi vengono affermati e sono scritti immergendo la penna nell'atteggiamento più anti-dirigenza che ci sia: "Bisogna ridurre il numero dei dirigenti. Bisogna togliere i soldi ai dirigenti. I dirigenti sono la palla al piede dell'efficienza della pubblica amministrazione. I dirigenti devono essere ridotti e le risorse che si risparmiano devono essere spostate altrove!".

Il nostro compito ora è quello di arginare con tutti gli strumenti i tentativi di svuotare la nostra dirigenza e vigilare ed intervenire sulle prossime mosse.

Ma esistono anche molti problemi sull'applicazione del contratto di lavoro in vigore. C'è la consapevolezza che alcuni istituti contrattuali fanno una fatica enorme ad essere applicati. E purtroppo sono quelli che avevamo individuato come punto di riferimento: il disagio, l'orario di lavoro, la retribuzione delle notti.

Se questi aspetti restano al palo, questo non è dovuto solamente a problemi di applicazione, ma dobbiamo ammettere che siamo al *de profundis* del contratto, che viene sì sottoscritto, ma non nasce mai, non cammina mai con le sue gambe e questa è una riflessione che rientra nei modi e nei contenuti con cui affrontare la nuova contrattazione.

RINNOVO DEL CONTRATTO

È verosimile che entro l'anno la contrattazione venga avviata. E allora dobbiamo cominciare a riflettere su quali dovrebbero essere i contenuti del contratto, perché i motori devono cominciare a scaldarsi da subito.

Dovranno anzitutto essere rese fruibili e realmente applicabili tutte le parti del contratto appena scaduto che presentano difficoltà.

È vero che i problemi sono tanti, ma bisogna selezionarli. Dieci anni fa, avevamo fatto un'analisi molto chiara: la categoria guadagnava poco. Cosa è accaduto? Che con due finanziamenti extra contrattuali - l'equiparazione agli assistenti e l'indennità di esclusività - abbiamo ottenuto un adeguamento molto significativo della retribuzione della categoria. Ma in dieci anni la mia sensazione è che siamo ridiscesi e che ora stiamo entrando nuovamente in una fase in cui la categoria guadagna poco.

Credo quindi che ci sia un problema di retribuzioni, di livello salariale, che va posto con forza, e non basterà certo il 4,6% che la Finanziaria destina al rinnovo del contratto nel primo biennio.

SICUREZZA

Il tema della sicurezza non è un problema accademico, non è un argomento da convegno, né da centro studi. Il problema della sicurezza negli ospedali in tutte le sue declinazioni, strutturali, organizzative, di personale, è un problema di questo Paese, e non solo dei medici!

Questo è un mestiere che si fa bene solo se si fa serenamente. Non possiamo essere ossessionati dai rischi, dalle difficoltà, dall'avvocato, dal giornalista, dal Procuratore della Repubblica. Così facendo siamo costretti ad adottare tutti quei meccanismi, che parte di voi ha già sperimentato, di medicina difensiva, di abbandono delle responsabilità, di passare il cerino a qualcun altro. E questo a discapito prima di tutto delle persone che

vengono a farsi curare in ospedale!

Agli strumenti di prevenzione del rischio, di gestione assicurativa, di gestione contenzioso bisogna dare soluzioni più chiare, più solide, più stabili.

ECM

Anche questo è un tema di grandissima attualità. La fase dei cinque anni di sperimentazione del sistema è finita a dicembre, ma è stata prorogata di sei mesi, fino a giugno.

Questo sistema di aggiornamento, di formazione permanente obbligatorio per legge è importante e io riconosco in via teorica tutto il valore di riaccreditamento professionale e di certificazione dell'aggiornamento. Ma se deve diventare una sorta di ridicolo "punitificio", di punti ne prendiamo a sufficienza già al supermercato e dal benzinaiolo!

Inoltre non si capisce il ruolo degli ordini dei medici, del Ministero, delle Regioni. Insomma, così non va e pretendiamo un cambiamento profondo. Le nostre idee su come si fanno l'educazione, la formazione e l'aggiornamento continuo dei medici negli ospedali le abbiamo e sono più orientate verso l'acquisizione di competenze legate al lavoro che alla formazione frontale e al "punitificio" d'aula.

LIBERA PROFESSIONE

Il bombardamento mediatico di questi giorni, le accuse alla categoria di non essere all'altezza, agli ospedali di essere vecchi, tutti i problemi del mondo sanitario non possono risolversi agitando lo spettro della libera professione.

La libera professione è un argomento di cui bisogna parlare con competenza, serietà e chiarezza. La libera professione è un diritto fuori discussione dei medici ospedalieri sancito dalle leggi e dai contratti vigenti!

Dico di più. L'esercizio della libera professione è non solo un diritto dei medici, ma anche dei pazienti che devono poter scegliere il professionista di riferi-

mento, ed è anche un interesse delle Aziende. Però i diritti per valere, per non essere solo delle promesse o degli inganni, devono essere esigibili. Il punto cruciale per la libera professione quindi è trovare la modalità giusta per garantire il riconoscimento di un diritto.

Utilizzare, però, un unico standard nazionale per situazioni organizzative molto diverse e articolate, fa aumentare i problemi invece che risolverli. Bisogna essere consapevoli delle diversità di questo Paese, che in sanità sono enormi, e fare in modo che uno stesso diritto trovi riconoscimento con soluzioni organizzative diverse, nei modi, nei tempi, nei luoghi.

GOVERNO CLINICO

Lo chiameremo come nel documento del ministero della Salute: ammodernamento del Ssn. Non è un adeguamento che vuole "scimmiettare" la cultura anglosassone usando la parola governance perché va di moda. Significa invece mettere mano alla struttura organizzativa del sistema.

Il modello dell'aziendalismo preso dalla cultura della produzione, fatto di efficienza, di puro controllo della produzione e degli elementi di costo, fatto delle catene di governo verticali, di poca partecipazione e di molti meccanismi *top down*, ha fatto il suo tempo. Ha ampiamente dimostrato in quindici anni, di non essere all'altezza di governare la

La libera professione è un diritto fuori discussione dei medici, dei pazienti, e anche un interesse delle Aziende

complessità. Non solo non riesce a raggiungere obiettivi e livelli di qualità, di accessibilità ed equità, ma non riesce neanche decentemente a governare l'equilibrio finanziario del sistema.

Questo modello ha fatto il suo tempo e quindi ha bisogno di essere profondamente rivisto. Quali risorse devono scendere in campo? Quali energie? Quali capacità? Possiamo dire che sono stati fatti molti tentativi: con la politica e le autonomie locali, con i comitati di gestione, con la cultura aziendale, con i manager. Ne resta solo uno: la nostra cultura professionale, che è fatta di autonomia, di responsabilità, di capacità di dare soluzioni ai problemi. La cultura clinica ha in sé gli strumenti anche per far funzionare meglio questo sistema. E quindi se questa fase va chiusa, se ne apra un'altra, in cui la professione, i professionisti, la nostra cultura abbia più ruolo, più responsabilità. Il documento che abbiamo cominciato a discutere da qualche mese con il ministero ha esattamente l'ambizione di fare questo.

In un processo di valorizzazione della qualità degli atti professionali, appare inevitabile potenziare il ruolo del Collegio di Direzione, nel quale vogliamo che sia prevista una componente elettiva. Il Collegio di Direzione dovrebbe avere competenza sui principi generali dell'organizzazione del lavoro. Chiediamo anche che una particolare attenzione venga posta per quanto riguarda le Aziende Integrate per garantire la parità numerica al suo interno tra componente ospedaliera ed universitaria.

Anche il ruolo del Consiglio dei Sanitari, organismo elettivo dell'Azienda sanitaria quale sede di rappresentanza delle professioni sanitarie e soggetto di consultazione della Direzione Aziendale sulle materie attinenti l'organizzazione del lavoro, deve essere riformulato. Una riflessione particolare dovrà essere fatta circa la definizione delle procedure e dei requisiti richiesti per la nomina dei direttori di dipartimento e l'opportunità di configurare tale funzione come incarico a tempo pieno.

In analogia si potrebbe anche procedere all'individuazione di criteri e procedure improntate alla trasparenza ed al merito cui informare la selezione dei candidati ad incarichi di natura professionale e di direzione di struttura semplice, affidata al Comitato di Dipartimento, secondo modalità da specificare in sede di contrattazione collettiva nazionale. Bisognerà poi ridefinire i modi di selezione dei direttori di struttura complessa. Il principio è chiaro: bisogna ridurre il potere di scelta dei direttori generali.

ESCLUSIVITÀ DI RAPPORTO

La scelta dell'esclusività è una scelta che abbiamo fatto quasi dieci anni fa e significa scegliere liberamente se si vuole avere un rapporto esclusivo con la struttura in cui si lavora, ottenendo una serie di benefici economici e anche parzialmente di carriera.

Questa scelta dal 2004 è reversibile e pur non volendola mettere in discussione dal punto di vista ideologico, riteniamo che stia in piedi solo se si dà una risposta certa a due precondizioni.

La prima: chi sceglie l'esclusività deve essere messo nelle condizioni di svolgere la libera professione e se possibile nel luogo in cui lavora. La seconda: aumento dell'indennità salariale. A tal proposito voglio ricordare che nel dibattito di dieci anni fa c'era chi usava questa espres-

sione: "per questo rapporto di esclusività ci impegniamo i gioielli di famiglia. Ci facciamo pagare i gioielli di famiglia, la possibilità di non essere esclusivi". Però i gioielli di famiglia dopo dieci anni valgono di più, non possiamo guadagnare ancora quel milione e mezzo di vecchie lire che sono diventate 750 euro lordi (per chi ne prende tanti!). Oggi vale di più, va pagata di più. E questo sarà uno dei ragionamenti forti che faremo: da un lato la garanzia delle precondizioni sull'esclusività e dall'altro la soluzione del problema salariale nel rinnovo del contratto.

SSN E UNIVERSITÀ

Pietro Paci diceva: "quando ci misuriamo con l'Università perdiamo sempre". E io non mi sogno neanche di mettere in discussione quello che diceva un mio predecessore! Pietro Paci è stato uno dei padri fondatori della nostra Associazione e io non voglio dargli torto. Però penso che questa battaglia vada combattuta

lo stesso, anche se è molto facile perdere. Questa partita va tenuta aperta, si vinca o si perda, perché è una battaglia di identità di categoria, di dignità professionale!

Non possiamo accettare che si perpetui un sistema che programma il fabbisogno di specialisti senza tener conto della richiesta del mercato. E così si continuano a "produrre" specialisti, peraltro degnissimi, ma di cui non c'è bisogno. Poi però c'è carenza di anestesisti, di radiologi, di medici di pronto soccorso.

Non possiamo più permettere che gli studenti restino schiavi dell'Università fino a 32, 33 anni per lo più a fare i "camerieri", per poi venire a fare la fila negli ospedali dove sperano a 35, 36, 37 anni di essere assunti.

L'inaccettabile precariato che vediamo nei nostri ospedali è figlio anche di questo fenomeno. E allora noi proponiamo di togliere il titolo di specialista come requisito obbligatorio per concorrere.

PREVIDENZA

Esiste e ne siamo consapevoli, un gravissimo problema previdenziale. Tutti noi corriamo allegramente verso il futuro, facciamo i dottori, siamo eternamente giovani, pensando che il momento della pensione non arriverà mai. Invece arriva e quelli che, al di là di gradoni e gradini andranno in pensione nei prossimi anni, a regime vigente, pienamente retributivo, non avranno grandi problemi. Ma per tutti gli altri si delinea gradualmente il crescere di un problema sociale gravissimo. Quali soluzioni? La discussione è aperta: previdenza integrativa per il pubblico impiego, disponibilità per il Tfs da un certo anno, fondi integrativi di categoria o non di categoria. Questa è una discussione che dovremmo fare nei prossimi mesi, è un dibattito in cui non possiamo sentirci estranei, dobbiamo entrarci anche solo per aprire le finestre e fare entrare aria nuova e più pulita dentro gli enti previdenziali della categoria.

RAPPORTI INTERSINDACALI

Vorrei spendere qualche parola sui rapporti con il resto del mondo sindacale. In questi mesi, proseguendo un'azione intrapresa da anni, cominciamo a raccoglierci i frutti. Il rapporto fra i sindacati di categoria, a mia memoria, non è mai stato così stretto, non esiste più l'intersindacale da una parte e l'intesa dall'altra, esiste solo l'intersindacale in cui ci sono tutti: l'Anaa, la Cimo, la Cgil, la

Cisl, la Uil, la Fesmed, un rosario di sigle. Stiamo tutti insieme perché si è affermato il pensiero unico? Assolutamente no! Ma su una serie di questioni importanti c'è una unità del mondo sindacale medico, e questo lo considero un elemento molto positivo, al di là dei buoni rapporti personali, al di là del fatto che le difficoltà tendono ad unire, al di là del fatto che cambiando gli attori a volte cambia anche la commedia. Penso che sostenere gli aspetti che condividiamo in modo unitario, sia non solo più utile dal punto di vista dei risultati, ma anche una più degna e alta rappresentazione della categoria.

Abbiamo instaurato buoni rapporti non solo con le Organizzazioni della dirigenza e dei medici ospedalieri, ma anche con le confederazioni della dirigenza, la Confedir e la Cida, con le quali abbiamo condiviso alcune iniziative intraprese durante il periodo di discussione della Legge Finanziaria in Parlamento. Abbiamo ottenuto qualche piccolo risultato e vogliamo riproporre questo assetto unitario anche rispetto alla discussione della contrattazione, dell'avvio del rinnovo contrattuale.

E infine anche con l'altra metà del nostro mondo, con la medicina di base, con la Fimmg e con chi la rappresenta oggi, c'è un rapporto personale, strategico e di visione, molto più solido, coerente, e consonante che in passato.

FNOM

La Fnom, grazie anche al Presidente Amedeo Bianco, non è più come l'abbiamo sempre immaginata e vissuta e cioè una chiesa chiusa dove si recita una liturgia a cui noi al massimo possiamo assistere da lontano. Oggi è diventata davvero quello che abbiamo sempre desiderato fosse: la casa di tutti i medici e lì con pieno diritto, siedono anche le organizzazioni sindacali, sui temi specifici, senza confusioni di ruoli e di funzioni. Ci si incontra per affrontare di nuovo, in un modo più utile e più forte, i problemi che riguardano il nostro mondo e la categoria.

L'ANAAO ASSOMED

Ora parliamo anche di noi.

Dobbiamo dedicare più tempo ed energie all'Associazione. Questa è la nostra casa e vive se noi la facciamo vivere.

Dobbiamo essere presenti, dobbiamo essere il volto visibile e credibile di fronte alla categoria. Dobbiamo avere e dare informazioni, dobbiamo essere in grado di fare proposte e di risolvere i problemi.

Ci siamo assunti una grande responsabilità e dobbiamo esserne all'altezza. Dobbiamo dare il meglio di noi! Lo dobbiamo fare sapendo che siamo forti e non solo per la storia, i valori, la capacità di proposta, la capacità di dare soluzione ai problemi, ma perché siamo anche oggettivamente forti.

Gli iscritti tengono ed il bilancio è solidissimo. Abbiamo la consapevolezza e la responsabilità di essere all'altezza dei problemi, dobbiamo avere fiducia nelle nostre capacità, dobbiamo avere fiducia nelle capacità dei medici e di questa Associazione!

Raccogliamo tutte le sfide perché abbiamo l'orgoglio delle nostre capacità, perché sapremo dare soluzioni adeguate a questi problemi, perché siamo all'altezza della categoria che ci ha investito in modo maggioritario della sua fiducia!

Seppur con tutti i limiti e le difficoltà, sono orgoglioso di essere un medico, ma soprattutto di essere un medico dell'Anaa, e sono orgoglioso anche di voi! Grazie!

Carlo Lusenti

Seppur con tutti i limiti e le difficoltà, sono orgoglioso di essere un medico, ma soprattutto di essere un medico dell'Anaa Assomed

segue dalla prima pagina

SORRENTO 27 GENNAIO 2007: IL DOCUMENTO FINALE DEL CONSIGLIO NAZIONALE

Le strategie da seguire per dare forza alla professione

In questo contesto il Consiglio Nazionale ritiene prioritario l'impegno dell'Associazione per garantire adeguate condizioni di lavoro ai medici ospedalieri che consentano un esercizio della professione all'altezza delle aspettative e delle necessità del sistema e di porre rimedio ad una diffusa situazione di disagio medico. È necessaria innanzitutto un'applicazione diffusa, che tarda e stenta, dei contenuti più innovativi dell'ultimo contratto, a partire dalla necessità di far rispettare il debito orario contrattuale e di definire dotazioni di organico minimo e carichi di lavoro ed una gestione delle aziende sanitarie che valorizzi, secondo criteri espliciti e verificabili, la competenza professionale, piuttosto che l'appartenenza e il servilismo, all'interno di un nuovo modello di *governance*.

Tra i punti qualificanti per l'avvio nel 2007 della trattativa per il rinnovo, il Consiglio Nazionale sottolinea l'importanza di garantire una copertura assicurativa completa e di individuare un organo di garanzia in grado di intervenire nei confronti dei Direttori Generali per fare rispettare l'applicazione in sede decentrata del Ccnl, facendo propria la richiesta di molti Segretari Aziendali.

Il Consiglio Nazionale sollecita il ministro della Salute a tenere fede in tempi brevi alla promessa di modernizzare il Ssn, a cominciare dai meccanismi di *governance* delle aziende sanitarie cui affidare il compito di aprire una nuova fase del processo di aziendalizzazione. Al centro devono tornare i medici dirigenti ed i valori della professione, la cui autonomia è presupposto della loro responsabilità dirigenziale, superando la dicotomia tra cultura professionale e modello organizzativo. In questo quadro gli organismi rappresentativi dei professionisti all'interno delle aziende devono trovare, in una composizione che non escluda meccanismi elettivi, competenze e poteri in grado di consentire loro di partecipare ai processi decisionali e di governare i processi clinici anche individuando appropriati percorsi diagnostico-terapeutici.

Il Consiglio Nazionale prende atto con soddisfazione della volontà recentemente espressa dai ministri della Salute e della Università di procedere a modifiche della normativa che regola i rapporti tra Ssn e Università, augurandosi che alle parole seguano fatti coerenti con l'obiettivo di superare le criticità manifestatesi in questi anni, soprattutto nella versione "arlecchino" prodotta dalle Regioni. Il *remodelling* non può, però, limitarsi alla facciata o a provvedimenti legislativi che si limitino ad esigere la applicazioni di leggi esistenti.

Per fare decollare un processo di integrazione necessario quanto urgente, non basta un richiamo surreale. Occorrono nuovi e specifici strumenti legislativi o modifiche

sostanziali di quelli esistenti, capaci di avviare a soluzione i molteplici problemi legati alla convivenza di componenti mediche con diritti e doveri differenti e disuguali e di recuperare un ruolo formativo e programmatico al Servizio sanitario. A cominciare dagli elementi caratterizzanti il contratto di formazione-lavoro dei medici specializzandi la cui definizione non può escludere le organizzazioni sindacali della Dirigenza Medica.

Il Consiglio Nazionale è consapevole della criticità rappresentata dall'invecchiamento della categoria prodotto, al di là del ripetersi monotono del blocco del turnover ad ogni finanziaria, di destra o di sinistra, di una perniciosa combinazione di due elementi.

Il primo rappresentato da un tardivo ingresso in ospedale di medici di età >35 anni, non ancora autonomi sul piano professionale, dovuto anche ad un percorso formativo universitario tanto lungo quanto improduttivo. L'abolizione del requisito della specialità per poter accedere ai ruoli del Ssn è un elemento da valutare con lucida fermezza.

Il secondo riguarda un'organizzazione del lavoro ospedaliero che non tiene in alcun conto il cambiamento, già molto evidente, della composizione anagrafica, e di quella di genere della categoria, consentendo mutamenti di mansione e ruolo, anche al di fuori dello stretto perimetro ospedaliero, attraverso percorsi professionali aperti, a chi ha elevata anzianità e competenza, o particolari compiti di cura.

Per dare maggior serenità e prospettiva ad una categoria forte di più di 100.000 alte professionalità della dirigenza pubblica occorre lavorare per condizioni di maggior flessibilità in entrata e in uscita dal mondo del lavoro, combattere il precariato fatto di vero sfruttamento e finti contratti da libero professionista, causa non ultima di stravolgimento dell'organizzazione del lavoro, occuparsi del futuro previdenziale della categoria, compresa la parte integrativa.

In merito alla libera professione intramoenia, il Consiglio Nazionale ritiene necessario contrastare una campagna speculativa di tipo ideologico che mira a mettere in discussione la stessa possibilità di esercizio della libera professione da parte dei Medici Ospedalieri e contestare quel riflesso automatico che lo associa alla lunghezza dei tempi di attesa. Il Consiglio Nazionale ribadisce quanto a più riprese affermato dalla Segreteria nazionale e riconosciuto dallo stesso ministro della Salute e cioè essere la libera professione un diritto dei medici del Ssn da esercitare anche nella forma allargata, che nasce per rispondere alla perdurante mancanza di quegli spazi separati e distinti previsti dalla legge ed ancora carenti nella gran parte delle aziende.

La fine del periodo delle proroghe deve

significare l'avvio di un sistema stabile e certo per l'effettiva esigibilità di un diritto che diventa virtuale in assenza di alternative disponibili in maniera omogenea sul territorio nazionale entro la data fissata. L'autonomia organizzativa delle Regioni assegna loro la verifica e la certificazione delle condizioni strutturali, che tengano conto dei differenti standard esistenti tra Regioni e tra Aziende, per l'effettivo esercizio dell'istituto affinché esso sia garantito in tutte le forme previste anche, ove si renda necessario, con il ricorso a strutture e studi privati, con modalità da individuare attraverso percorsi condivisi e nelle sedi contrattuali.

La stessa previsione, che pure interessa poche centinaia di professionisti, dell'obbligo dell'esclusività del rapporto di lavoro dei direttori di struttura, legata alla durata dell'incarico, esige il realizzarsi di tali condizioni insieme con la rivalutazione di una indennità che la categoria percepisce in misura ferma da 8 anni.

Il Consiglio Nazionale dell'Anao Assomed esprime vivo disappunto per il metodo ed il merito del "memorandum d'intesa su lavoro pubblico e riorganizzazione della pubblica amministrazione".

La concertazione ristretta tra Governo e Cgil, Cisl, Uil ha escluso le Regioni e le altre organizzazioni sindacali in particolare quelle della Dirigenza nonostante risultino maggiormente rappresentative.

Il metodo adottato, che stravolge l'attuale normativa contrattuale, espropriando dalle loro competenze le Regioni, concertando i principi generali in sede ristretta e demandando alla trattativa specifica il compito di adattare decisioni già prese altrove, non giova alla realizzazione di un percorso condiviso.

Un attacco a tutto tondo all'autonomia, alle prerogative normative e contrattuali della Dirigenza, additata come il vero capro espiatorio delle inefficienze del servizio pubblico.

La Dirigenza medica ha già dato in termini di flessibilità, variabilità del salario, produttività, disponibilità al lavoro per obiettivi e ad essere sottoposti a periodiche valutazioni professionali e gestionali, forte impegno nell'aggiornamento continuo quanto nessuna altra categoria del pubblico impiego.

In ultimo il Consiglio Nazionale chiede ai quadri dell'Associazione un impegno ulteriore per rafforzare l'organizzazione, anche tenendo conto dei mutamenti di genere che interessano il mondo ospedaliero, e la formazione, per rendere più puntuale la nostra presenza nelle aziende sanitarie ed essere più propositivi e visibili, all'altezza del ruolo che tutti ci riconoscono, con la consapevolezza delle nostre responsabilità e la fiducia nella nostra capacità di essere alla guida della categoria per lavorare per un futuro migliore, orgogliosi di essere medici.

LA SANITÀ NELLA REGIONE

Friuli Venezia Giulia

Le "spine" di una sanità d'eccellenza

Il sistema sanitario del Friuli Venezia Giulia è in buona salute. I conti sono in ordine e la Regione vanta centri sanitari di altissimo livello. Ma qualche criticità c'è, taglio dei posti letto e problemi legati all'integrazione Ospedale-Università potrebbero rallentare la corsa di un sistema sanitario all'avanguardia

di Ester Maragò

Sono molte le frecce all'arco della regione Friuli Venezia Giulia. La spesa sanitaria va sempre di più verso l'equilibrio di bilancio, è stato varato tempestivamente un piano taglia liste d'attesa, sul territorio sono presenti strutture sanitarie di eccellenza, ed anche lo stato di salute della popolazione è buono a conferma del valido funzionamento del sistema sanitario regionale.

Insomma, come ha affermato il ministro della Salute, Livia Turco, nel corso di una visita alle strutture sanitarie regionali nel mese di novembre 2006: "Il Friuli Venezia Giulia non è affatto una Regione periferica, ma è una Regione pilota per la sanità a livello nazionale. Per me è un punto di osservazione importante". Talmente importante che una delle prime sperimentazioni della Casa della salute partirà proprio da qui.

Anche i dati 2006 presentati dell'Agenzia regionale del-

la Sanità descrivono un sistema efficiente: c'è stato un potenziamento dell'attività distrettuale sia domiciliare che residenziale e, per quanto riguarda la rete ospedaliera, un uso corretto dell'ospedale e un aumento della qualità delle prestazioni.

Principio motore della politica sanitaria friulana è "proseguire l'opera riformatrice iniziata con l'insediamento della Giunta Illy nel 2003". Una tra le fasi più significative della sanità regionale, e udinese in particolare, è stata, il primo agosto 2006, la fusione tra l'Azienda ospedaliera Santa Maria della Misericordia di Udine e il Policlinico universitario. Accorpamento che ha portato alla costituzione di un'Azienda unica con oltre 3.700 dipendenti e un bilancio annuale di 325 milioni di euro.

Ma per il futuro, ha annunciato il presidente della Regione, Riccardo Illy sono previste ulteriori trasformazioni: "Siamo una delle prime Regioni e per alcuni aspet-

ti la prima Regione d'Italia per eccellenza del sistema sanitario - ha ricordato - alcuni cambiamenti sono stati attuati, ad esempio il Centro Servizi Condivisi e l'accorpamento delle Aziende ospedaliere-universitarie, ma sarà necessario anticipare altre riforme". Tra le varie ipotesi in cantiere c'è anche la costituzione di un'Azienda unica regionale. "L'utilizzo delle tecnologie informatiche e tecnico-amministrative - ha sostenuto Illy - consentire di arrivare ad un'Azienda unica regionale, trasformando le attuali Aziende in divisioni della stessa struttura. Tutta la gestione di staff, oltre agli approvvigionamenti, che avvengono già tramite il Centro Servizi Condivisi, ma anche tutta la gestione amministrativa verrebbe realizzata a livello centrale con la massima efficienza e minimi costi. Dall'altra parte ogni divisione avrebbe la più ampia autonomia e possibilità di occuparsi quasi esclusivamente dei problemi legati alla cura e alla protezione sociale dei cittadini".

INTERVISTA A LAURA STABILE, SEGRETARIO REGIONALE ANAAO-ASSOMED FRIULI VENEZIA GIULIA

Un "costoso" pareggio di bilancio

La sanità del Friuli Venezia Giulia sembra godere di ottima salute: il bilancio è in pareggio, lo stato di salute della popolazione è mediamente buono, e sono molti i centri di eccellenza presenti in Regione. Tutto bene quindi?

Una buona sanità non si descrive solo con i conti in ordine. Infatti, nella politica sanitaria regionale vi sono alcune criticità che non possono più essere ignorate. È vero, abbiamo il pareggio di bilancio, ma questo è stato ottenuto, anche, a prezzo della chiusura di posti letto. Una riduzione da considerare "virtuosa", ma a patto che i servizi territoriali e gli stessi servizi intraospedalieri siano in grado di garantire l'assistenza necessaria. Cosa che in Friuli Venezia Giulia non è avvenuta dando luogo a effetti negativi. Per cui, nei pronto soccorso i pazienti stazionano ore ed ore in attesa di un posto letto, e i reparti non hanno posti a sufficienza per ospitarli. E questa è una situazione che si verifica quotidianamente in tutte le Asl. In sostanza, stiamo pagando la mancanza di una programmazione chiara e razionale. Comunque, questa e altre criticità sono state già sottoposte all'attenzione dell'assessore alla sanità, Beltrame.

Quali sono gli altri punti deboli della sanità friulana? Altro nodo da sciogliere è quello relativo alle Aziende Universitarie.

Il processo di accorpamento tra le strutture di Udine, ossia tra il Policlinico universitario e l'Azienda ospedaliera Santa Maria della Misericordia, sta procedendo a rilento con gravi ripercussioni sul lavoro dei medici. In sei mesi sono state unificate solo le strutture amministrative, tecniche, e gli uffici di direzione sanitaria, mentre le strutture sanitarie sono all'impasse. Non esiste ancora l'atto azien-

dale, e non ci sono Dipartimenti misti. Ma quello che più colpisce è l'esistenza di un piano di attività per il 2007 che comporterà maggiori oneri finanziari per la Regione in netta contraddizione con gli obiettivi di risparmio alla base della fusione delle strutture.

Non va meglio per l'Azienda mista di Trieste dove il protocollo d'intesa non ha definito i parametri per individuare la quantità di assistenza gestita dall'Università, che in questo modo si sottrae a qualsiasi verifica e programmazione. L'assistenza si trova così subordinata alle esigenze di didattica e ricerca dell'Università. Per cui sono stati costituiti Dipartimenti con una logica che non ha nulla a vedere con quella assistenziale, ed è stata attribuita al personale universitario la direzione di reparti a gestione ospedaliera. Comunque, abbiamo presentato ricorso al Tar per risolvere una volta per tutte la questione. Invece per l'Azienda di Udine abbiamo ancora spazi di manovra in quanto, come ho già detto, non è stato definito l'atto aziendale.

Quindi lo scenario friulano è dominato dall'Università?

Absolutamente sì, almeno nei due poli ospedalieri più importanti della Regione. A Trieste ci sono circa 370 medici ospedalieri e 80 universitari. Considerando le strutture previste dall'atto aziendale, non tutte ancora attivate, 1 universitario su 2 sarà responsabile di struttura, semplice o complessa, a fronte di un ospedaliero su 6,5. Ci sono 12 Dai, 8 a direzione universitaria e 4 ospedaliera. Le strutture complesse individuate dall'atto aziendale a direzione universitaria sono 19, quelle ospedaliere 23, delle quali 4 "temporaneamente" dirette da un universitario. Tirando le somme ci sono 23 direttori universitari e 19 ospedalieri: approssimativamente, un universitario su 3,5 è respon-

sabile di struttura complessa e un ospedaliero su 19,5. L'impressione è che la Regione stia delegando alla gestione locale la risoluzione dei problemi con l'Università rinunciando quindi al suo ruolo di garante dell'equilibrio fra assistenza e didattica e ricerca nelle Aziende miste.

La Regione con l'approvazione del nuovo Piano sulle liste d'attesa segna invece un punto a suo favore ...

Su questa questione corriamo un rischio: che pur di arrivare al contenimento delle liste di attesa non si presti attenzione alla qualità. E questo avviene ogni qual volta le prestazioni sono affidate a strutture accreditate che non offrono queste garanzie.

Altre questioni calde?

La politica "bilanciocentrica" sta producendo diverse criticità, quali l'esternalizzazione di servizi sanitari, soprattutto sul territorio, e l'utilizzo del precariato, in particolare negli Irccs. È poi in corso una centralizzazione della gestione che lascia molte perplessità: con la Centrale unica regionale degli acquisti si stanno già accumulando ritardi e inefficienze preoccupanti, per cui non sempre possiamo contare sulla reperibilità di alcuni materiali; vi è poi un progetto inserito nella Finanziaria regionale, in cui si prevede la centralizzazione regionale della proprietà degli immobili delle Aziende, la cui gestione verrebbe affidata ad una società privata. Ci preoccupano le possibili conseguenze anche perché non comprendiamo il significato di questa operazione.

Come sono i rapporti con l'assessore Ezio Beltrame?

Apparentemente buoni, ma lamentiamo uno scarso coinvolgimento dei professionisti nella programmazione sanitaria. In sostanza veniamo convocati poco, e perlopiù a cose già fatte.

Friuli Venezia Giulia

Popolazione	1.198.187
Aziende per i Servizi Sanitari	6
Aziende Ospedaliere	1
Aziende Ospedaliere Universitarie	2
Ospedali a gestione diretta	12
Ircs	3
Medici dipendenti del Ssn (Asl e Ao)	2.123

A tutt'oggi però l'opera di razionalizzazione del sistema regionale, secondo le anticipazioni dell'assessore alla Salute e Protezione sociale, Ezio Beltrame dovrebbe interessare le sole Aziende territoriali: dalle sei attualmente esistenti (Triestina, Isontina, Alto Friuli, Medio Friuli, Bassa friulana, Friuli occidentale) si passerebbe a tre.

I NODI DELLA SANITÀ FRIULANA

Insomma, uno scenario idilliaco? Quasi, perché come spiega la rappresentante regionale dell'Anaa Assomed, Laura Stabile i problemi non mancano: si va dalla riduzione dei posti letto che ha avuto pesanti ripercussioni sull'assistenza ai pazienti, al mancato potenziamento dei servizi sanitari territoriali; dalle esternalizzazioni al precariato medico.

In particolare sul primo punto il sindacato lancia l'allarme: alla rilevante riduzione dell'offerta ospedaliera, non è corrisposto un reale potenziamento dell'assistenza territoriale, per cui la situazione negli ospedali sta diventando ad alto rischio, in particolare nei Pronto soccorso. "I ricoveri ospedalieri - ha spiegato il segretario regionale dell'Anaa Assomed - pos-

sono e debbono essere ridotti, ma questo deve esser fatto solo quando i servizi sanitari territoriali sono in grado di fornire l'assistenza necessaria".

Ma uno dei temi più caldi sul tappeto è quello dei rapporti con l'Università. L'accorpamento tra le Aziende ospedaliere e i Policlinici universitari (l'Azienda Santa Maria della Misericordia e il Policlinico Universitario di Udine; gli Ospedali Riuniti e il Policlinico Universitario di Trieste) ha prodotto un rapporto sprequato. Tutto tarato in favore dell'Università, denuncia l'Anaa. "Le Aziende ospedaliere-universitarie - ha detto Laura Stabile - costituiscono i due maggiori ospedali della Regione e, anche in questo delicato settore, non sembra vi sia la fattiva volontà della Regione a perseguire una reale integrazione fra assistenza, didattica e ricerca in modo da mantenere per i cittadini un'assistenza sanitaria di qualità elevata, viste le note difficoltà nell'avvio a Udine dell'Azienda integrata, e visto lo scontento che inizia ad emergere a Trieste, sia da parte del personale ospedaliero sia da quello universitario". Una critica alla quale l'assessore alla Salute e Protezione sociale, Ezio Beltrame ha replicato sottolineando che, invece, la Regione sta esercitando un ruolo decisivo per arrivare alla costruzione di un nuovo rapporto tra le due anime del Ssr. E per raggiungere questo obiettivo conta sull'apporto dell'Anaa Assomed.

E ancora, preoccupa il sindacato la spinta alla centralizzazione delle strutture che il governo regionale vorrebbe attuare con l'obiettivo di arrivare al contenimento della spesa. Una politica sanitaria che non convince l'Anaa Assomed. Ci sono molti dubbi sul fatto che da questo possa conseguire un reale abbattimento delle spese. Ma soprattutto si teme che la deriva economicistica possa portare ad una progressiva e lenta erosione della qualità dell'assi-

stenza prestata, che in Friuli è particolarmente elevata.

Per questo il sindacato chiede alla Regione "di garantire risorse adeguate per la sanità e di operare mantenendo un confronto più stretto con i professionisti", in particolare per quanto riguarda la programmazione dei servizi in cui operano.

E anche su questo punto l'assessore ha offerto ampia disponibilità al dialogo e ad accogliere le proposte che verranno presentate.

L'EFFICIENZA PUNTO PER PUNTO

Nonostante il Friuli Venezia Giulia non sia esente da criticità può essere inserito nell'elenco delle Regioni più efficienti.

Qualche esempio? Le misure di compartecipazione per le prestazioni d'urgenza ai "codici bianchi" volute dalla manovra economica 2007, sono già in vigore da 15 anni. Nel 1992 è stata, infatti, recepita una norma contenuta nella Finanziaria nazionale varata dal Governo Amato che prevede un ticket articolato su 7-8 fasce, a seconda della gravità della prestazione. Inoltre, la Giunta regionale ha già cancellato il sovraticket di 10 euro sulle prestazioni diagnostiche.

Fiore all'occhiello della Regione è il Piano sanitario regionale approvato dalla Giunta il 24 novembre 2006. Punti di forza sono: il miglioramento dello stato di salute e della qualità della vita della popolazione, e in particolare il potenziamento della prevenzione, della sanità pubblica territoriale e delle cure intermedie, conferendo centralità al distretto. C'è poi il recentissimo Piano nazionale di contenimento dei tempi di attesa 2006-2008 varato dalla Giunta regionale il 16 febbraio scorso che integra un provvedimento del giugno 2006. Priorità e attese sono in linea con gli standard fissati dal ministero della Salute.

INTERVISTA ALL'ASSESSORE ALLA SALUTE E PROTEZIONE SOCIALE, EZIO BELTRAME

Il sistema è stabile e costantemente monitorato"

Una delle critiche che vengono mosse dal sindacato della dirigenza medica Anaa Assomed alla politica sanitaria regionale è quella di aver razionalizzato l'offerta ospedaliera senza aver messo in atto interventi concreti per potenziare il territorio. Le conseguenze sono: pronto soccorso allo stremo e reparti con posti letto insufficienti. In sostanza il timore del sindacato è che la qualità assistenziale venga sacrificata sull'altare del pareggio di bilancio. Assessore qual è la sua posizione?

La revisione della rete ospedaliera e l'organizzazione e la responsabilizzazione del territorio vanno di pari passo. In tutti i sistemi sanitari occidentali la domanda è in continua evoluzione e bisogna mantenere una costante attenzione al governo del sistema.

In questi ultimi due anni abbiamo dato più autonomia gestionale ai distretti, potenziato l'associazionismo e la strutturazione degli ambulatori dei medici di medicina generale. Oltre il 50% dei nostri Mmg sono associati e oltre il 30% sono dotati di personale di studio grazie agli incentivi regionali. Abbiamo istituito il fondo per la non autosufficienza con una dotazione finanziaria di 20 milioni di euro, pari a tre volte l'impegno precedente, l'assistenza domiciliare integrata nel 2006 ha raggiunto oltre 33mila anziani e disabili (si tratta dell'11,8% della popolazione con età > 64 anni con prevalenza di casi complessi). Uno dei settori più carenti, quello delle cure intermedie, ha visto un incremento di oltre 250 p.l. nel 2006 (post acuzie, Rsa, Hospice).

Riconosco che ci sono delle criticità in alcuni reparti e Ps per motivi molto ben individuati, su cui è opportuno intervenire, ma è sbagliato generalizzare queste situazioni.

Altro nodo da sciogliere è quello dei rapporti tra Ospedale e Università. L'integrazione tra le due anime del

Ssr ha creato molti malcontenti sfociati in un ricorso al Tar per la difficile situazione dell'Azienda OU triestina. L'impressione è che la Regione stia delegando alla gestione locale la risoluzione dei problemi con l'Università rinunciando quindi al suo ruolo di garante. Come replica?

Il problema dell'integrazione tra assistenza, didattica e ricerca è uno dei temi strategici per il futuro del Ssn. La formazione, soprattutto quella post laurea, non può essere appannaggio esclusivo dell'Università. La nostra Regione sta giocando un ruolo importante. Abbiamo regolarizzato i rapporti tra il Ssr e l'Università non solo con la costituzione delle due AOU, ma anche con importanti collaborazioni sulla formazione e sulla definizione dei fabbisogni formativi.

L'Anaa in questo percorso ha avuto un ruolo importante e, pur se tra comprensibili difficoltà e preoccupazioni, ha contribuito alla stesura di protocolli innovativi.

La Regione sta esercitando un ruolo decisivo affinché si instauri un nuovo rapporto tra Ospedale e Università che generi più formazione e più assistenza.

A mio avviso la segreteria regionale dell'Anaa è oggi troppo concentrata su problematiche gestionali dell'AOU di Trieste, piuttosto che sulle strategie regionali. I problemi di carattere essenzialmente gestionale, non adeguatamente affrontati con le controparti, sono portati in maniera impropria a livello regionale.

Conto molto sull'apporto dell'Anaa. Del resto i problemi attuali sono figli del sistema fino ad ora in vigore: il conflitto tra il Ssr e le Facoltà, la progressiva occupazione degli spazi ospedalieri più volte denunciati dall'Anaa a livello nazionale e l'allontanamento di quell'idea di ospedale d'insegnamento che condivido fortemente.

Nel futuro della sanità friulana c'è la costituzione dell'Azienda Unica?

Il sistema sanitario del Fvg gode di buona salute. I dati sono incoraggianti. C'è un buon controllo di gestione e il tanto vituperato "pareggio di bilancio" è solo la conseguenza di un sistema stabile e costantemente monitorato e non certo l'obiettivo primario di questa Regione.

Proprio per questo siamo nelle migliori condizioni per proseguire l'opera riformatrice iniziata nel 2003 (anno d'insediamento della Giunta Illy).

Le priorità sono: accentrare e razionalizzare ulteriormente le attività tecnico amministrative e gli acquisti, in modo da conseguire maggiore efficienza e risparmi da riversare in servizi sanitari per i cittadini (per queste finalità la nostra Regione ha costituito dal 1 gennaio 2005 il Centro Servizi Condivisi); rafforzare la rete e la complementarietà tra gli ospedali, puntando ad una modernizzazione delle strutture (il piano decennale degli investimenti è pari a 1,3 miliardi di euro); snellire e semplificare l'attuale assetto istituzionale del sistema.

A questo scopo è già stata data una nuova configurazione al sistema di governo regionale creando maggiori sinergie tra la Direzione regionale della Salute, l'Agenzia regionale della sanità e i direttori generali delle Aziende. Infatti, l'ultima legge finanziaria regionale ha istituito il comitato di coordinamento tra i Dg. Inoltre, ci si appresta a predisporre un disegno di legge per diminuire il numero delle Aziende. L'ipotesi è di mantenere le attuali Aziende ospedaliere e di passare da 6 a 3 Aziende territoriali. Sono per affrontare questo tema senza preconcetti, dialogando con tutti i soggetti interessati e in tal senso ogni proposta valida verrà tenuta in considerazione.

LA SANITÀ NELLA REGIONE

Sicilia

Un sistema da ri-fondare

Maggiore solidarietà, attenzione alle disuguaglianze, rilancio del ruolo pubblico, valorizzazione delle professionalità, riconquista della fiducia, da parte del cittadino, nelle strutture e negli operatori sanitari, programmare e soprattutto sottrarre la sanità, da sempre bacino elettorale, alla politica. Il Servizio sanitario siciliano soffre di tutto questo e di molto altro. Ma le cose pare comincino a cambiare. Forse è presto per dirlo, però i primi segnali sembrano essere incoraggianti

di Stefano Simoni

Parlare della sanità della Regione Sicilia non è facile. È addirittura "inutile" secondo il responsabile Anaa Rosario Cutrì, un medico che vive la sua professione in una realtà che non è eufemistico definire di frontiera: Bronte (Ct). Se la Sicilia la si paragona ad altre Regioni, sempre le solite, Emilia e Toscana su tutte, veri e propri modelli di gestione sanitaria il confronto è perdente ma forse anche inesatto e ingiusto. Perché diversa è la situazione, diverso il modello gestionale, diverse le strutture e soprattutto la classe politica che in Sicilia "è abituata a ragionare in termini di consenso e di clientelismo - è ancora Rosario Cutrì a parlare - senza riuscire a mettere a fuoco i problemi". Manca la progettualità, il confronto tra protagonisti e così "la classe politica - sono sempre le parole di Rosario Cutrì - decide sempre da sola quello che deve fare senza un piano programmatico, ma semplicemente in base ad una logica di chi tira di più la giacchetta". E dunque la classe medica a partire dalla legge 502/92 è stata privata di qualunque capacità d'intervento. Forse le cose adesso stanno cambiando. Il nuovo assessore alla sanità Roberto Lagalla, nominato all'interno della stessa maggioranza di centro destra che guida la Regione, sta dimostrando una sensibilità nuova rispetto alla classe medica che i precedenti assessori non hanno avuto. "Quantomeno - spiega Cutrì - ha dimostrato la voglia di sentirsi e di porci a conoscenza delle problematiche. Aspettiamo ora di vedere risultati concreti".

IL QUADRO DELLA SITUAZIONE

La sanità siciliana è caratterizzata da forti ritardi nei confronti del resto del Paese. Il tasso di mortalità perinatale ed infantile è tra i più elevati d'Italia. Le statistiche dimostrano che i siciliani si ammalano meno di cancro, ma guariscono meno e risultano essere ai primi posti per mortalità evitabile a causa di carenze di prevenzione, diagnosi precoce, assistenza e organizzazione sanitaria.

I risultati positivi in termini di aspettativa di vita e di miglioramento dello stato di salute complessivo della popolazione sono da addebitarsi alla visione universalistica dell'assistenza sanitaria ed alla dedizione degli operatori sanitari i quali riescono ancora a produrre risultati di salute malgrado l'attuale gestione del sistema sanitario regionale.

La crisi della sanità siciliana è solo parzialmente riconducibile alle problematiche comuni ai sistemi sanitari di tutto il mondo, quali il progressivo invecchiamento della popolazione e l'aumento dei costi derivante dall'impiego di tecnologie sempre più sofisticate. La responsabilità della gravità dello stato della sanità regionale è riconducibile a scelte di natura politica che hanno fatto perdere al sistema sanitario la sua finalità ultima: dare risposte alla richiesta di salute dei cittadini, con conseguenti ricasci gravi anche per gli operatori del servizio sanitario che lavorano in condizioni di degrado strutturale e mortificazione costante della propria professionalità.

Una delle critiche che viene mossa al sistema è che le scelte di politica sanitaria che il governo Cuffaro ha operato sono state in direzione di un appiattimento sul cosid-

detto "modello lombardo". Modello che assume come riferimento di valore la "libera scelta" del cittadino ma che potrebbe generare profonde disuguaglianze. Infatti esso si fonda sul presupposto che ogni cittadino possa realizzare autonomamente scelte di carattere sanitario senza ricorrere alla mediazione del medico o del sistema sanitario. Il risultato però è che chi possiede un maggiore potere sociale e dunque economico risulta maggiormente tutelato rispetto alle fasce meno protette della popolazione. In sostanza in Sicilia chi è ricco si cura meglio e vive di più, come risulta anche dalla recente indagine Istat "Pianeta Sanità".

Solidarietà, attenzione alle disuguaglianze, rilancio del ruolo pubblico, valorizzazione delle professionalità, formazione continua del personale sono i cardini su cui occorre far perno per definire un progetto di rifondazione del sistema sanitario siciliano. Progetto che per un'efficace programmazione e corretta destinazione delle risorse deve partire dalla conoscenza dei dati epidemiologici, e dal censimento delle risorse umane, tecnologiche e strutturali esistenti. È quindi indispensabile, come stabilito dai D.lgs. n. 229 del 1999 (Riforma Bindi), l'istituzione della Agenzia regionale per i servizi sanitari in grado di coinvolgere attorno a sé istituti universitari di ricerca statistica, epidemiologica e sociale, tecnici della sanità, competenze territoriali diffuse a partire dai servizi informativi delle aziende territoriali ed ospedaliere. Attraverso la conoscenza dei problemi e delle risorse sarà possibile riproporre la programmazione come strumento ordinario di intervento, individuando le prestazioni preventive, diagnostiche terapeutiche e riabilitative. Prevedendo le modalità di erogazione delle prestazioni in ragione dei bisogni e dell'appropriatezza in un quadro di sostenibilità. Se questa è la cornice all'interno della quale, fino ad oggi, è stato rappresentato il quadro della sanità siciliana possiamo però dire che le cose forse cominciano a cambiare e qualche segnale già lo si può cogliere. Approvare il Piano sanitario regionale (assente dalla Sicilia dal 2000, e comunque rimasto per lo più inattuato), ridurre il ricorso alle cure ospedaliere ma, soprattutto, investire risorse: circa 160 milioni di euro. Su queste tre direttrici si muove, o meglio dovrebbe muoversi, la linea di governo dell'assessore alla sanità Lagalla.

160 MILIONI PER LISTE D'ATTESA E CURE PRIMARIE

I 160 milioni di euro sono destinati ad un programma regionale per migliorare le liste d'attesa, l'integrazione socio-sanitaria e potenziare le cure primarie.

"Nella nostra Regione c'è molto da fare - ci ha detto l'assessore di passaggio a Roma nell'unica occasione che abbiamo avuto di incontrarlo, non riuscendo invece ad intervistarlo - e per questo chiediamo al livello centrale che vengano destinate più risorse per investimenti di riqualificazione in campo sanitario. Come Regione presenteremo il prossimo mese un piano di investimenti di 160 milioni di euro per il raggiungimento di obiettivi strategici che abbiamo individuato, come liste d'attesa, cure primarie e servizi socio-sanitari".

Nei piani di governo della sanità siciliana c'è inoltre l'intenzione di deospedalizzare sempre di più la Regione, che

Sicilia

Popolazione	5.087.000 abitanti (dati 2001)
Superficie	25.710 Km ²
Aziende Sanitarie Locali	9
Aziende ospedaliere	17
Aziende Ospedaliere Universitari	3
IRCCS	2

vanta una media di ricoveri ben superiore a quella nazionale, e di presentare un Piano sanitario regionale, che manca dal 2000, entro la fine di quest'anno. "Quanto al piano di rientro del debito - ha spiegato ancora Lagalla - mi auguro che il ministero della Salute abbia la stessa attenzione e la stessa sensibilità che ha avuto nei confronti del Lazio. Solo così si rispetterebbe un principio di equità".

TUTELARE LE FASCE DEBOLI

La Giunta regionale siciliana ha approvato, è notizia di queste settimane, il nuovo piano di compartecipazione alla spesa sanitaria che servirà alle esigenze del settore farmaceutico maturate nel 2005 e al piano di copertura del maggiore fabbisogno del sistema sanitario regionale relativo all'anno 2006. Nel settore farmaceutico nell'anno 2005, la Sicilia ha speso più del 13 per cento del Fondo sanitario.

Il maggior onere per le casse della Regione è, dunque, di 114 milioni di euro. In via transitoria viene istituita una maggiorazione delle quote di compartecipazione esistenti. Nelle nuove disposizioni si prevede di suddividere i farmaci in quattro categorie ordinate per prezzo: fino a 15 euro; fino a 25; fino a 37,05; oltre 37,05. La tabella che ne deriva prevede che per ottenere farmaci il cui costo non supera i 15 euro gli esenti per reddito dal ticket dovranno versare un contributo di 50 centesimi; gli esenti per patologia che attualmente già pagano 50 centesimi dovranno versare un contributo aggiuntivo di un euro, i non esenti che attualmente compartecipano alla spesa per due euro, dovranno versare un contributo aggiuntivo di 1 euro e 50. Per i farmaci che costano tra i 15 e i 25 euro occorrerà aggiungere ulteriori 50 centesimi per fascia. Nell'ipotesi massima un non esente che acquista un farmaco dal costo superiore a 37,05 euro dovrà pagare 5 euro in più. Restano fuori dall'imposizione dei ticket i farmaci generici "puri" somministrati ai soggetti esenti per reddito o per patologia, mentre un ulteriore risparmio verrà realizzato con la distribuzione diretta dei farmaci per la coagulazione di fascia ottava attraverso le farmacie pubbliche ospedaliere e delle Ausl. Il nuovo sistema di compartecipazione sarà adesso inviato alla sesta commissione dell'Ars per il parere di competenza prima di essere pubblicato sulla Gazzetta Ufficiale.

È stato inoltre dato l'assenso anche al disegno di legge per la copertura del maggiore fabbisogno sanitario nel 2006. Vi si prevedono sei diverse misure per giungere al

totale pareggio dei conti. Si tratta della cancellazione dei debiti pregressi non certificati delle Ausl e antecedenti all'esercizio finanziario 2002, del differimento al 2008 dei limiti di impegno di spesa che permette di recuperare risorse per quasi 200 milioni di euro, dell'impiego delle somme provenienti dal consolidamento degli aumenti delle aliquote Irpef stabilito dalla finanziaria nazionale, dell'uso delle economie di spesa dei capitoli finanziati con il Fondo sanitario regionale e dell'impiego nell'esercizio 2006 dei fondi non utilizzati a ripiano fra il 2002 ed il 2004. Questi interventi permettono di accedere al fondo transitorio per il contenimento delle dinamiche di spesa per ulteriori 153 milioni di euro, necessari al pareggio di bilancio. L'assessore Lagalla ha in particolare posto l'accento sulle agevolazioni relative ai ticket disposte dalla giunta Cuffaro. "A fronte di interventi di altre Regioni che hanno apposto ticket indistinti per 1,50 euro su ogni confezione, in Sicilia, seppur nella indifferibile esigenza della manovra, si è voluto tenere conto delle fasce deboli della popolazione e dei

malati cronici prevedendo per questi contribuzioni minime superiori a un euro e pari a 1,50/2 euro solo nel caso di acquisti di farmaci di valore oltre i 37,05 euro, farmaci questi ultimi che costituiscono meno del 5 per cento del consumo farmaceutico totale. Si tratta di una misura transitoria per la copertura del deficit 2005, altre diverse azioni fanno parte di provvedimenti previsti nel piano di rientro attualmente in discussione con il ministero alla Salute".

PIANO SANITARIO REGIONALE 2000-2003

Con il Piano sanitario regionale 2000-2003 la Regione Sicilia ha, tra l'altro, dato concreta attuazione alle innovazioni introdotte dal D.lgs. 229/1999, noto anche come decreto Bindi, che ha ulteriormente modificato l'assetto del servizio sanitario, già riformato dal D.lgs. 502/1992, che ha trasformato in Aziende le Unità sanitarie locali. Il Psr 2000-2002, infatti, ha ridefinito l'assetto istituzionale del Ssr, ha individuato i modelli

organizzativi dell'azienda unità sanitaria locale e dell'azienda ospedaliera ed ha individuato gli obiettivi di salute insieme alle azioni ed alle risorse necessarie per la sua attuazione. Le continue trasformazioni che si osservano in sanità – in termini di accresciute esigenze della popolazione, di migliore individuazione dei bisogni di salute e di avanzamento delle conoscenze e della innovazione tecnologica in medicina – le modifiche ed i vincoli introdotti nei rapporti tra Stato e Regioni, richiedono la adozione di un nuovo documento di programmazione. Su proposta dell'assessore per la Sanità, il Governo della Regione ha dunque adottato, poco tempo dopo l'avvio della XIV legislatura, un atto di indirizzo per la politica sanitaria del triennio 2007-2009 e per l'aggiornamento del Psr che costituisce la base per la definizione delle scelte programmatiche in materia di salute. La legge Finanziaria 2007 approvata dalla Regione, ha fissato al 31 dicembre 2007 la scadenza per la adozione del nuovo Piano sanitario.

INTERVISTA A ROSARIO CUTRÌ SEGRETARIO REGIONALE ANAAO ASSOMED SICILIA

"La politica faccia un passo indietro"

Mancanza di risorse per il personale e per le strutture. Un rapporto tra sanità e cittadini incrinato. Responsabilità politiche nella gestione sanitaria che invece di produrre salute fa registrare episodi drammatici e disservizi. Dottor Cutrì, è sempre questo il quadro della sanità siciliana?

Sì, poco o nulla è cambiato sia per quanto riguarda gli standard che per quanto riguarda l'organizzazione anzi i problemi si sono aggravati con la Finanziaria nazionale che ha messo sotto tutela la Sicilia, obbligata ad un piano triennale di rientro. Il piano di rientro ancora non è stato approvato. Il Governo regionale ha predisposto tutta una serie di interventi in linea con le direttive nazionali da sottoporre ai ministeri dell'Economia e della Salute. La Sicilia ha uno Statuto che le consente ampia autonomia anche se in questi 60 anni non è mai stato applicato come si dovrebbe. L'autonomia dovrebbe essere anche finanziaria. La Regione (è un provvedimento contenuto nella Finanziaria 2007), anno dopo anno dovrà aumentare gradualmente la propria quota di partecipazione per il fondo sanitario regionale fino ad arrivare ad un finanziamento pieno, quindi autonomo. I nostri problemi finanziari sono legati alla gestione dei tre Policlinici universitari che, essendo convenzionati, assorbono fondi dal Servizio sanitario regionale. Poi abbiamo 9 aziende Usl, una per ogni provincia, e l'estensione va da 200 mila abitanti dell'Usl di Enna al milione e seicento mila abitanti dell'Usl di Palermo. Abbiamo 17 aziende ospedaliere alcune di rilievo nazionale, abbiamo circa 4.800 posti letto accreditati sul privato, un Irccs e, in più, abbiamo in corso alcune sperimentazioni gestionali che ci costano. E da ultimo c'è una sperimentazione con la fondazione Maugeri di Pavia per la riabilitazione che incide sul bilancio della Regione in maniera notevole. Altro elemento di preoccupazione è rappresentato dal fatto che, in seguito al patto Stato-Regioni (settembre 2006), occorrerà tagliare 2.500 posti letto tra pubblico e privato.

Oltre ai problemi finanziari, fondamentali, quali sono le altre criticità?

Le strutture. La maggior parte sono nelle grandi città costiere dove chiaramente vive la maggior parte della popolazione. Su 5 milioni di abitanti 3 milioni risiedono sulla costa. All'interno ci sono situazioni particolari che non possono essere coniugate con il semplice parametro dell'efficienza dei costi-benefici. Nel momento in cui si decide di tagliare circa 2500 posti letto per acuti, si pone il problema della scelta strategica da fare. An-

cora non è partita nessuna organizzazione delle cure primarie e la terapia della post-acuzie funziona a macchia di leopardo. Noi ci troviamo ad avere un budget dilatato per il territorio e un budget più ridotto per gli ospedali ma nei fatti sono sempre gli ospedali a farsi carico dei problemi.

Che cosa intende per scelta strategica da fare? Intendo che bisogna decidere se tagliare una percentuale fissa per tutti, quindi includendo anche il privato che è diventato ridondante.

In questo il Piano sanitario regionale non dovrebbe aiutare?

Noi abbiamo un Psr datato che non ha mai inciso in maniera importante sulle scelte "strategiche" e di programmazione.

In che misura il privato incide sulla sanità della Sicilia?

Il privato incide in maniera importante. Si parla di una percentuale che oscilla tra il 20 e il 30% specie nelle grandi città come Palermo, Catania e Messina

Poco più di un anno fa la Sicilia salì alla ribalta delle cronache per alcuni episodi di malasanità. L'allora ministro della Salute, Storace, parlò di pugno duro e ipotizzò un piano per colpire eventuali responsabili dei disservizi. Se ne è fatto nulla di quel piano?

No. Si è insediata una commissione i cui risultati ancora non sono venuti fuori. Tenga presente che in Sicilia si è votato a metà 2006, quindi il nuovo governo siciliano si è insediato nella pienezza dei propri poteri a settembre e, tra le altre cose, sono stati costretti a lavorare in emergenza per adempiere a tutto quanto previsto dall'accordo con il Governo per il piano di rientro. Da questo punto di vista non posso sollevare critiche nei confronti della dirigenza dell'assessorato. I problemi sono atavici e adesso si sono incancreniti visto che nessuno ha mai tentato di risolverli con un'efficace programmazione nel tempo.

La realtà è tale per cui se il medico denuncia i disservizi di cui è testimone e che gli impediscono di fare bene il proprio lavoro viene licenziato per danno d'immagine dell'azienda perché il direttore generale ha un potere assoluto. Se il medico denuncia pubblicamente che in ospedale c'è qualcosa che non funziona viene sottoposto a provvedimento disciplinare con azione di recesso.

C'è frustrazione all'interno della classe medica? Sì, c'è un forte senso di frustrazione, si vive il *burn out* e grande è il disagio. La nostra speranza è che il Ddl sul governo clinico che verrà portato in Parlamento possa dare risposte serie alla necessità in-

derogabile della dirigenza medica di essere incidente sulla gestione dei problemi della salute. noi vogliamo incidere perché non è possibile che ci siano organici incompleti, strutture inadeguate, che ci si chieda di continuare a fornire prestazioni che non possiamo più dare.

Quali sono a suo modo di vedere e in base alla sua esperienza le possibili vie d'uscita?

Ritengo che la soluzione sia da individuare di concerto tra coloro che rappresentano le tre variabili della qualità: i gestori, i professionisti che lavorano all'interno delle strutture e che sono in grado di dare delle indicazioni su come uscire e i rappresentanti dei cittadini che sono quelli che possono esprimere meglio le criticità che rilevano. Se non mettiamo intorno ad un tavolo le tre componenti non ne usciremo mai. Purtroppo la classe politica ragiona in termini di consenso, in termini di clientelismo e di interessi vari e non riesce a mettere a fuoco i problemi di un'organizzazione che deve essere per forza più capillare in modo da coprire l'intero territorio siciliano.

Il suo mi sembra un approccio di buon senso, cosa ha impedito, secondo lei, il riunirsi intorno ad un tavolo per cercare di risolvere i problemi reali?

Lo ha impedito la non volontà della classe politica che ha sempre deciso da sola quello che deve fare non adottando un'ottica di piano programmatico ma decidendo solo in base ad una logica di chi tira di più la "giacchetta". A questo possiamo aggiungere che la classe medica in questi ultimi 15 anni, a partire cioè dalla legge 502/92 sull'aziendalizzazione, è stata privata di qualunque capacità d'intervento perché si è fatta strada l'idea che la colpa del deficit e del cattivo funzionamento della sanità fosse dei medici e dei loro sindacati. L'aziendalizzazione ha affidato ai direttori generali un potere deliberativo e di controllo gestionale che nel nostro Paese è paragonabile solo a quello dei commissari. Ogni istituzione in Italia, dalla più piccola alla più grande, è sottoposta al controllo di un organo che svolge compiti di indirizzo e vigilanza. Il direttore generale invece sfugge a tutto ciò.

In questo momento do atto all'assessore Lagalla di aver quantomeno dimostrato una sensibilità verso i suoi colleghi dirigenti medici del Servizio sanitario regionale che i precedenti assessori non hanno avuto. Ha dimostrato la sensibilità di metterci a conoscenza delle problematiche e di interpellarci in proposito. Ora aspettiamo di vedere risultati concreti, reali.

TOSCANA: AZIENDA OSPEDALIERO-UNIVERSITARIA DI SIENA

I medici bocchiano l'accordo Regione-Università

Un accordo firmato dall'assessore Enrico Rossi con l'Università della città toscana tradisce l'obiettivo di integrazione tra la componente ospedaliera e quella universitaria al quale puntano invece il Decreto legislativo 517 del '99 e il recente Ddl proposto dai ministri Livia Turco e Fabio Mussi

Continua la querelle tra medici ospedalieri e universitari. Questa volta siamo a Siena nell'Azienda Ospedaliero-Universitaria dove si è consumata l'ennesima prepotenza a danno delle rappresentanze ospedaliere: l'assessore Enrico Rossi ha firmato recentemente un accordo con l'università che esaspera ulteriormente un contenzioso per nulla risolto sul diverso trattamento economico esistente tra universitari ed ospedalieri a parità di posizione, sul pagamento delle guardie notturne al personale universitario, sulle diverse opportunità di carriera (l'80% delle posizioni apicali è ricoperta da personale universitario) e sul mancato riconoscimento dell'attività didattica e di formazione effettuata dai dirigenti ospedalieri.

Immediata è stata la reazione delle organizzazioni sindacali, Anaa Assomed in testa.

In una fase in cui a livello nazionale, con l'accordo Turco-Mussi per la modifica della normativa sui rapporti tra Ssn e Università, si cerca di arginare le sperimentazioni gestionali più o meno fantasiose, ma sempre meno verificate negli esiti amministrativi ed assistenziali dell'applicazione del D.lgs 517/99 – si legge in un comunicato stampa a firma congiunta – la regione Toscana, nella figura dell'assessore Rossi, ha firmato il mese scorso un accordo con l'Università che va in una direzione completamente opposta.

È quantomeno discutibile, un accordo siglato tra l'Università di Siena e assessore alla sanità della regione Toscana, preceduta da numerosi incontri con i sindacati universitari, senza la partecipazione della componente ospedaliera (preponderante nelle tre aziende miste toscane), a dimostrazione di una scarsa o diversa sensibilità dell'assessore, in un momento for-

temente conflittuale.

Noi sosteniamo da tempo la necessità di un comportamento uniforme nei confronti delle due componenti combattendo le discriminazioni da qualsiasi parte e verso qualsiasi parte perpetrate (valga ad esempio la posizione assunta dalle Oo.Ss ospedaliere sull'equiparazione stipendiale dei ricercatori e dei tecnici laureati universitari) e chiedendo per questo un ruolo equidistante e non subalterno di chi ha come mandato politico l'efficienza e l'efficacia del sistema sanità.

Il protocollo di applicazione dell'art. 6, comma 2, del D.lgs 517/99 presso l'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Siena, recentemente firmato dall'assessore per il Diritto alla Salute e dall'Università di Siena appare palesemente in contrasto con le norme indicate e foriera di costi economici per il Ssr che vanno, ad una prima lettura, ben oltre i limiti previsti dalla legge.

Ciò che preme maggiormente segnalare è comunque la concreta realizzazione per tale via di un differenziale di trattamento economico tra il personale universitario che beneficia del nuovo sistema ed il personale del Ssr di pari qualifica ed anzianità di servizio. Personale che lavora nella stessa Azienda, negli stessi spazi, spesso con le stesse funzioni e gli stessi obiettivi. È difficile approdare ad una Azienda che si vuole integrata se non si rispettano gli elementi "genetici" per una vera integrazione tra i due stati giuridici che la compongono, rappresentati dalla retribuzione economica e dall'orario di lavoro. L'accordo di Siena, in aggiunta, non prevede chiaramente un debito orario assistenziale per la componente universitaria, limitandosi all'obbligo di una timbratura dell'orario che potrebbe essere tutto svol-

to per compiti didattici o di ricerca, a differenza di quanto stabilito in altre aziende miste toscane.

In questi ambiti si attuerà la nostra lotta, non solo politica ma anche giuridico-amministrativa se necessario facendo ricorso alla Procura Generale della Corte dei Conti.

Chi si assumerà in solido la responsabilità dei danni prodotti al pubblico erario? Chi risponderà della sottrazione di risorse da destinare all'attività assistenziale derivante da questo accordo? Il Direttore generale? Il Rettore amministrativo? L'assessore Rossi? Il Rettore Focardi? La Giunta regionale? O i cittadini con l'aumento dei ticket?

La Segreteria nazionale dell'Anaa Assomed ha espresso adesione e sostegno alla protesta della Segreteria aziendale della AOU di Siena e della Segreteria regionale della Toscana contro l'accordo sulla retribuzione del personale medico universitario firmato dall'assessore alla Salute della regione Toscana con il Rettore della Università di Siena.

Appare grave che gli stessi assessori che lamentano la scarsità delle risorse economiche disponibili per il Ssr trovino il modo di corrispondere milioni di euro, al di fuori ogni principio di equità ed attraverso unilaterali interpretazioni di comodo delle leggi, a gruppi privilegiati ed ad invarianza di attività. Anche in tempi di tagli e ritagli strutturali l'Università è considerata variabile indipendente del sistema sanitario tanto da cedere senza resistenze al suo ostinato assalto alla diligenza in cerca di gratifiche economiche per il proprio personale.

Ancora più grave è che per raggiungere questo strabiliante obiettivo si taglino le indennità del personale del Ssr, mettendo a rischio volume e qualità delle prestazioni erogate ai cittadini.

Per questa strada si alimenta la conflittualità all'interno delle aziende, con ovvie ripercussioni sui livelli assistenziali, si mette fine sul nascere al processo di integrazione e si innesca un effetto domino che coinvolgerà tutto il servizio sanitario regionale.

L'Anaa Assomed denuncia la penalizzazione economica per i Medici ospedalieri quale ulteriore segnale del tentativo di settori della politica regionale di sancire una loro subalternità professionale ed organizzativa, ed il carattere dirompente, anche sulla tenuta dei conti economici, che iniziative del genere rischiano di avere in tutte le Regioni, e sul prossimo tavolo contrattuale.

Nello stesso tempo la Segreteria nazionale assicura ogni supporto ai propri organismi periferici in tutte le iniziative sindacali e legali che riterranno necessarie, certi di rispondere ai legittimi interessi della categoria ed anche a quelli dei cittadini, principali fruitori e finanziatori del servizio sanitario, elettori del Consiglio regionale e non degli Organi statutari Universitari.

VENETO ED EMILIA ROMAGNA

Rischio radiologico: per i medici dirigenti giorni di ferie aggiuntive

I medici del Veneto e dell'Emilia Romagna esposti al rischio radiologico hanno diritto a 15 giorni di ferie aggiuntive da intendersi come giornate lavorative e non di calendario, alla stregua di tutte le altre giornate di ferie.

Per il Veneto lo stabilisce una Circolare regionale dell'assessore alla Sanità inviata a tutti i Direttori Generali delle Aziende sanitarie, che li invita a tener conto dell'orientamento giurisprudenziale in sede di determinazione delle ferie aggiuntive spettanti al personale.

tanti al personale.

Indicazioni analoghe sono contenute anche nell'accordo sottoscritto tra le segreterie regionali delle Organizzazioni sindacali della Dirigenza Medico-Veterinaria e l'assessorato alla Sanità della Regione Emilia Romagna, nel quale si prevedono ferie aggiuntive per rischio radiologico e anestesiologicalo, rispettivamente di 15 e 8 giorni lavorativi.

I rispettivi documenti sono pubblicati sul sito www.anaao.it

MEDICINA DI LABORATORIO

Proposto un patto di modernizzazione

La razionalizzazione della medicina di laboratorio non è più procrastinabile. E la parola d'ordine per ottenere la piena efficienza ed efficacia del servizio è "appropriatezza". Pubblichiamo le indicazioni sulla rotta da seguire per arrivare alla sua modernizzazione

di Piero Cappelletti, Marcello Angius, Bruno Innocenti, Giovanni Pulella

Traslasciando le numerose esperienze nazionali ed internazionali sulla appropriatezza, stretti dalle necessità economiche e dalle richieste cliniche e dei cittadini, consci che la Medicina di Laboratorio in Italia deve essere modernizzata anche per la sua diseguale distribuzione di strutture ed addetti, riconoscendoci in un programma di modernizzazione ispirato ai principi universalistici del servizio sanitario nazionale, di equità e di centralità del paziente, noi come rappresentanti della Medicina di Laboratorio italiana offriamo ai decisori politici e gestionali un Patto di Modernizzazione.

La necessaria razionalizzazione della Medicina di Laboratorio deve avvenire in collegamento alla revisione della rete ospedaliera e deve attuarsi in una rete integrata e gestita di servizi, che si apra a tutti gli attori del sistema e rispetti la popolazione "naturale". L'efficacia e l'efficienza devono essere strettamente connesse: l'elemento trainante è l'appropriatezza nel senso più moderno del termine.

PREMESSO CHE:

1. riteniamo di poter essere gestori della organizzazione più rispondente ai criteri di economicità e produttività;
2. sul disposto della Finanziaria 2007 si prevede che il Ministero individui le prestazioni "automatizzabili" entro il 31 gennaio 2007. La assoluta inconsistenza tecnica del termine "automatizzabili", così come presentato nei commi in discussione, apre possibilità interpretative che vanno da un minimo di poche decine di esami più comuni alla quasi totalità del migliaio di esami previsti dal Nomenclatore Tariffario;
3. il colpevole ritardo della revisione del Tariffario è la ragione per cui non si è intervenuti adeguatamente e per tempo nella modulazione di tariffe congrue, che, se per alcuni test possono essere ridotte, per molti altri dovrebbero essere aumentate;
4. la revisione, più rispondente ai criteri dell'appropriatezza, del Tariffario è la strada corretta per la revisione della spesa unitaria delle prestazioni, esaltando le specificità disciplinari nell'attività all'interfaccia clinica-laboratorio più che nell'attività analitica routinaria, in strutturazioni le cui dimensioni trovino il loro limite minimo nella massa critica di test e di casistica ed il loro limite massimo nell'efficacia clinica e di gestione. Tale affermazione fa comprendere come sia applicabile anche a questa specialità la possibilità di governo clinico e di esplicitazione dell'essenza vera della Medicina di Laboratorio che è la gestione della centralità del referto (come insieme di informazioni mediche non come insieme di dati e numeri) e del rapporto con i pazienti ed i clinici, per la garanzia del miglior utilizzo della risposta nel singolo paziente e nell'organizzazione sanitaria;
5. ci impegniamo a garantire l'intero processo della produzione di risultati accurati ed efficaci, ovunque si producano (Laboratori, Poct, Self-Testing), sorvegliandone le fasi pre-analitiche e post-analitiche. Sul piano organizzativo, va affermata la consapevolezza, espressa nel

Congresso Nazionale SIMeL del 2004 dedicato alla Modernizzazione della Medicina di Laboratorio, di un eccessivo numero di strutture di laboratorio nel Paese e di sbilanciati rapporti privato/pubblico in alcune Regioni italiane. Tuttavia va ribadito con forza che l'utilizzo della leva finanziaria per indurre il razionamento del sistema è una forma d'intervento brutale che colpisce indiscriminatamente le strutture a prescindere dal livello di qualità prodotta e le reti regionali a prescindere dalle riorganizzazioni già effettuate. Ciò implica appesantire le differenze territoriali già drammatiche e porre le basi di nuove iniquità. Inoltre mette a rischio la qualità complessiva del sistema. Infatti azioni simili di razionamento della diagnostica di laboratorio per mezzo dell'abbattimento dei rimborsi sono avvenute da tempo in Nord-America, ma gli esiti infausti sulla qualità delle prestazioni e del servizio sono documentati e pubblicati. Le esperienze mondiali più avvertite, ed in particolare quella del Regno Unito denominata Pathology Modernisation, hanno scelto come elemento centrale del risparmio economico e della riorganizzazione dei servizi la pratica dell'accreditamento istituzionale e dell'appropriatezza delle prestazioni. Da questo punto di vista, dopo il Dpr del 1997 riguardante l'Accreditamento vi è stato un costante colpevole arretramento dello Stato e delle Regioni relativamente ai percorsi di Accreditamento, limitando l'applicazione dei criteri solo al livello autorizzativo e molto spesso prorogando sine die i cosiddetti accreditamenti provvisori. Questa era ed è la strada maestra per la razionalizzazione delle strutture private, secondo regole di qualità e di sicurezza per il cliente.

■ Sotto l'aspetto analitico il nostro impegno è quello di operare sempre per la migliore accuratezza e precisione dei nostri risultati, attraverso sistemi di controllo ed assicurazione di qualità. L'entità degli errori del Laboratorio è ben conosciuta, perché i suoi processi sono fortemente strutturati e dotati di precisi standard di qualità internazionali. Da almeno dieci anni ripetute osservazioni pongono:

- la percentuale di frequenza degli errori del Laboratorio al di sotto dei valori previsti dalla letteratura;
- la pericolosità degli stessi a meno di un decimo della stessa frequenza totale.

Più recenti inchieste ed esperienze hanno studiato la topografia dell'errore in Laboratorio, mostrando come meno del 10% della percentuale di frequenza totale avvenga durante la fase analitica e gran parte nelle fasi pre-analitiche. Ciò impone un'attenzione ed un impegno della Medicina di Laboratorio molto più ampio che nel passato.

■ L'aspetto pre-analitico, pertanto, ci vede impegnati a diffondere e verificare, soprattutto insieme con i Medici di medicina generale, la preparazione del paziente e delle procedure ma anche a gestirlo direttamente attraverso una capillare attività ambulatoriale, anche specialistica. La recente presentazione dell'indagine sui Laboratori, all'interno della VI Campagna Ospedale Sicuro promossa da Cittadinanza Attiva e Tribunale del Malato, ha messo in evidenza il deficit informativo sul tema presso i cittadini. Ricucire lo iato è un nostro preciso obiettivo, anche a fronte della diffusione del self-

testing. D'altra parte sempre più le attività ambulatoriali della Medicina di Laboratorio si integrano nella rete di servizi ai cittadini, come accessibilità ambulatoriale generale (prelievi, esami in vivo) e specialistica (microbiologica, allergologica, anticoagulativa, infettivologia, ematologica, ecc) e come offerta interpretativa e di indirizzo allo specialista.

■ Riteniamo di dover essere attori della selezione dei test in senso generale (evidence-based medicine e linee guida) e nello specifico paziente. Infatti l'appropriatezza nasce come risposta alla difficoltà per il clinico di ricordare tutte le indicazioni diagnostiche e terapeutiche in una medicina sempre più tecnologicamente avanzata e dal rischio concreto, in un mondo di risorse finite, di dare ad alcuni il superfluo privando altri del necessario (funzione consulenziale preanalitica).

■ Per la migliore qualità della fase post - analitica ci impegniamo a collaborare alla gestione della risposta ma soprattutto alla verifica dell'efficace utilizzo della risposta (attraverso commenti, suggerimenti e consulenza, nello specifico paziente, e attraverso gruppi di lavoro, misura degli outcome e audit, in termini generali), come richiesto dagli standard internazionali Iso 15189: 2003 E Annex C "Ethics in Laboratory Medicine".

I Medici di Laboratorio pertanto sono attori del governo clinico dei processi diagnostici ed assistenziali.

6. L'apertura della Medicina di Laboratorio all'esterno dei laboratori, nel più ampio concetto di rete, ci impone di valutare in termini interattivi, clinici e sociali la qualità globale della nostra attività. Ci impegniamo ad offrire ai cittadini ed ai clinici il meglio della moderna tecnologia, a valutarne sul campo l'efficacia clinica e ad esprimere senza condizionamenti e conflitti di interesse i risultati delle nostre ricerche sui pazienti, al fine di offrire dati utili agli strumenti della medicina basata sulle prove di efficacia.

L'evoluzione del servizio tende alla realizzazione di una rete integrata di strutture ed una rete di rapporti interdisciplinari che risente della ingravescente complessità del sistema e delle trasformazioni dell'assistenza: si pensi ad esempio alle proposte "Case della salute". La partecipazione motivata e coerente delle professioni della Medicina di Laboratorio al cambiamento è la condizione sine qua non del successo in termini di efficacia clinica e di efficienza economica. La strada percorsa dalla Finanziaria 2007 ci sembra, allo stato, esattamente nel senso opposto.

7. Infine, consci dell'importanza sempre maggiore della diagnostica nel percorso assistenziale, ci impegniamo a rispondere compiutamente al quesito clinico e ai bisogni umani, che si celano dietro la richiesta di esame, anche quando non direttamente espressi ma mediati da un campione biologico, e a migliorare la formazione professionale, durante tutta la vita lavorativa, di tutti gli operatori dei Laboratori clinici.

D'altra parte chiediamo che, così come la medicina oggi si fonda sulla "evidenza", così anche le razionalizzazioni e le modernizzazioni siano fondate sulla "evidenza". Altri Paesi hanno già sperimentato e gli esiti sono descritti. Si tratta di non commettere gli stessi errori, ma di trarre il meglio dalle loro esperienze, adattandolo alle caratteristiche locali.

FOCUS SULLE NORME CHE REGOLANO L'ASTENSIONE DAL LAVORO

Lo sciopero di specialità

di Maria Novella Bettini*

LA QUESTIONE

Le modalità di attuazione dello sciopero, soprattutto con riguardo alla quantità e qualità degli attori del conflitto, rappresentano, senza dubbio, un aspetto di grande rilievo ed attualità, soprattutto sotto il profilo della tutela dei diritti costituzionalmente garantiti e dei disagi provocati all'utenza.

In particolare, la questione è se sia lecita la proclamazione di uno sciopero "di specialità" non riguardante cioè l'intera categoria della dirigenza medica pubblica, bensì solo uno specifico segmento della stessa.

Ciò, soprattutto, in relazione alle conseguenze dell'astensione che, seppur parziale quanto agli scioperanti, provoca un danno generale all'utenza, coinvolgendo l'intero servizio pubblico essenziale ed alla gravità del danno causato dallo sciopero.

LA DISCIPLINA DELLO SCIOPERO NEI SERVIZI PUBBLICI ESSENZIALI

È evidente che la risposta al quesito non può prescindere da una rilettura della disciplina sullo sciopero nei servizi pubblici essenziali.

Non v'è dubbio che, con riguardo alla proclamazione dello sciopero da parte di associazioni non sindacali, la legge ammetta, fra le fattispecie di "sospensione" dell'attività lavorativa, l'astensione dal lavoro posta in essere da coalizioni o comitati spontanei di lavoratori (c.d. fenomeni di astensionismo non preceduti da una rituale proclamazione del sindacato). Il comitato spontaneo che proclama lo sciopero e i lavoratori che lo attuano devono, però, rispettare tutti gli obblighi che la legge impone alle parti in conflitto (procedure di raffreddamento e di conciliazione, preavviso, comunicazione scritta, rispetto degli intervalli minimi, effettuazione delle prestazioni indispensabili).

GLI OBIETTIVI: IL CONTEMPERAMENTO

Tuttavia, una lettura della disciplina legislativa, alla luce degli obiettivi perseguiti, evidenzia che la finalità della legge sullo sciopero nei servizi pubblici essenziali (art. 1, co. 2, l. n. 146/1990) (come modificata ed integrata dalla legge n. 83 del 2000) è quella di disporre "regole" da rispettare e "procedure" da seguire in caso di conflitto collettivo nei servizi pubblici essenziali allo scopo di "contemperare" in-

teressi di rango costituzionale facenti capo a soggetti diversi: a) i lavoratori, titolari del diritto di sciopero, garantito dall'articolo 40 della Costituzione; b) i cittadini, titolari di una gamma di diritti fondamentali della persona tutelati dalla Costituzione, il cui soddisfacimento è garantito dal godimento dei servizi pubblici essenziali.

La ratio del "contemperamento" dell'esercizio del diritto di sciopero con il godimento dei diritti della persona costituzionalmente tutelati (art. 1, co. 2, l. n. 146/1990) va perciò individuata nella peculiare efficacia vulnerante dello "sciopero terziario" rispetto al modello tradizionale di conflitto.

Ciò premesso, deve essere considerata illecita l'astensione dal lavoro che, come nell'ipotesi esaminata, arrechi un pregiudizio non tanto o soltanto al datore di lavoro ma anche e soprattutto nei confronti dei soggetti estranei al conflitto: i cittadini-utenti, detentori del potere di domanda dei servizi essenziali.

LA COMMISSIONE DI GARANZIA

Al riguardo, la Commissione di garanzia può svolgere una funzione di prevenzione e di controllo del conflitto, adottando misure finalizzate ad impedire l'effettuazione di scioperi in violazione delle regole di fonte legale o contrattuale (c.d. interventi preventivi, finalizzati a garantire l'osservanza delle norme regolatrici del conflitto).

In particolare, la Commissione può:

- assumere informazioni o convocare le parti in apposite audizioni, per verificare se sono stati esperiti i tentativi di conciliazione e se vi sono le condizioni per una composizione della controversia e, nel caso di conflitti di particolare rilievo nazionale, può invitare (c.d. delibera di invito) i soggetti che hanno proclamato lo sciopero a differire la data dell'astensione per il tempo necessario a consentire un ulteriore tentativo di mediazione (art. 13, co. 1, lett. c));
 - indicare immediatamente ai soggetti interessati eventuali violazioni delle disposizioni relative al preavviso, alla durata massima, all'esperimento delle procedure preventive di raffreddamento e di conciliazione, ai periodi di franchigia, agli intervalli minimi tra successive proclamazioni e ad ogni altra prescrizione riguardante la fase precedente all'astensione collettiva (art. 13, co. 1, lett. d)).
- Con la stessa delibera di indicazione immediata, la Commissione può:
- invitare i soggetti proclamanti a revoca-

re l'astensione dal lavoro o, eventualmente, a riformularne la proclamazione in conformità alla legge e agli accordi o codici di autoregolamentazione;

- rilevare l'eventuale concomitanza tra interruzioni o riduzioni di servizi pubblici alternativi, che interessano il medesimo bacino di utenza, per effetto di astensioni collettive proclamate da soggetti sindacali diversi e può invitare (c.d. delibera di invito) i soggetti la cui proclamazione sia stata comunicata successivamente in ordine di tempo, a differire l'astensione collettiva ad altra data (art. 13, co. 1, lett. e));

- segnalare all'autorità competente per la precettazione le situazioni nelle quali dallo sciopero può derivare un imminente e fondato pericolo di pregiudizio ai diritti della persona costituzionalmente tutelati. Con la delibera di segnalazione, la Commissione può eventualmente proporre le misure da adottare con l'ordinanza di precettazione per prevenire (art. 13, co. 1, lett. f));

- sollecitare (con delibera di invito) le amministrazioni o imprese erogatrici del servizio a desistere dal comportamento vietato, nel caso in cui rilevi comportamenti posti in evidente violazione della legge o delle procedure previste da accordi o contratti collettivi o comportamenti illegittimi che comunque possano determinare l'insorgenza o l'aggravamento di conflitti in corso (art. 13, co. 1, lett. h));
- valutare il comportamento delle parti ed irrogare sanzioni (art. 4), in caso di accertamento di inadempienze o violazioni degli obblighi previsti dalla legge, dagli accordi o dai codici di autoregolamentazione sulle prestazioni indispensabili (art. 13, co. 1, lett. i)).

LA PRECETTAZIONE

Qualora poi ricorrano gli estremi di una situazione di grave pericolo ai diritti della persona costituzionalmente tutelati, come nel caso di maggior danno causato all'utenza, è possibile il ricorso allo strumento della precettazione.

L'ordinanza di precettazione può essere adottata dall'autorità competente quando sussista il "fondato pericolo" di un pregiudizio grave ed imminente ai diritti della persona costituzionalmente tutelati, che "potrebbe" essere cagionato dall'interruzione o dalla alterazione del funzionamento dei servizi pubblici essenziali conseguente all'esercizio dello sciopero o a forme di astensione collettiva di lavoratori autonomi, liberi professionisti o piccoli imprenditori (art. 8, co. 1).

I requisiti della gravità e dell'imminenza

indicano che deve trattarsi di un pericolo di non lieve entità (sebbene non necessariamente irreparabile) e prossimo a verificarsi.

Tale pericolo, tuttavia, non deve essere necessariamente attuale, essendo sufficiente la potenzialità del suo verificarsi (come si desume dall'uso del condizionale "potrebbe": art. 8, co. 1).

In particolare, la giurisprudenza ha affermato che "è legittima l'ordinanza di precettazione emanata in presenza di una situazione di mero pericolo, ancorché non attuale ma solo potenziale, dei diritti costituzionali della persona, conseguente alle modalità dell'astensione collettiva dal lavoro"³.

LE COALIZIONI SPONTANEE

In questo quadro, e con particolare riguardo allo sciopero attuato da coalizioni spontanee, va rilevato che, in caso di astensione illecita, sono applicabili sanzioni alle "organizzazioni dei lavoratori che proclamano uno sciopero o ad esso aderiscono" (art. 4, co. 2, della l. n. 146/1990).

L'espressione normativa "organizzazioni dei lavoratori" comprende, quindi, tutte le associazioni dei lavoratori, strutturate o meno in sindacato, che, a prescindere dal grado di rappresentatività, siano dotate di un minimum di stabilità organizzativa.

Particolarmente problematica è la questione dell'applicabilità delle sanzioni collettive ex art. 4, co. 2 e 4-bis, alle astensioni collettive proclamate in violazione delle disposizioni di legge da parte di comitati, gruppi o coalizioni spontanee di lavoratori (naturalmente sono esclusi i c.d. sindacati di comodo o gialli, "sostenuti" dal datore di lavoro, nei confronti del quale è esperibile ricorso per condotta anti-sindacale ex art. 28 Stat. Lav.).

Il problema si pone in quanto la disciplina delle sanzioni collettive (art. 4, co. 2, e co. 4-bis) si riferisce ai comportamenti illegittimi posti in essere dalle "organizzazioni dei lavoratori" e dalle "organizzazioni sindacali", cioè da associazioni dotate di un minimum di stabilità organizzativa.

Le stesse sanzioni sostitutive (di cui all'art. 4, co. 4-bis) appaiono difficilmente applicabili in considerazione della difficoltà di individuare soggetti che "rispondono legalmente" per la coalizione dei lavoratori.

Sulla base di tali difficoltà di carattere applicativo, la Commissione di garanzia ha

segue a pagina 14

¹ V. la delibera della Commissione di garanzia sullo sciopero, n. 03/32 del 12 febbraio 2003, in <<http://www.commissionegaranziasciopero.it/>>. La Commissione afferma che lo sciopero può essere proclamato da soggetti diversi dalle organizzazioni sindacali non solo in linea generale, ma anche nell'ambito dei servizi pubblici essenziali nella cui disciplina si parla volutamente in modo generico di "soggetti che proclamano lo sciopero" (art. 2, co. 1; art. 13, co. 1, lett. e)); art. 8, co. 2), di "soggetti che promuovono lo sciopero" (art. 2, co. 3; art. 10, co. 1), di "parti" (art. 2, co. 2; art. 13, co. 1, lett. i)).

² V. Tar Lazio, 29 aprile 1992, n. 588, in Riv. giur. lav., 1992, II, p. 911.

³ L'ordine di precettazione, come noto, può assumere una pluralità di contenuti, in relazione alle peculiarità del caso di specie. Più specificamente, l'ordinanza può: a) disporre le misure necessarie a prevenire il pregiudizio ai diritti della persona costituzionalmente tutelati (art. 8, co. 1, ultimo periodo), ad esempio determinando concretamente le prestazioni indispensabili che dovranno essere assicurate dai sindacati, dai lavoratori, dalle imprese nell'ambito della singola astensione collettiva; b) disporre il differimento dell'astensione collettiva ad altra data (art. 8, co. 2); c) ridurre la durata dell'astensione collettiva (art. 8, co. 2).

di Arianna Alberti

REGNO UNITO

La polemica sull'immigrazione investe il Nhs

I medici extracomunitari del Regno Unito hanno perso la loro prima battaglia contro il Governo dinanzi la High Court lo scorso febbraio.

L'Alta Corte, infatti, ha ritenuto legittima la decisione del Governo britannico nell'aprile 2006 di abolire il Permit-Free Training Scheme, che consentiva ai neolaureati in medicina extracomunitari di accedere, senza bisogno di permesso di lavoro, ai posti per specializzandi. Con l'entrata in vigore della nuova normativa, inoltre, gli ospedali del National Health Service non possono più assumere junior doctors provenienti da Paesi al di fuori dell'Area economica europea salvo dimostrare che non vi siano candidati britannici o dell'Unione europea idonei a ricoprire quei posti.

La British Medical Association (Bma) e l'Associazione britannica dei medici di origine indiana (Bapio) avevano espresso subito la loro forte preoccupazione per la sorte dei junior doctor extracomunitari presenti nel Regno Unito, molti dei quali con contratti a breve termine o disoccupati. Nel comunicato congiunto emanato l'anno scorso - nel quale veniva sottolineato sia il comportamento "sgradevole" del Governo nei confronti di questi medici che "quasi senza preavviso stanno per essere sradicati, costretti a far lasciare la scuola ai propri figli, a vendersi casa e a doversi sbrigare a lasciare il paese", sia l'urgenza di un nuovo sistema in grado di prevedere l'ingresso di un numero di medici stranieri adeguato alle reali necessità del Nhs - le due associazioni avevano espressamente richiesto: a) la possibilità per i junior doctors con contratto di lavoro di completare la propria formazione senza bisogno di un permesso di lavoro; b) la possibilità per i junior doctors disoccupati di fruire di un periodo di grazia fino a due anni per trovare lavoro; c) la possibilità per i medici extracomunitari laureatisi nelle università del Regno Unito di completare tutto l'iter formativo nel Nhs, e non solo il biennio formativo previsto dalla nuova norma.

Dopo il pronunciamento dell'Alta Corte, la Bapio, che aveva impugnato la decisione del Governo, potrà ricorrere in appello e il suo presidente Ramesh Mehta ha detto che sta già raccogliendo i fondi necessari per il ricorso tra i medici e le associazioni di categoria.

Alla vertenza intentata dall'Associazione, che rappresenta circa 5mila medici provenienti dal Subcontinente indiano, si era unito anche il medico pachistano Imran Yousaf, suicidatosi il mese scorso, ancor prima dunque di conoscere il parere della Corte. Il dottor Yousaf era arrivato in Inghilterra per completare la sua formazione specialistica, affrontando debiti consistenti, ma non era riuscito ad ottenere un posto di lavoro nel Nhs prima che la normativa cambiasse nell'aprile del 2006. Nel suo ricorso aveva sostenu-

to che non sarebbe mai approdato nel Paese, o comunque non vi sarebbe mai rimasto, se avesse saputo che il suo permesso di lavoro era a rischio.

I medici stranieri, per lo più di origine indiana, hanno finora supplito alla carenza di medici specializzati britannici: è noto a tutti che il Nhs, il Ssn britannico, non avrebbe potuto andare avanti senza il personale straniero. Le rilevazioni del ministero dell'Interno parlano di un aumento del 27% dei dipendenti stranieri nel settore sanitario rispetto al 1993. Gli impiegati di nazionalità straniera ricoprono tutti i ruoli previsti dall'organigramma sanitario: medici, infermieri, radiologi, terapisti ecc. Evidentemente è stata troppo forte la preoccupazione che un ulteriore aumento dei nuovi allievi nelle scuole di medicina potesse impedire a molti neolaureati britannici di completare la propria formazione specialistica.

La critica più aspra che l'Associazione dei medici di origine indiana rivolge al Governo è quella di aver agito senza una preventiva consultazione né una comunicazione: le nuove norme infatti sono entrate in vigore nell'aprile 2006 e a precederle c'è stato solo un secco annuncio. La mancata consultazione con la professione è stata rilevata anche dalla High Court che peraltro nella sua sentenza ha evidenziato anche l'assenza da parte del Governo di una valutazione dell'aderenza della nuova normativa al principio dell'uguaglianza razziale contemplato dalla legge sulle Relazioni interraziali (Race Relations Act) del 1976.

La British Medical Association (Bma) ha ribadito la sua delusione per il comportamento del Governo sottolineando il ruolo vitale che la componente straniera riveste in seno al Nhs. "È stata data loro l'impressione di poter contribuire al Nhs e di poter spendere l'intera carriera nel Regno Unito. Poi le regole sono cambiate dall'oggi al domani e molti sono stati costretti a partire" ha commentato amaramente il presidente del comitato internazionale della Bma, Edwin Barman. Per il vice presidente del Comitato dei junior doctors della Bma, Andrew Roland, "è cruciale che il ministero della sanità emani subito direttive complete e trasparenti visto che siamo nel bel mezzo di un processo di reclutamento di nuovi junior doctors e i candidati devono sapere con chiarezza a cosa andranno incontro per poter prendere decisioni appropriate".

"Il governo deve imparare la lezione" avverte la Bma e a tal fine si deve attivare "per fare una programmazione rigorosa, a lungo termine, della forza lavoro così da poter essere onesto verso i medici extracomunitari sulle reali opportunità di lavoro nel nostro Paese. Quel che è accaduto in passato non deve più succedere".

REGNO UNITO

Prescrizioni e consulenze in internet: un medico di famiglia sospeso per 9 mesi

Nove mesi di sospensione per prescrizione irresponsabile su internet. Questa la sanzione che il Consiglio Generale Sanitario britannico, il General Medical Council (Gmc) che autorizza i medici ad esercitare nel Regno Unito, ha comminato a un medico di famiglia. Si tratta della sospensione più lunga inflitta a un "internet doctor" ma "appropriata e proporzionata" come l'ha definita il presidente del comitato del Gmc Richard Kyle.

Julian Eden, che ha una clinica privata al St John's e St Elisabeth Hospital, è stato il primo medico britannico a offrire sia diagnosi che prescrizioni su internet ed è fondatore e direttore di e-med (<http://e-med.co.uk>), un sito che propone servizi medici privati on-line.

Secondo il Gmc il dottor Eden avrebbe agito in maniera irresponsabile, o comunque non nel miglior interesse dei pazienti (tre veri pazienti e due giornalisti spacciatisi per pazienti che avevano inoltrato richieste di prescrizioni al suo sito).

Il caso più grave riguarda un teenager che ha rischiato la vita per un overdose di medicinale. Nella richiesta inoltrata su internet il sedicente non aveva fatto mistero di essere un consumatore di cannabis, incline all'autolesionismo e a pensieri suicidi, nonché di essere in cura presso i servizi psichiatrici; ciò nonostante il dottor Eden gli aveva prescritto ripetutamente il propanolo-

senza nemmeno reputare necessaria una visita "faccia a faccia".

Eden ha ammesso le sue responsabilità anche nei confronti di altri due pazienti, anch'essi mai visitati, cui ha prescritto ripetutamente sedativi e sonniferi che hanno creato loro dipendenza.

Anche ai due giornalisti, uno del *Sun* e l'altro dell'*Independent*, il medico di famiglia avrebbe prescritto farmaci con una certa disinvoltura. Nel primo caso il giornalista del *Sun* aveva richiesto un farmaco per dimagrire; la prescrizione di "reductil", che dapprima gli era stata negata perché il suo Bmi era nella norma, era stata poi rilasciata dopo che il giornalista aveva falsificato il suo peso sul modulo internet. Il giornalista dell'*Independent* invece ottenne dopo soli due minuti in internet una prescrizione per il "viagra".

"Da medico di medicina generale il dottor Eden dovrebbe conoscere bene le linee guida del Gmc le quali prevedono che la buona pratica clinica debba includere un'adeguata valutazione delle condizioni del paziente, basata sulla sua storia e sui sintomi e, se necessario, su un esame appropriato" ha detto il dottor Kyle.

Quanto alle prescrizioni ripetute "esse prevedono chiaramente una adeguata conoscenza delle condizioni di salute del paziente e dei suoi bisogni e in questo caso, per stessa ammissione del dottor Eden, così non è stato".

USA

I rischi dei pazienti con scarsa padronanza della lingua inglese

Gli eventi avversi che si verificano negli ospedali danneggiano di più i pazienti che non possiedono una buona conoscenza della lingua inglese. Lo afferma uno studio americano pubblicato online sull'*International Journal for Quality in Health* che ha preso in considerazione 1.083 eventi avversi occorsi in sei ospedali statunitensi. L'indagine condotta nell'arco di sette mesi nel 2005 ha evidenziato che il 49,1% degli eventi avversi che hanno comportato danni fisici ha coinvolto pazienti con una scarsa conoscenza della lingua inglese mentre solo il 29,5% pazienti con una buona conoscenza dell'inglese. La percentuale di eventi avversi che hanno causato danni fisici, dalle lesioni di grado moderato fino alla morte, tocca il 46,8% dei pazienti con una scarsa conoscenza dell'inglese e il 24,4% dei pazienti con una buona conoscenza della lingua.

Nel 52 per cento dei casi l'evento avverso subito da chi non parla bene l'inglese è principalmente frutto di errori nella comunicazione.

Lo studio evidenzia che le barriere linguistiche aumentano i rischi per la sicurezza del paziente e che manca una adeguata formazione per i mediatori-interpreti che lavorano negli ospedali. Meno del 25% degli ospedali statunitensi, infatti, impartisce una formazione adeguata agli interpreti che lavorano nelle strutture e anche lo staff ospedaliero nella grande maggioranza dei casi non è sufficientemente preparato a lavorare con questi operatori. Dal momento che il paziente entra in ospedale, secondo gli autori, il provider dovrebbe essere subito in grado di offrirgli un valido servizio di interpretariato.

Negli Usa sarebbero oltre 20 milioni le persone con una scarsa conoscenza dell'inglese, una percentuale che tra il 1990 e il 2000 è aumentata di un terzo, passando dal 6 all'8% della popolazione. L'indagine rileva come vi sia una scarsissima letteratura sull'argomento e come gli effetti delle barriere linguistiche non siano stati ancora ben compresi.

DATI NÉ VERIFICATI NÉ CORRETTAMENTE ANALIZZATI SCREDITANO SPESSO IL SSN

Errori medici: quale informazione?

di Luigi Longo*

Lunedì 23 ottobre dello scorso anno l'Aiom (Associazione Italiana di Oncologia Medica), in collaborazione con Dompé Biotec, ha tenuto a Milano presso l'Istituto dei Tumori un convegno nazionale di studio sugli errori medici ed il rischio clinico. A margine dell'iniziativa è stata organizzata una conferenza stampa e con un comunicato sono stati forniti presunti dati nazionali sull'argomento. Immediata e clamorosa la risposta mediatica con titoli di apertura, nelle principali edizioni serali dei telegiornali e sulle prime pagine di tutti i quotidiani, sintetizzabili in: "Strage in corsia: per errori medici 90 morti al giorno". Sui numeri forniti sono a ruota seguiti dibattiti televisivi in trasmissioni pomeridiane e serali di vasta audience tra cui *Porta a Porta*.

Riassumo le dichiarazioni che tanta preoccupazione hanno giustamente generato nell'opinione pubblica ed indignato la categoria medica e non solo. Sarebbero da 30 a 35mila all'anno, circa 90 al giorno, i decessi provocati direttamente o indirettamente dagli errori dei medici o comunque dei sistemi di assistenza e cura. Un numero di vittime maggiori, quindi, degli incidenti stradali, dell'infarto e di molti tumori, con costi annuali stimati in 10 miliardi di euro (1% del Pil). E la metà di questi errori sarebbe evitabile migliorando l'organizzazione delle strutture sanitarie e offrendo ai medici strumenti ad hoc. I reparti risultati a rischio, secondo la citata fonte *Toscana Medica*: la sala operatoria (32%), seguita da dipartimenti di degenza (28%), dipartimenti di emergenza (22%) e ambulatori (18%). Mentre la specialità più sotto accusa - dati del Tribunale per i diritti del malato - sono l'ortopedia (16,5%), seguita da oncologia (13%), ostetricia e ginecologia (10,8%) e chirurgia generale (10,6%).

Un primo ovvio commento è che una cosa è citare l'Istat ed il ministero della Salute - Direzione Generale della Prevenzione - circa i morti certificati in un determinato anno per tumore polmonare ed

infarto o i decessi da incidente stradale, altra cosa è indicare o "copiare" fonti non istituzionalmente accreditate che, relativamente ai morti per presunti errori medici o inadeguata organizzazione, raccolgono dati disaggregati senza criteri scientifici condivisi, accettabili e soprattutto comparabili. Una seria analisi delle fonti avrebbe però permesso di evidenziare che gli stessi identici numeri (90 morti al giorno, costi dell'1% del Pil, reparti e specialità a rischio...) non solo erano già stati oggetto di risonanza mediatica più di due anni prima e precisamente il 18 settembre 2004, ma erano stati prontamente sconfessati dall'allora ministro della Salute, Girolamo Sirchia. Inoltre se non ci si fosse limitati ad una lettura superficiale delle fonti si sarebbe potuto verificare che la citata *Toscana Medica*, pubblicazione del gennaio 2002, da un lato riportava per quanto riguarda i reparti a rischio, uno studio del 1999 presentato da J. Wilson al simposio del Royal College of Surgeons *Health Care Risk Resources International* relativamente alla realtà nel Regno Unito e, dall'altro, l'introduzione di un articolo di un capo sala della Direzione Infermieristica dell'Usl 11 di Empoli che aveva per oggetto un'interessante esperienza aziendale su "Errori e nursing" con un dato sulla presunta mortalità da errori medici in Italia. Tale articolo si caratterizzava per la totale assenza di riferimenti bibliografici o di fonti relative a dati nazionali che venivano dedotti, come puro esercizio e con "precisione spannometrica", trasferendo i decessi per errore medico forniti negli Stati Uniti e nel Regno Unito e rapportandoli sulla popolazione italiana. E anche per quanto riguarda le specialità sotto accusa se non ci si fosse limitati al "copia-incolla" dei dati del Tribunale per i diritti del malato (rapporto Pi.T. salute), peraltro relativi al 2001 mentre sono già disponibili quelli aggiornati al 2005, si sarebbe potuto agevolmente leggere nelle premesse del rapporto annuale che: "1) i dati riportati non hanno rilevanza statistica e non sono espressione di un campione rappresentativo di utenti Ssn; 2) i problemi segnala-

ti non possono essere estesi alla generalità dei cittadini e hanno solo valore di termometro ossia spia o indicatore di malessere", oltre ad altre interessanti osservazioni sul valore e i limiti del rapporto che ne fanno quindi uno studio serio, puntuale e tecnicamente ineccepibile anche perché limitato ai dati delle segnalazioni che in un anno giungono al Tribunale del malato, trattati secondo le categorie della *Joint Commission for Accreditation* americana.

Ovviamente sono fioccate numerose le polemiche e le prese di posizione sia istituzionali (ministero della Salute, presidenza della Fnomceo, commissione Sanità della Camera) sia del mondo professionale sanitario e giornalistico, tanto che il presidente dell'Aiom Emilio Bajetta ed il tesoriere Marco Venturini hanno rimesso il loro mandato all'assemblea dell'associazione che, dopo accesa e lunga discussione, le ha respinte. Il presidente Aiom ha ammesso pubblicamente che "il pasticcio è legato all'erronea estrapolazione dei dati esaminati...", ma mi permetto di stigmatizzare che ben altri criteri di lettura, analisi e verifica dati si pretendono da medici che nel nostro Paese esercitano quotidianamente in campo oncologico ed a livelli ritenuti di eccellenza. La grossolanità dell'errore commesso nella raccolta, nella valutazione e nella divulgazione lascia aperti seri dubbi sulle ragioni vere di quanto avvenuto. Lo stesso Roberto Turno nell'editoriale del n. 42 de il *Sole 24 ore Sanità* conclude: "... Il messaggio dato agli italiani è: il nostro Ssn è assassino. Che l'obiettivo sia di far morire il Ssn e tutti i filistei?".

Un chiaro esempio di disinformazione prodotta da un'associazione medica con la solita incolpevole vittima, l'opinione pubblica. Ha ben sintetizzato il fatto l'onorevole Cesare Cursi, vicepresidente della commissione Sanità della Camera, asserendo che "dati come questi, mandati in giro senza fondamento, colpiscono tanto quanto la malasanita".

*Segretario amministrativo regionale
Anaa Assomed Piemonte

segue da pagina 12

ritenuto che tali sanzioni non possono essere applicate per l'impossibilità di individuare un soggetto collettivo "qualificabile come tale" e, per evitare l'impunità dei soggetti aderenti alla coalizione spontanea, ha affermato il principio della responsabilità individuale dei lavoratori aderenti al comitato spontaneo promotore dell'astensione spontanea illegittima.

Pertanto, nella delibera di valutazione negativa del comportamento del comitato

spontaneo, la Commissione prescriverà al datore di lavoro l'apertura del procedimento disciplinare nei confronti dei singoli lavoratori che abbiano aderito all'astensione.

Tale soluzione interpretativa è stata applicata dalla Commissione ai numerosi casi di scioperi spontanei compiuti in palese violazione delle regole della legge n. 146/1990 (scioperi attuati nel settore del trasporto pubblico locale nei mesi di dicembre 2003 e gennaio 2004).

IL MAGGIOR DANNO ED IL POTENZIALE PERICOLO

Alla luce delle considerazioni svolte, l'astensione parziale di una quota di personale medico, attuata da un "gruppo" non qualificabile come sindacale, oltre a costituire un rischio per la responsabilità individuale dei lavoratori aderenti al comitato spontaneo promotore dell'astensione, potrebbe confliggere con le finalità della legislazione in materia di limiti allo sciopero nei servizi pubblici es-

senziali sotto il duplice profilo sia del maggior danno provocato all'utenza ed al servizio pubblico in generale (per l'aspetto del diritto, costituzionalmente tutelato, alla salute di tutti i cittadini); sia del potenziale grave pericolo provocato al servizio sanitario.

*Professore ordinario
di Diritto del Lavoro
Servizio Tutela Lavoro
Anaa-Cref

PREVIDENZA

Interessi dovuti per pensioni in ritardo

Su i trattamenti pensionistici dei ricorrenti l'Inpdap è obbligata a corrispondere gli interessi legali e/o la rivalutazione monetaria dalla data dell'insorgenza del diritto fino al momento della sua soddisfazione. È una riaffermazione che l'istituto previdenziale dei pubblici dipendenti è obbligata a segnalare ai propri organismi ed uffici periferici in quanto risulterebbe che da talune sedi provinciali, pur in presenza di favorevoli deliberazioni adottate dai Comitati di vigilanza dell'istituto, non vengono corrisposti d'ufficio gli interessi legali o la rivalutazione monetaria in favore dei pensionati che abbiano fatto e vinto un ricorso, in considerazione che tale condizione non è prevista, come indicazione specifica, nella deliberazione medesima. Si tratta, in particolare, di liquidazione di somme arretrate di cui già in passato era stato sottolineato, dallo stesso ente, l'obbligatorietà della attribuzione comprensiva di quote correlate al ritardato pagamento.

L'ente previdenziale, in una specifica nota operativa (la n. 29 del 26 aprile 2006), a riguardo ha voluto precisare che, secondo un consolidato orientamento giurisdizionale l'obbligazione pensionistica si sostanzia in un debito di valore che impone all'istituto di liquidare rivalutazione monetaria ed interessi legali d'ufficio, a prescindere dalla causa del ritardo. Questo essendo un diritto completamente svincolato da ogni presupposto di colpa dell'ufficio liquidatore ed essendo dovuti per il solo fatto del mancato pagamento, alle singole scadenze, delle somme spettanti al pensionato. La Corte dei conti ha, infatti, da tempo, chiarito, in coerenza peraltro con quanto stabilito dalla sentenza della Corte Costituzionale n. 156 del 12 aprile 1991, che nella materia delle pensioni ordinarie la rivalutazione e gli interessi hanno lo scopo di conservare il valore originario dell'obbligazione pensionistica. La rivalutazione esprime, infatti, il tantundem in termini di valore attuale, intendendosi per valore quello ottenuto con il meccanismo previsto dal 3° comma dell'articolo 429 del codice di procedura civile, mentre gli interessi corrispettivi trovano la loro ragione d'essere nella naturale fecondità del denaro non corrisposto alla scadenza dell'obbligo.

Già in passato l'istituto aveva dato chiare disposizioni ed istruzioni in merito alla corresponsione in via automatica di interessi e rivalutazione monetaria per il ritardato pagamento dei trattamenti pensionistici con due circolari: la prima del maggio 1999 (n. 31) e la successiva del novembre 2001 (n. 62). In quest'ultima, definita informativa, era stata prodotta tutta una rilevazione delle leggi che si sono succedute nel tempo nel merito del diritto alla percezione degli interessi legali e alla rivalutazione monetaria. In sostanza, fermi restando gli ordinari termini di prescrizione quinquennale, i benefici accessori sono da corrispondere d'ufficio dal 1° gennaio 1992 e devono, comunque, essere liquidati secondo la disciplina vigente all'epoca della maturazione. Per cui, qualora, l'obbligo del pagamento comprenda più periodi regolati da differenti condizioni, la liquidazione avviene sulla base della disciplina vigente in ciascun ambito temporale. In pratica, viene sottolineato dall'istituto previdenziale, che gli interessi legali e la rivalutazione monetaria devono essere calcolati separatamente sulla sorte del capitale, tenendo presente le scadenze legali di ogni singolo rateo pensionistico, fino alla data del soddisfo. Appare, inoltre, utile rappresentare, per completezza dell'argomento, che lo stesso ente aveva dato anche chiarimenti in merito ai criteri da adottare per quanto possa riferirsi ai trattamenti pensionistici provvisori. Nell'informativa 62 del 2001 si faceva presente che, nel caso in cui il trattamento pensionistico provvisorio concesso all'atto del collocamento in quiescenza fosse stato rideterminato, per effetto di un successivo provvedimento, e la pensione definitiva avesse conferito un importo annuo lordo pari a quello già attribuito con il decreto di riliquidazione, all'interessato competono, comunque, gli oneri accessori, e la data fino alla quale devono essere calcolati è quella del pagamento delle differenze di pensione spettanti per effetto dell'applicazione del provvedimento di riliquidazione.

Claudio Testuzza

Il dilemma del riscatto degli anni di studio

Chi vuole riscattare ai fini pensionistici la laurea, e nel caso dei medici anche l'eventuale corso di specializzazione, è spesso preda di dubbi sulla convenienza o meno del procedimento.

In effetti con l'entrata in vigore, per i nuovi assunti, del metodo di calcolo previdenziale contributivo si ha, anche per il riscatto, una diversa condizione rispetto a quanto avviene per coloro che risultano essere ancora soggetti al metodo retributivo. I due sistemi, retributivo e contributivo presentano una differenza sostanziale sia nei criteri di calcolo sia nei riferimenti economici utilizzati per determinare gli importi della pensione spettante.

Il primo valuta la pensione sulla base degli stipendi in godimento nell'ultimo periodo di attività.

In particolare, per la quota A del trattamento pensionistico e relativa all'anzianità maturata sino al 31 dicembre 1992, si utilizza, quale riferimento economico, l'ultimo stipendio in godimento per i dipendenti pubblici, mentre per i dipendenti del settore privato si procede con la media degli stipendi degli ultimi cinque anni. Per la quota B, relativa all'anzianità relativa ai periodi maturati dal 1° gennaio 1993, viene utilizzata la media degli stipendi percepiti negli ultimi dieci anni.

Nel sistema contributivo il calcolo del trattamento previdenziale viene prodotto riferendosi a quanto versato quali contributi, opportunamente rivalutati, in tutto l'arco della vita lavorativa. Questa massa economica, chiamata "montante", sarà la fonte dell'importo della pensione contributiva calcolata mediante

l'attribuzione ad esso di una percentualizzazione. Percentualizzazione che sarà diversa secondo l'età posseduta dal lavoratore al momento del pensionamento: se il "montante" accumulato e rivalutato dovesse corrispondere a un milione di euro, la pensione per chi lasciasse il lavoro a 65 anni, sarà di 61.300 euro annui, essendo la percentuale prevista, per quell'età, del 6,13%

Per i lavoratori ricadenti nel sistema retributivo (almeno 18 anni di contributi al 31 dicembre 1995) il riscatto vale ai fini del diritto e della misura della pensione. Il procedimento appare vantaggioso sia per raggiungere, eventualmente, i limiti del pensionamento d'anzianità (35 anni di contribuzione complessiva) ovvero incrementarli, e in particolare per accumulare i 18 anni di contribuzione, ove non posseduti al 31 dicembre 1995, al fine di essere inclusi nel sistema più conveniente di calcolo previdenziale retributivo. Ricordiamo che i riscattati vengono considerati quali fossero effettiva contribuzione versata nel periodo di cui si chiede il riscatto.

Nel caso di coloro che rientrano nel sistema contributivo e gli anni di studio, di cui si richiede il riscatto fossero stati prodotti successivamente al 1° gennaio 1996, il riscatto viene valutato esclusivamente con le norme della pensione contributiva e quindi serve ad aumentare l'importo ma non vale ai fini del diritto. Ricordiamo che nel caso della pensione contributiva occorrono almeno cinque anni di contribuzione effettiva, cioè collegati al rapporto di lavoro. Per cui, in un esempio limite, chi avesse un anno di servizio effetti-

vo e quattro anni di riscatto del periodo di studio, non potrà avere la pensione perché, ai fini dell'anzianità contributiva minima necessaria è come se avesse un solo anno. Anche nel caso si utilizzasse il limite dei 40 anni previsto, sempre nel sistema contributivo, nel caso di richiesta di pensionamento con un'età inferiore ai 57 anni d'età, gli anni riscattati non varranno per raggiungere questo limite. Tuttavia, a favore del riscatto anche nel sistema contributivo, v'è da considerare che, ovviamente, la pensione sarà calcolata considerando il "montante" dei contributi versati aumentato delle somme relative al riscatto.

Anche nel merito del costo dell'operazione di riscatto i due sistemi, retributivo e contributivo, presentano delle differenze sostanziali. Se si ha titolo alla pensione retributiva il prezzo del riscatto sarà basato su delle tabelle ministeriali risalenti al 1981. L'importo varia in relazione al sesso (le donne pagano un po' di più perché il loro limite per ottenere la pensione di vecchiaia è inferiore di cinque anni a quello degli uomini: 60 anni anziché 65), all'età del richiedente, all'anzianità contributiva e allo stipendio del momento della richiesta. Chi ha, invece, titolo, alla pensione contributiva paga un importo che si ottiene applicando l'aliquota contributiva in vigore all'atto della domanda: il 32,70 % dello stipendio per il 2006 (ma nel 2007 è previsto un incremento al 33 per cento) sulla retribuzione media degli ultimi 12 mesi, per ogni anno di cui si chiede il riscatto.

C.T.

SCUOLA "CARLO URBANI"

Corso di formazione **Firenze 16 Marzo - 26 Maggio 2007****Formazione dei medici
per la Cooperazione Internazionale****OBIETTIVO DEL CORSO**

Costituire un livello di formazione di "base" per i discendenti in merito all'organizzazione del lavoro delle équipes sanitarie nell'ambito della cooperazione internazionale in particolare modo orientata verso i progetti di sviluppo. Il corso ha ottenuto 49 crediti dalla Commissione NFC.

DURATA DEL CORSO

6 Moduli quindicinali della durata di 4 + 8 ore da tenersi da marzo a maggio 2006, il venerdì pomeriggio ed il sabato mattina e pomeriggio per complessive 72 ore. Il Corso è riservato ai medici interessati alle problematiche della cooperazione.

DIRETTORE DEL CORSO

Paolo Quondam

SEGRETERIA ORGANIZZATIVA

Egidio Di Pele, Enrico Reginato

telefono e fax 010 5740224
e-mail: segr.liguria@anaao.it

SEDE DEL CORSO

Residence Palazzo Ricasoli
Via Mantellate, 2 - Firenze
telefono 055 352151
fax 055 495001

DOCENTI

Marco Anselmo
Malattie Infettive Ospedale di Savona
Zeno Risoffi
Malattie tropicali, Ospedale di Negrar (VR)
Franco Bonanni
Esperto problematiche Albania, America Latina e Centro America
Luigi Cafiero
Responsabile ART GOLD Libano
Dante Carraro
Vice Direttore CUAMM Medici per l'Africa

Luciano Carrino
Ministero degli Affari Esteri - UNDP Roma
Giorgio Cortassa
Esperto in medicina d'urgenza e problematiche della Cina
Valerio Del Bono
Malattie Infettive Ospedale San Martino di Genova
Gianluca Falcitelli
ONG CISP Roma
Luigi Ferranini
Dipartimento salute mentale - Ospedale Galliera Genova
Silvio Galvagno
Chirurgo ONG CCM Torino
Giuseppe Giagnorio
Medicina d'Urgenza, Ospedale di Gorizia
Antonio Guerri
Antropologia Medica Genova
Rosario Lembo
Contratto Mondiale per l'acqua

Alessandro Loretto
WHO Ginevra
Gavino Maciocco
Istituto d'igiene dell'Università di Firenze
Ambrogio Vanenti
Direttore WHO Office - Gerusalemme
Giuseppe Meo
Chirurgo ONG CCM Torino
Luisa Morgantini
Vice Presidente Parlamento Europeo
Giacomo Negrotto
Responsabile UNDP Libia
Fausto Orecchio
Istituto d'Igiene Università Cattolica Roma
Gabriella Pagano
Malattie Infettive A.O.S. Martino Genova
Luca Scali
Dirigente medico, epidemiologo Siena
Chiara Sella Baudinelli
Esperta di progettazione nella cooperazione
Giuseppe Tommasini
Esperto problematiche Africa orientale

**MODULO I - KNOW HOW di base
venerdì 16 - sabato 17 marzo 2007**

15.00-17.00 Modello partecipativo, alternative alla cooperazione bilaterale e commerciale, cooperazione multilaterale, sviluppo umano, prospettive per la cooperazione decentrata *Luciano Carrino*
17.00-19.00 Enti internazionali (ONU, agenzie, ECHO) *Luigi Cafiero*

9.00-11.00 Programmazione e costruzione di un progetto di cooperazione per lo sviluppo *Franco Bonanni*
11.00-13.00 Gestione di un progetto *Luca Scali*
13.00-14.00 Pausa lavori
14.00-16.00 Equipe Sanitarie: ruoli e competenze *Franco Bonanni*
16.00-18.00 Gestione dei progetti *Chiara Sella Baudinelli*
18.00-19.00 Dibattito su argomenti del Modulo

**MODULO II - VISIONE GENERALE:
LA POLITICA PER CAPIRE**

venerdì 30 - sabato 31 marzo 2007
15.00-17.00 Strategie sanitarie nei PVS, tra globalizzazione e povertà *Giorgio Cortassa*
17.00-19.00 Epidemie globali: nord e sud

del pianeta, equità e sistemi sanitari in evoluzione *Gavino Maciocco*

9.00-11.00 Urgenze Mediche *Giuseppe Giagnorio*
11.00-13.00 Disponibilità d'acqua. Acqua: diritto o bisogno? Le guerre per l'acqua *Rosario Lembo*
13.00-14.00 Pausa lavori
14.00-18.00 Disaster reduction, monitoraggio dei trend globali, allarmi precoci e contingency planning *Alessandro Loretto*

**MODULO III - I LUOGHI
DELLA SALUTE**

venerdì 13 - sabato 14 aprile 2007
14.30-17.00 Antropologia della salute, costumi e religione nella molteplicità e nella diversità *Antonio Guerri*
17.00-19.00 Presentazione dei progetti di cooperazione della Fondazione *Pietro Paci*

9.00-11.00 Primary Health Care *Luca Scali*
11.00-13.00 Il Sentiero difficile: 10 anni di cooperazione sanitaria in Tibet *Gianluca Falcitelli*
13.00-14.00 Pausa lavori
14.00-16.00 Salute mentale nei paesi in via di sviluppo e durante il periodo

16.00-17.30 bellico *Luigi Ferranini*
Ruolo di una ONG cristiana nella Cooperazione internazionale *Dante Carraro*
17.30-18.00 Dibattito su argomenti del Modulo

**MODULO IV - MALATTIE
TROPICALI**

venerdì 27 - sabato 28 aprile 2007
15.00-17.00 Acqua e malattie trasmissibili *Fausto Orecchio*
17.00-19.00 Malattie infettive inquadramento generale *Gabriella Pagano*

9.00-11.00 I farmaci essenziali *Paolo Quondam*
11.00-13.00 Malaria, realtà e territori *Zeno Bisoffi*
13.00-14.00 Pausa lavori
14.00-17.00 Urgenze Mediche *Giuseppe Giagnorio*
17.00-18.00 Dibattito su argomenti del Modulo

**MODULO V - MALATTIE
DEL SUD DEL MONDO**

venerdì 4 - sabato 5 maggio 2007
15.00-19.00 AIDS: diffusione, prevenzione e spazi terapeutici nei paesi in via di sviluppo *Valerio Del Bono*

9.00-11.00 Malattie ad elevata contagiosità e PVS *Marco Anselmo*
11.00-13.00 Legislazione italiana ed europea sulla cooperazione *Luisa Morgantini*
13.00-14.00 Pausa lavori
14.00-16.00 Chirurgia nei PVS *Giuseppe Meo*
16.00-17.00 Chirurgia di guerra *Silvio Galvagno*
17.00-18.00 Dibattito su argomenti del Modulo

**MODULO VI - ATTRIBUZIONE
E PRESA IN CARICO**

venerdì 25 - sabato 26 maggio 2007
15.00-17.00 Ruolo delle ONG e delle istituzioni no-profit *Giacomo Negrotto*
17.00-19.00 Cooperazione sanitaria in periodo bellico *Ambrogio Vanenti*

9.00-12.00 Malattie croniche nei PVS *Giuseppe Tommasini*
12.00-13.00 Globalizzazione e salute: i rapporti tra FMI, WT e WHO *Paolo Quondam*
13.00-14.00 Pausa lavori
14.00-16.00 Dibattito sugli argomenti del Corso
16.00-18.00 Questionario di valutazione finale

DIRIGENZA MEDICA

Il mensile dell'Anaao Assomed

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

direttore
Carlo Lusenti
direttore responsabile
Silvia Procaccini
comitato di redazione:
Giorgio Cavallero, Domenico Iscaro, Mario Lavecchia,
Gianluigi Scaffidi, Costantino Troise
coordinamento editoriale
Eva Antoniotti

hanno collaborato:
Arianna Alberti, Paola Carnevale,
Lucia Conti, Ester Maragò,
Stefano Simoni, Claudio Testuzza

Progetto grafico e impaginazione:

Daniele Lucia

A.N.E.S.
AGENZIA NAZIONALE EDITORIALE
SOCIETÀ PER AZIONI



Health Communication srl

Editori e servizi di consulenza sanitaria

Via Vittore Caracciolo 18, 00147 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 Ancona
Diritto alla riservatezza: "Dirigenza Medica" garantisce la massima riservatezza dei dati forniti dagli abbonati nel rispetto della legge 675/96
Stampa: Tecnostampa srl - via Le Brece 60025 Loreto (An)
Finito di stampare nel mese di marzo 2007