

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, DCB ROMA N.11/2006

Editoriale

LA STRADA È APERTA

di Carlo Lusenti

Fare previsioni è un esercizio futile, tanto più se ci si basa su scenari molto variabili e incerti. Cosa diversa è lavorare per un progetto, avere una strategia, interpretare il contesto, valutare le variabili in campo, fissare uno o più obiettivi e alla fine misurarne il grado di raggiungimento.

In entrambi i casi però la domanda che ci si fa all'inizio è sempre: ce la farò?

E quindi: saranno sufficienti e adeguate le azioni intraprese? Saranno giuste le valutazioni sulle forze in campo? I rischi saranno commisurati agli obiettivi? Gli alleati sono affidabili? Si può fare di più e meglio?

Questo è il punto, ora.

Il 4 maggio tutti i sindacati medici e delle professioni sanitarie del Ssn hanno fatto il primo sciopero del pubblico impiego dall'insediamento del Governo Prodi.

Seguendo la strategia proposta dall'Anaa Assomed, 135mila professionisti hanno utilizzato per primi la forma di pressione più radicale ed esplicita a sostegno di 4 rivendicazioni chiare e urgenti: rinnovo del contratto, riassorbimento del precariato, previdenza integrativa e garanzie certe e stabili per la libera professione.

Il risultato è stato buono sia per l'adesione che per la visibilità mediatica, la categoria ha saputo esprimere le sue istanze in modo fermo e unitario, i quattro punti a sostegno dello sciopero sono entrati con forza nelle agende dei ministeri competenti e del Governo.

Sono queste valutazioni positive, ma con vita breve. L'obiettivo non è naturalmente apparire sulla stampa e la televisione per qualche giorno, tenere unita la categoria su poche parole d'ordine. Questi sono fini intermedie che diventano subito mezzi per obiettivi più solidi e stabili.

Quali sono quindi i punti di caduta sindacali della vertenza avviata il 4 maggio?

Contratto: la vertenza degli statali, e quindi anche del nostro comparto, è aperta a tutto campo e strettamente intrecciata ai temi della politica nazionale (elezioni amministrative di fine maggio, coerenza delle scelte del governo, rapporti tra partiti della maggioranza e confederazioni).

Mentre scrivo non è ancora chiaro se si troverà un accordo o ci sarà lo sciopero del 1 giugno, certo è che una politica avveduta non può non cogliere come l'avvio della trattativa per il rinnovo del contratto di più di 3 milioni di dipendenti pubblici, a 18 mesi dalla scadenza, sia un elemento decisivo

segue in ultima

SCIOPERO NAZIONALE 4 MAGGIO: ADESIONI OLTRE IL 70%

È pienamente riuscito lo sciopero nazionale del 4 maggio: ha registrato il 70-75% di adesione, con punte dell'80% in alcune Regioni. Mentre i rappresentanti di medici, veterinari, biologi, fisici, chimici e dirigenti amministrativi del Servizio sanitario nazionale hanno organizzato un sit-in davanti al ministero dell'Economia "armati" di bandiere e cartelli per rivendicare i loro diritti contrattuali e previdenziali. E per dire "no" all'inerzia di Governo e Regioni di fronte ai problemi posti dalla categoria. Il contratto è, infatti, scaduto il 31 dicembre 2005 e dopo quasi 18 mesi non c'è traccia dell'Atto di indirizzo necessario per dare il via alle trattative. L'indennità di esclusività è ferma al 1999 e ha perso ben il 16% del suo potere d'acquisto. La piaga del precariato medico non è stata sanata. I medici ospedalieri sono l'unica categoria di lavoratori per la quale non è ancora disponibile la possibilità di sottoscrivere una previdenza integrativa.

"Ci auguriamo - ha detto Carlo Lusenti, segretario nazionale dell'Anaa Assomed - che l'entusiasmo per l'esito dello sciopero non venga spento dal Governo che ci ha costretto a scioperare proprio per l'indifferenza dimostrata nei confronti dei problemi posti dalla categoria. Chiediamo di entrare nell'agenda sociale e politica del Paese con proposte innovative e soluzioni condivise, sollecitando una riscrittura delle priorità che riconosca ai problemi della nostra categoria il diritto di avere soluzioni chiare e positive. A questo serve uno sciopero dichiarato da tutti i sindacati della dirigenza medica e sanitaria del Ssn in nome di 135mila professionisti, innanzitutto a dare la sveglia, a pretendere attenzione e soluzioni a problemi da troppo tempo trascurati. In caso contrario non esiteremo a programmare ulteriori forme di protesta".

a pagina 2

INTERVISTA AL SOTTOSEGRETARIO ZUCHELLI

"Obiettivi giustificati, ma lo sciopero è frutto di impazienza"

"Come ministero della Salute giudichiamo le richieste fatte dai sindacati medici che riguardano il rinnovo del contratto e la rivalutazione dell'esclusività di rapporto, la previdenza integrativa, il problema del precariato medico e le norme sull'intramoenia come obiettivi giustificati". Serafino Zucchelli conferma la sua disponibilità a trattare con le organizzazioni sindacali, anche se si dice addolorato per la loro decisione di arrivare allo sciopero: "Questo sciopero si legge con l'impazienza del mondo medico nell'aspettare risultati che non potevano e non possono essere immediati, ma che tuttavia è giusto perseguire. Le risposte che abbiamo dato loro erano risposte non solo di cooperazione, ma di impegno concreto".

a pagina 4

L'INTERVENTO DEL MINISTRO CESARE DAMIANO PER "DIRIGENZA MEDICA"

Pubblichiamo l'intervento del ministro del Lavoro e della Previdenza Sociale, Cesare Damiano, che illustra quali siano state le motivazioni che hanno portato il Governo a scegliere di accelerare l'avvio dei fondi pensione. "La questione che oggi abbiamo di fronte - ha spiegato Damiano - è quella di far comprendere, soprattutto ai giovani, l'importanza di compiere una scelta sulla previdenza complementare, con conseguente trasformazione di un istituto come il Tfr da salario differito, disponibile immediatamente al momento della cessazione del rapporto di lavoro, in risparmio previdenziale fruibile solo al momento del pensionamento".

a pagina 6

SCIOPERO NAZIONALE 4 MAGGIO

Una protesta pienamente riuscita: ha aderito oltre il 70% dei medici

di Ester Maragò

Non li ha fermati neanche l'arrivo delle nuove norme sulla libera professione intramuraria, presentate sul filo di lana dal ministro della Salute, Livia Turco. Oltre il 70% dei medici e dirigenti del Ssn hanno incrociato le braccia, il 4 maggio, per rivendicare i loro diritti contrattuali e previdenziali. Con un sit-in organizzato davanti al ministero dell'Economia i rappresentanti di tutte le sigle sindacali, ancora una volta strette in un'alleanza, hanno protestato "armati" di bandiere e cartelli. Rigorosamente in camice bianco. Hanno detto "no" all'inerzia di Governo e Regioni di fronte ai problemi posti dalla categoria. Che non sono pochi e stanno creando un profondo disagio tra i professionisti della sanità.

Il rinnovo del contratto è ancora al palo, nonostante sia scaduto il 31 dicembre 2005. Non arriva alcun segnale dal Comitato di settore: non c'è, infatti, traccia dell'Atto di indirizzo conditio sine qua non per l'avvio della trattativa contrattuale per il quadriennio 2006-2009. Una trattativa importantissima per i dirigenti del Ssn. In discussione c'è la rivalutazione del rapporto esclusivo con il Ssn: l'indennità è ferma ormai dal 1999 e ha perso ben il 16% del suo potere d'acquisto.

E bisogna sciogliere anche il nodo del precariato dei dirigenti medici. Una piaga che rischia di diventare incurabile: l'area della dirigenza non è stata inserita dalla Finanziaria 2007 tra quelle "sanabili", per non parlare del fatto che il blocco delle assunzioni nelle Regioni in rosso complica ancora di più il quadro.

Nell'elenco delle rivendicazioni dei medici non poteva poi mancare l'intramoenia allargata. Un diritto dei medici e dei dirigenti sanitari e una opportunità per i cittadini nella scelta del medico cancellati dalla scadenza del 31 luglio fissata dal Decreto Bersani. Una criticità, questa, che il Ddl approvato dal Consiglio dei Ministri a distanza di una settimana dalla protesta dei camici bianchi ha scongiurato. Almeno fino al 31 luglio del 2008 (confronta articolo pubblicato alla pagina seguente).

Ancora, i medici hanno chiesto a viva voce l'attivazione di un fondo di previdenza integrativa specifico per la dirigenza medica e sanitaria coerente con il Ccnl vigente. Uno strumento senza il quale medici e veterinari vedrebbero gravemente compromesse le proprie prospettive previdenziali dal momento che, rispetto ad altri professionisti, accedono in ritardo al mondo del lavoro. Insomma, tutte questioni che chiamano in causa ben quattro ministeri: Economia, Salute, Riforme e innovazioni nella pubblica am-

ministrazione e Lavoro. Da loro dovranno arrivare riposte concrete. Ma da Padoa Schioppa in primis, che dovrà allentare i cordoni della borsa per soddisfare contratti e rivalutazione dell'indennità di esclusiva.

MEDICI PRONTI AD ALTRE FORME DI PROTESTA

"Lo sciopero nazionale è pienamente riuscito. Ha registrato il 70-75% di adesione, con punte in alcune Regioni dell'80%". Sono questi i toni soddisfatti con cui il segretario nazionale dell'Anaa Assomed, Carlo Lusenti, ha commentato i risultati della giornata di protesta.

Per questo Lusenti ha ringraziato tutti i medici e i dirigenti che hanno dimostrato, con l'alta adesione, di aver compreso e condiviso le ragioni dello sciopero. "Certo - ha aggiunto Lusenti - sappiamo di aver creato disagi ai cittadini che si sono visti rifiutare alcune prestazioni, ma siamo assolutamente convinti che da queste dimostrazioni si possano porre le basi per creare migliori servizi proprio per quanti usufruiscono del servizio pubblico".

Quindi, i medici, ancora una volta, a causa della mancanza di attenzione e sensibilità delle Istituzioni sono stati costretti a ricorrere a questa estrema soluzione per vedere riconosciuti i loro diritti.

"Il contratto vigente - ha spiegato Lusenti illustrando le ragioni della protesta - è scaduto il 31 dicembre 2005 e dopo quasi 18 mesi non sono ancora disponibili gli atti preliminari necessari all'avvio della trattativa. Senza accelerazioni rinnoveremo il contratto non prima di tre anni dalla scadenza naturale; l'indennità di esclusività, definita nel 1999 quale retribuzione dell'impegno a svolgere la professione solo all'interno dell'ospedale, è ferma al valore di 7 anni fa, ha perso ben il 16% del suo potere d'acquisto con un conseguente rilevante disequilibrio tra retribuzione e impegno professionale; negli ospedali italiani lavorano 12mila medici precari in condizioni da un lato di vero sfruttamento e dall'altro di instabilità e frustrazione che certo non sostengono i migliori livelli di qualità dei servizi". Inoltre, ha sottolineato il leader dell'Anaa: "I medici ospedalieri sono l'unica categoria di lavoratori per la quale non è ancora disponibile la possibilità di sottoscrivere una previdenza integrativa".

"Ci auguriamo - ha concluso Lusenti - che l'entusiasmo per l'esito della protesta non venga spento dal Governo che ci ha costretto a scioperare proprio per l'indifferenza dimostrata nei confronti dei problemi posti dalla categoria. A questo serve uno sciopero dichiarato da tutti i sindacati della dirigenza medica e sanitaria del Ssn in nome di 135mila professionisti, innanzitutto a dare la sveglia, a pretendere attenzione e soluzioni a

problemi da troppo tempo trascurati".

E se questo non avvenisse?

Lusenti non ha dubbi: non ci sarà alcuna esitazione nel programmare ulteriori forme di protesta.

TURCO: "NON SIAMO INADEMPIENTI"

Non è stato sicuramente facile per il ministro della Salute mandar giù la protesta dei medici. In particolare per chi ha sfilato per le strade di Roma accanto ai trentamila camici bianchi arrivati da tutta Italia per manifestare, quel 24 aprile del 2004, contro l'operato del Governo di centro-destra.

Per questo Livia Turco ha voluto sottolineare, e con "schiettezza", che né lei né il Governo si sentono inadempienti verso i medici pubblici. Anzi, ha rimarcato, a differenza del precedente, l'attuale Esecutivo è tornato ad occuparsi della sanità pubblica con il metodo del dialogo e della concertazione. "Abbiamo grande fiducia nei confronti dei medici italiani. Risolveremo insieme i problemi" ha aggiunto il ministro Turco.

Lo sciopero deve, perciò, essere letto "non come un rimprovero al Governo, ma come una sollecitazione in vista della prossima legge Finanziaria perché tutti i provvedimenti che dovevamo adottare, li abbiamo adottati".

Il ministro ha quindi ribattuto, punto su punto, alle questioni sollevate dai medici. Ponendo l'accento su quanto è già stato messo in cantiere.

Per quanto riguarda il ritardo nell'avvio delle procedure per il rinnovo del contratto, condivide pienamente le ragioni del malessere della categoria che giustamente richiama al rispetto di tempi negoziali certi. E ricorda che è stata formalmente resa nota la disponibilità dei ministeri della Salute e delle Riforme e innovazioni nella Pa ad avviare le procedure per la definizione dell'Atto di indirizzo.

Il titolare della Salute è d'accordo anche sull'attivazione di un fondo di previdenza integrativa ad hoc per la dirigenza medica e sanitaria, e ha ricordato le intese già raggiunte con il ministro del Lavoro e con il Comitato di settore per l'apertura del tavolo tecnico che consentirà la messa a punto delle modalità più idonee per avviare questa importante opportunità previdenziale, soprattutto per le nuove generazioni.

Sulla libera professione intramoenia, invece, la risposta del Governo è già arrivata l'11 maggio scorso con l'approvazione del Disegno di legge contenente "Disposizioni in materia di sicurezza delle strutture sanitarie e gestione del rischio clinico nonché di attività libero professionale intramuraria e di esclusività del rapporto di lavoro dei dirigenti del ruolo sanitario del Servizio sanitario nazionale".

IL CONSIGLIO DEI MINISTRI APPROVA IL DDL SULLA LIBERA PROFESSIONE INTRAMURARIA E LA GESTIONE DEL RISCHIO CLINICO

Nuove regole per l'intramoenia allargata

Apochi giorni dallo sciopero nazionale dei camici bianchi è arrivato, dal Consiglio dei ministri dell'11 maggio scorso, il via libera al disegno di legge del ministro della Salute, Livia Turco che definisce nuove regole per la libera professione intramuraria e detta norme in materia di sicurezza nelle Aziende sanitarie. Il provvedimento, che dovrà ora essere trasmesso alle Camere per avviare l'iter parlamentare, introduce alcune novità contenute in cinque articoli. Tre sono dedicati alla gestione del rischio clinico e mirano a garantire la maggiore sicurezza nelle strutture sanitarie grazie a controlli rigorosi su attività e dispositivi medici. Un articolo regola l'intramoenia, e stabilisce che per un anno a partire dal 31 luglio 2007, quindi fino al 31 luglio 2008, potranno rimanere in vigore i provvedimenti già sanciti per regolare l'attività libero professionale. Infine l'ultimo articolo regola l'esclusività di rapporto confermando l'obbligo di fedeltà al Ssn per i "primari".

LIBERA PROFESSIONE

Massima trasparenza. È questo il principio ispiratore dell'articolo che ridisegna l'attività libero professionale intramuraria. Per raggiungere l'obiettivo si chiede innanzitutto alle Regioni di prendere tutte le iniziative necessarie a realizzare spazi interni alle strutture pubbliche per garantire pienamente l'esercizio dell'attività libero professionale intramoenia (Alpi). Ma la novità sostanziale è che alle Regioni, per attrezzarsi, sono stati concessi altri 12 mesi di tempo rispetto a quanto previsto dal decreto Bersani. In sostanza, la libera professione allargata negli studi sarà possibile ancora fino al 31 luglio 2008.

Alle Regioni viene riconosciuta anche la possibilità, in alternativa alla realizzazione di spazi specifici dentro la struttura sanitaria, di acquisire spazi ambulatoriali esterni, tramite acquisto, locazione o convenzioni. Spazi che dovranno essere valutati anche dal Collegio di direzione. Per garantire la piena trasparenza è stabilito che la libera professione intramoenia dovrà essere gestita direttamente dalle Asl, secondo principi organizzativi ben delineati. Ci dovrà essere un tariffario equo e adeguato a garantire la copertura dei costi dei servizi effettuati. E ancora, dovrà essere affidata a personale della Asl sia la prenotazione delle prestazioni da eseguirsi in tempi e sedi diversi rispetto a quelli ordinari, sia la loro fatturazione.

In sostanza, lo scopo che si vuole raggiungere è quello di evitare abusi e illeciti, garantendo che i volumi di prestazioni libero-professionali non superino quelli eseguiti nell'orario di lavoro e la piena trasparenza del percorso di accesso e riscossione degli onorari in intramoenia.

"Questa iniziativa legislativa - ha sottolineato il ministro Turco - è stata determinata dall'urgenza di intervenire sul sistema dell'attività libero-professionale intramuraria della dirigenza del Ssn per garantire questo diritto dei medici e questa opportunità per i cittadini, ma nel segno della trasparenza e della legalità".

ESCLUSIVITÀ DI RAPPORTO

Altro importante passaggio del Ddl è quello che stabilisce l'obbligo di esclusività di rapporto per i dirigenti di struttura complessa e per quelli di struttura semplice dipartimentale con autonomia gestionale. La durata dell'esclusiva sarà pari a quella dell'incarico prevista nel contratto individuale.

Per tutti gli altri incarichi dirigenziali del ruolo sanitario (sia medici che altre professioni) è consentita la scelta tra rapporto esclusivo e non esclusivo con la struttura pubblica e viceversa. Ma solo alla scadenza dei contratti individuali.

"Abbiamo inteso assicurare la presenza costante e continuativa del personale medico nelle strutture ospedaliere - ha spiegato il Ministro - a maggior tutela delle esigenze dei pazienti, anche in riferimento alla riduzione delle liste d'attesa; garantire la concreta possibilità della libera scelta del medico da parte del paziente; consentire, da parte del medico, un più ampio ambito di esercizio della sua professione".

RISCHIO CLINICO

La gestione del rischio clinico è regolata in tre articoli dedicati alla sicurezza delle cure, alla responsabilità civile delle strutture e del personale sanitario e alla definizione stragiudiziale delle controversie.

"Anche a seguito dei gravissimi episodi di cui hanno dato ampia notizia i mass-media - ha precisato Livia Turco - si è ritenuto opportuno inserire nel provvedimento, originariamente predisposto solo per disciplinare la professione intramuraria e il rapporto di esclusività, tre articoli relativi alla sicurezza delle cure, che sono stati collocati in posizione prioritaria rispetto agli altri e con i quali si è inteso assicurare criteri di

maggior rigore nei controlli delle attività e delle apparecchiature destinate agli interventi e alle prestazioni erogate dalle strutture del Ssn, a garanzia della sicurezza dei pazienti, riducendo il margine degli errori e degli eventi avversi che possono manifestarsi nel corso di procedure cliniche".

Ma cosa stabilisce il Ddl? Le Regioni dovranno adottare un sistema ad hoc per garantire la sicurezza dei pazienti ed evitare il rischio di infezioni ospedaliere. A questo scopo ogni Azienda dovrà creare una struttura dedicata, e istituire un servizio di ingegneria clinica che vigili sui dispositivi medici e soprattutto preveda procedure specifiche e più stringenti per il collaudo, la manutenzione e le verifiche periodiche di sicurezza. Dovrà poi essere facilitata la soluzione stragiudiziale delle vertenze per danni ai pazienti, in linea con quanto già sperimentato positivamente in alcune Asl e in altri Paesi europei. Questo per consentire al cittadino forme più celeri di risarcimento e ridurre il contenzioso legale.

E.M.

ANAAO ASSOMED

IL PROVVEDIMENTO SODDISFA, MA SERVONO MODIFICHE

È un provvedimento con luci e ombre. È questo, in estrema sintesi, il giudizio espresso dall'Anaa Assomed sul Ddl che ridisegna la libera professione intramuraria.

La nota positiva, ha spiegato il segretario nazionale, Carlo Lusenti, è che il nuovo testo ha recepito alcuni degli elementi portati dall'Associazione all'attenzione del Ministro. In primis, quello del ruolo riconosciuto alle organizzazioni sindacali e al Collegio di Direzione nel passaggio ad un sistema finalmente stabile e certo che mette fine al periodo delle proroghe. "In questo sistema - ha chiarito Lusenti - si fa carico alle Aziende sanitarie di mettere a disposizione dei professionisti spazi idonei, in strutture proprie o acquisendo altri spazi ambulatoriali esterni, per garantire l'effettiva esigibilità di un diritto riconosciuto da più parti".

Bene anche l'ulteriore proroga di un anno offerta alle Aziende per adottare le iniziative necessarie allo svolgimento dell'intramoenia, come peraltro aveva suggerito la Commissione di indagine sull'attività libero professionale intramoenia (Alpi) del Senato. Tuttavia, ha sottolineato Lusenti, sarebbe stato preferibile un arco temporale più lungo.

Inoltre, il provvedimento lascia un interrogativo ancora insoluto: se nulla verrà realizzato anche dopo questa ulteriore proroga chi risponderà della mancata attuazione?

Rimangono perplessità sulla decisione di abolire una data certa per esercitare l'opzione per il rapporto non esclusivo per legarla, invece, alla durata dei contratti individuali. "Se tale scelta ha una logica nel caso degli incarichi di direzione di struttura - ha detto il segretario nazionale - appare foriera di contenziosi nel caso degli incarichi professionali ove i contratti individuali continuano a rappresentare una chimera nella maggior parte delle Aziende, malgrado siano previsti dal Ccnl da otto anni rendendo

incerte le scadenze future". Per di più non appare condivisibile la mancata previsione, in prima applicazione, di un'opzione "straordinaria" con l'entrata in vigore della legge per consentire ai professionisti una libera scelta.

Sull'obbligatorietà del rapporto esclusivo per i direttori di struttura, che interessa qualche centinaio di casi, il giudizio del sindacato è condizionato non solo dalla possibilità effettiva di esercitare l'Alpi, ma anche dal reperimento di risorse contrattuali finalizzate alla rivalutazione della relativa indennità ferma ai valori fissati nel 2000. "Registriamo con disappunto e preoccupazione che di ciò non compare traccia - ha rimarcato Lusenti - malgrado le richieste di tutte le organizzazioni sindacali e gli impegni del Ministro della Salute".

Per quanto concerne il tema della sicurezza delle cure, da tempo l'Anaa Assomed ritiene necessario ed urgente uscire dal piccolo cabotaggio della ricerca del colpevole di turno per avviare una rivoluzione culturale e una politica di sistema che metta la sicurezza dei pazienti, degli operatori e delle strutture al primo posto. "Facciamo notare, però - ha affermato il segretario nazionale - che una disposizione contrattuale anticipatrice della previsione legislativa è, ancora una volta, rimasta lettera morta in quasi tutte le Aziende".

Insomma, seppur il testo approvato dall'Esecutivo contiene aspetti soddisfacenti, servono ancora alcune modifiche. Per questo l'Anaa Assomed vigilerà sulla corretta e tempestiva applicazione delle norme in modo da non far ricadere sui medici il peso dell'inefficienza burocratica e della mancanza di volontà politica. "Auspichiamo - ha concluso Lusenti - che a questo punto le Regioni facciano seguire alle parole i fatti ed il Parlamento voglia approvare il Ddl con le correzioni che cercheremo di apportare nei tempi utili".

INTERVISTA AL SOTTOSEGRETARIO ALLA SALUTE SERAFINO ZUCHELLI

“Siamo impegnati per risolvere i problemi posti dai sindacati medici”

di Eva Antoniotti

Sulle pagine di *Dirigenza Medica* non occorre presentare Serafino Zucchelli, che prima di assumere questo incarico di Governo è stato, fino ad un anno fa, segretario nazionale dell'Anao Assomed. E la nostra conversazione parte proprio dalla sua lunga storia di dirigente sindacale.

Sottosegretario Zucchelli, fino a poco tempo fa era lei ad organizzare le proteste dei camici bianchi. Oggi invece, come ha vissuto lo sciopero del 4 maggio? Mi sembra che questo sciopero nasca dall'impazienza del mondo medico nell'aspettare risultati che non potevano e non possono essere immediati, anche se è giusto perseguirli. Non solo io, ma tutta la compagine ministeriale giudica che le richieste fatte dai sindacati in materia di contratto e rivalutazione dell'esclusività di rapporto, previdenza integrativa, precariato medico e intramoenia siano obiettivi giustificati. Proprio per questo abbiamo dato risposte non solo di cooperazione, ma di concreto impegno per trovare soluzioni. Lo dimostra il fatto che sull'unico tema di esclusiva competenza del ministero della Salute, ovvero l'attività libero professionale intramoenia, è già passato in Consiglio dei Ministri un Ddl. Sugli altri temi noi potevamo solo sollecitare, spingere e cercare di far partire quel tavolo che poi si è aperto e al quale hanno partecipato anche il ministero della Funzione pubblica, responsabile del contratto, e il ministero del Lavoro, che si deve occupare del problema del precariato. A fronte di queste garanzie di impegno da parte del governo, non si è voluto, o potuto, aspettare il tempo necessario perché le cose maturassero e quindi è stato indetto lo sciopero. Mi è molto dispiaciuto, proprio perché, per lo meno sulle cose essenziali, consentivamo con quello che era stato richiesto.

Cominciamo dalle cose già in campo: il Ddl sulla libera professione intramoenia riuscirà davvero a risolvere quello che appariva ancora come un vulnus all'impianto della riforma ter?

Quando i problemi non vengono risolti nel tempo dovuto si incancreniscono e trovano una pratica deviata, creando un'abitudine che rende più difficile la soluzione del problema a distanza di anni. Questo è quello che è avvenuto, anche perché le Regioni e le Aziende non si sono molto preoccupate per trovare una soluzione definitiva e superare l'attuale assetto che è insostenibile. Noi ci siamo preoccupati soprattutto di due aspetti. Innanzi tutto la necessità di definire le regole per l'esercizio del diritto alla libera professione, che nessuno vuole rimettere in discussione, ma che si scontra con una pratica di gestione socialmente insopportabile: il cittadino si sente dire, spesso allo stesso sportello, che per avere una prestazione in termini istituzionali deve aspettare tre mesi, mentre se paga può averla subito. Questa situazione è inaccettabile per i cittadini e non è sopportabile dal Ssn, perché porta ad un giudizio negativo sul complesso dei servizi che è immeritato.

Occorre chiarire che il problema delle liste d'attesa e la libera professione non dovrebbero avere in realtà molto a che fare tra loro, se si esclude la possibilità per l'Azienda di richiedere ai propri medici un'attività libero-professionale extra orario di lavoro per accorciare le li-

ste d'attesa, situazione utilizzata da poche Aziende. Di norma, invece, il ricorso alla libera professione dovrebbe essere l'espressione della libertà di scelta del cittadino, che trova la possibilità di realizzarsi anche all'interno della struttura pubblica.

Il secondo problema che abbiamo voluto affrontare è quello fiscale, che è stato messo in evidenza dall'inchiesta del Senato e in modo più gridato dall'inchiesta giornalistica: è inaccettabile per un Paese civile che vi siano attività che si sottraggono al controllo fiscale.

Qualcuno dice che il Disegno di legge è solo l'ennesima proroga.

Il Ddl che abbiamo messo a punto vuole dare un assetto definitivo al problema, in modo che non ripareremo più l'anno prossimo di questo argomento. Certo, contiene anche una parte di proroga, ma non è una proroga che serve per lasciare la situazione così come era, ma solo a consentire di realizzare i cambiamenti. Dobbiamo tener presente che lavoriamo dopo la modifica del Titolo V della Costituzione, secondo cui lo Stato si deve occupare dei principi e le Regioni dell'organizzazione. Noi abbiamo stabilito che la libera professione è un valore, e deve essere governato da norme, fissando diritti e doveri. Abbiamo fissato quelli che io definisco "principi di organizzazione", perché se non entriamo nell'organizzazione, enunciando i principi ai quali questa organizzazione necessariamente si deve attenere, la mancanza dell'identificazione del principio lascia la situazione così come è oggi.

Cosa cambia per la libera professione intramoenia?

Innanzitutto l'intramoenia deve svolgersi di preferenza nelle strutture aziendali, dentro il muro come dice la parola stessa, dove è più comodo per i medici e dove sono assai più semplici i controlli. Sappiamo però, e questo è un tasto dolente, che non in tutte le strutture c'è questa possibilità e in questi anni non si è fatto molto per organizzarsi. Allora diciamo che l'Azienda può acquisire gli spazi fuori, li può comprare, affittare, convenzionare, ma l'importante è che sia un pezzo dell'Azienda, con la targa che dice "Azienda Usl" o "Azienda ospedaliera", con le stesse norme, con le stesse leggi.

Poi abbiamo fissato che sia l'Azienda a fare le prenotazioni: è una comodità per il medico, ma è anche un modo per controllare l'attività del medico.

Inoltre devono essere concordati i prezzi con i professionisti, perché si tratta di attività libero professionale, ma è sempre resa in strutture della pubblica amministrazione, in strutture del Servizio sanitario nazionale, e dunque il Servizio si fa garante presso i cittadini.

Infine, il dottore non deve vedere denaro, le tentazioni non devono scattare. Ci devono essere o dei meccanismi automatici, oppure degli individui dell'Azienda, in un sistema che garantisca il rispetto delle norme, anche fiscali, al di là della volontà degli individui o dell'onestà individuale.

Per fare tutto questo c'è un anno. E allo Stato, al ministero, rimane il potere di verifica e controllo.

Passiamo agli altri motivi della protesta. Come vi muoverete per la previdenza integrativa?

Perché i medici, che finora sono stati esclusi dal cir-

cuito della previdenza integrativa, entrino, ci vuole un atto di indirizzo specifico, che abbiamo messo all'ordine del giorno nella prossima riunione del Comitato di settore (fine maggio, ndr). Così l'Aran potrà avviare una trattativa, rapidamente, con questo settore ed arrivare alla sottoscrizione di un protocollo, che prevede per loro la possibilità di creare un fondo integrativo contrattuale. Penso che nel giro di due mesi si possa recuperare, ampiamente, il tempo perduto. Le Regioni sanno che saranno gravate da costi, perché ci devono mettere il 2%, ma hanno già dichiarato che lo faranno.

E per il precariato medico cosa farete?

In questi anni si è agito insensatamente, si è bloccato l'accesso istituzionale, cioè quello attraverso i concorsi, ma si è lasciata la possibilità di fare assunzioni "atipiche". Apparentemente le Aziende ne hanno avuto un vantaggio enorme, perché pagavano la gente di meno, ma ora abbiamo quasi quattordici mila medici che sono in queste condizioni e la situazione è gravissima. Non solo il loro guadagno è bassissimo, ma ne risente la qualità del servizio, perché certo questi medici non possono avere un processo formativo protratto nel tempo barcamenandosi di qua e di là. Oltretutto è un problema che ricade interamente sui giovani e quindi sul futuro, della professione e del servizio.

La soluzione non è facile: intanto cominciamo ad affrontare i problemi di coloro che sono a tempo determinato, facendoci promotori di un incontro, tra il ministero della Funzione pubblica, le Regioni e il ministero della Salute, soprattutto per attrezzarci in vista della Finanziaria 2008.

Veniamo al rinnovo del contratto. C'è speranza che si proceda in tempi rapidi?

Questo non dipende da noi, ma dalla trattativa in corso tra le Confederazioni generali e il Governo, che purtroppo negli ultimi giorni mi sembra che abbia registrato una battuta d'arresto.

Soltanto quando il problema generale della direttiva madre del pubblico impiego sarà risolto, noi potremo dar vita alla direttiva specifica di settore. Speravo in buone notizie, ma i sindacati generali hanno detto che probabilmente fanno sciopero ai primi di giugno. E questa non è una buona notizia. Per quanto riguarda invece la richiesta specifica dell'esclusività di rapporto, che deve essere rivalutata, non solo questo ministero ma il complesso del Governo ritiene che sia opportuno che si arrivi ad una rivalutazione economica, perché questa è una retribuzione che è rimasta ferma al 2000.

Nel Ddl sulla libera professione intramoenia sono entrate anche norme riguardanti la sicurezza. Quali sono le più interessanti?

Ci sono molte norme che riguardano la sicurezza, a partire dall'obbligo di collaudo delle attrezzature che finora non era normato, ma ci sono novità interessanti anche in materia di assicurazioni.

L'obbligo di assicurare i dipendenti viene esteso anche alle strutture private e, inoltre, l'Azienda condivide con il professionista la responsabilità civile. Sembra poco, ma è una cosa importante.

LIBERA PROFESSIONE

La "truffa" del settimanale *L'espresso*

di Carlo Palermo

Coordinatore Segretari Regionali Anao Assomed

Solo il pregiudizio può portare dei giornalisti a stravolgere le conclusioni dell'indagine sulla libera professione intramoenia, condotta con rigore metodologico e riccamente documentata dalla Commissione Igiene e Sanità del Senato presieduta dal Professor Ignazio Marino.

Il "misfatto" è stato compiuto da Daniela Minerva e Marco Lillo sulle pagine del settimanale *L'espresso*, in edicola lo scorso 20 aprile.

Con una copertina, che per i contenuti diffamatori evocati rappresenta un pugno allo stomaco assestato all'intera categoria, i medici dipendenti vengono additati al pubblico ludibrio perché accusati di evadere gran parte degli introiti derivanti dalla loro attività libero-professionale intramoenia, svolta nei confronti dei pazienti che liberamente ad essi si rivolgono per affrontare una fase critica della loro vita.

Ciò che colpisce e preoccupa è la sciattezza e il presappochismo con cui l'articolo è costruito.

Vediamo con ordine i motivi di questa affermazione.

L'incipit dell'articolo principale è dedicato ad un presunto Professore che lascia tutti i giorni verso le 11, dopo appena 2 ore di servizio, il proprio ospedale per precipitarsi nella clinica privata. Forse il riferimento è ai medici universitari che hanno un diverso stato giuridico, non sono contrattualizzati e dipendono dal Ministero dell'Università e della Ricerca scientifica. I medici ospedalieri sono dipendenti del Ssn ed il loro orario di servizio è rigidamente regolato con il Contratto collettivo nazionale di lavoro e controllato in modo tale da non permettere "scappatelle", se non correndo il rischio del licenziamento. L'articolo 15 del Ccnl sottoscritto il 3/11/2005 prevede quanto segue: "I direttori di struttura complessa comunicano preventivamente e documentano - con modalità condivise con le aziende ed enti - la pianificazione delle proprie attività istituzionali, le assenze variamente motivate (ferie, malattie, attività di aggiornamento, etc.) ed i giorni ed orari dedicati alla attività libero professionale intramuraria". Nessuno può escludere condotte truffaldine dei singoli, ma è evidente che queste possono prosperare solo su un terreno omissivo da parte delle direzioni aziendali.

Nel prosieguo, la sig.ra Minerva attribuisce al Senatore Bodini, relatore dell'indagine svolta dalla Commissione Igiene e Sanità del Senato, la seguente affermazione: "la situazione appare totalmente fuori controllo; il sospetto che tale situazione possa dare adito a comportamenti opportunistici da parte dei professionisti è fondato". In realtà queste rappresentano frasi tratte dalla relazione conclusiva di una precedente indagine conoscitiva condotta dalla Commissione Affari sociali della Camera dei deputati tra il 2002 e il 2003. In merito a quest'ultima indagine nella relazione redatta dal Senatore Bodini è scritto: "Nonostante l'ampia platea dei soggetti auditi, il quadro risultante dai resoconti stenografici e dalla relazione finale risulta in parte generico e talvolta privo di dati a supporto delle affermazioni fatte nel corso della procedura informativa". Lo stesso Senatore Bodini commentando con la stampa i principali risultati dell'inchiesta di cui è relatore ha dichiarato: "Dal

documento emerge chiaramente che l'attività intramuraria, dove è organizzata bene, porta risorse economiche al Ssn ed ha anche il merito di smaltire le liste d'attesa. La libera professione viene svolta al di là delle ore di lavoro istituzionale. Si tratta quindi di ore aggiuntive che l'Azienda può acquistare dai propri Professionisti. Quindi ciascuna attività potenzia l'altra e non il contrario".

La scarsa attenzione con cui è stato confezionato l'articolo traspare anche dagli errori compiuti nella presentazione di alcuni grafici.

Il primo, a pagina 38, è accompagnato dalla seguente legenda: "Il dottore è fuori stanza. Percentuale di medici che hanno scelto l'intramoenia ma la esercitano fuori dalla struttura pubblica". Le percentuali che vengono mostrate sono del tutto errate in quanto è stato confuso il grafico n. 7 (Medici che effettuano attività libero professionale intramoenia) con il grafico n. 8 della relazione Bodini che mostra le vere percentuali dei medici che effettuano l'attività libero professionale intramoenia "allargata", fatto 100 il dato del precedente grafico. Ovviamente questi rappresentano solo una parte dei medici dipendenti: circa 33.000 su 104.000 medici a rapporto esclusivo. Ad essi viene addossata la "colpa" di esercitare in strutture esterne all'Azienda sanitaria un diritto sancito da leggi e contratti. Ma la responsabilità delle attuali condizioni di esercizio è piuttosto da ricercare ancora una volta nel comportamento omissivo delle Regioni e dei direttori generali, come stigmatizzato nel lucido articolo del Professor Marino pubblicato nello stesso numero della rivista: "...le amministrazioni ospedaliere non hanno provveduto a creare gli spazi adeguati e alcune Regioni non hanno nemmeno richiesto i fondi messi a disposizione dallo Stato, che sono rimasti inutilizzati". Non vorremmo dare una profonda delusione alla sig.ra Minerva, ma anche in Regioni ben amministrate come la Toscana, nonostante l'ampio utilizzo dei fondi statali, a tutt'oggi nei grandi policlinici la percentuale di medici che esercitano la libera professione "allargata" raggiunge il 70-80% dei medici a rapporto esclusivo.

Sempre sugli stessi Colleghi viene lanciato il sospetto di una evasione fiscale diffusa: "Alcuni di loro, e nessuno sa quanti, hanno bluffato sul volume di affari...". Su questo aspetto i dati reali incominciano ad emergere. È la stessa Agenzia delle Entrate ad averli comunicati recentemente. Nei controlli effettuati su un campione di poche centinaia di medici che esercitano la libera professione "allargata", nel 30-40% dei casi è stata riscontrata una mancata emissione di una o più fatture. Se si passa alla valutazione dei volumi di attività evasi dai singoli medici indagati, chiaramente si evince che solo una quota limitata dell'attività viene sottratta al fisco (vedi in particolare i dati dell'indagine condotta in Liguria). In ogni caso si tratta di notizie e dati derivanti da indagini fiscali in fase istruttoria. Spesso è la stessa Agenzia delle Entrate a far decadere le accuse, come è successo a Palermo con l'assoluzione del 50% degli indagati. In altri casi le accuse sono fondate su elementi inconsistenti come nell'inchiesta che interessa l'ospedale di Cecina, dove ai medici vengono imputati nella stragrande maggioranza dei casi (90%) errori formali di registrazione dell'orario di servizio. Ad alcuni è stato contestato un singolo errore di timbratura su un controllo relativo a due anni di servizio, errore dovuto anche al cambiamento del siste-

ma tecnologico di rilevazione delle presenze, come risulta dalle dichiarazioni rilasciate alla stampa dalla direzione sanitaria dell'Azienda Usl di Livorno.

Se proprio vogliamo addentrarci nell'analisi di quale numero di medici dipendenti che svolgono attività libero professionale intramoenia potrebbe essere coinvolto in una indagine sull'evasione fiscale, accettando con le dovute cautele una proiezione dei dati percentuali derivati dal modesto campione a disposizione, si potrebbe affermare che circa 4000/5000 medici, su 104.000 a rapporto esclusivo, alla fine delle fase istruttoria potrebbero ricevere un rinvio a giudizio. Questo numero probabilmente si ridurrebbe ulteriormente prendendo in considerazione i giudizi finali. Ci sembra una percentuale (meno del 5% di tutti i medici dipendenti) molto bassa rispetto al dato medio di evasione fiscale evidenziato in altre categorie. Considerato il numero limitato di medici presumibilmente coinvolti, non dovrebbe essere problematico negli anni un controllo del fenomeno con i mezzi usuali a disposizione dell'Agenzia delle Entrate.

Sconclusionato è anche il grafico presentato alla pagina 43 del settimanale. La legenda sostiene: "Così gli ospedali guadagnano. Quando rende l'intramoenia alle Asl". La media per le Asl italiane sarebbe di diverse decine di milioni di euro/anno (almeno 50/60 milioni di euro). Purtroppo anche in questo caso la realtà è ben diversa, perché le medie si riferiscono alle Regioni e Province autonome, che sono 21, e non alle singole Asl che sono più di 300, come chiaramente si deduce dal grafico n. 1 della relazione Bodini.

Non è un nostro proposito escludere o tanto meno giustificare reati fiscali, laddove questi siano realmente dimostrati, ma lasciare intendere che il fenomeno coinvolga diffusamente la categoria è profondamente ingiusto e riprovevole, soprattutto se rivolto a dei professionisti che con alto senso di responsabilità, svolgendo ogni anno milioni e milioni di ore di servizio in più rispetto al monte orario contrattualmente dovuto, suppliscono alle carenze degli organici determinate dal blocco del turnover che i vari governi hanno imposto in questi ultimi anni, contribuendo così a conservare l'equità del Servizio sanitario nazionale in una fase di profonda crisi economica e di sofferenza sociale.

A questo punto ci sia concesso di suggerire un semplice confronto ai giornalisti de *L'espresso*. Utilizzando l'unico grafico correttamente riportato nella loro inchiesta e relativo a quanto produce un singolo medico in attività libero professionale, si può affermare che ogni medico dipendente presenta annualmente al fisco un imponibile Irpef di circa 80.000/90.000 euro, considerando sia gli introiti per l'attività istituzionale che quelli libero-professionali. Provino loro a dirci quante e quali altre categorie garantiscono un contributo superiore alla fiscalità generale e quante e quali invece dichiarano di meno! Infine una richiesta al direttore de *L'espresso*. Per una delle prossime copertine del settimanale scelga una fotografia che ritragga un medico che tiene, nelle proprie, le mani di un paziente che giace nel suo letto d'ospedale. Faccia però attenzione al viso del medico: deve esprimere serenità e compassione perché sono questi sentimenti che faticosamente ogni giorno nelle corsie dove lavoriamo cerchiamo di trasmettere ai cittadini che ci affidano i loro problemi di salute.

L'INTERVENTO DEL MINISTRO DAMIANO PER "DIRIGENZA MEDICA"

Previdenza complementare, il secondo pilastro del sistema pensionistico

di Cesare Damiano, Ministro del Lavoro e della Previdenza Sociale

Il 1° gennaio 2007, in anticipo su quanto precedentemente previsto, è entrata in vigore la riforma della previdenza complementare.

Questo significa che finalmente, dopo un lungo percorso che si è avviato nei primi anni Novanta, anche in Italia i lavoratori hanno a disposizione uno strumento in più per far sì che il loro reddito al momento della cessazione del rapporto di lavoro non sia molto distante da quello che avevano prima, durante la loro vita lavorativa. Questo aspetto è fondamentale in una società come quella italiana in cui, per effetto delle nuove scoperte mediche e delle mutate condizioni di vita e di lavoro, la tendenza per le future generazioni è di una aspettativa di vita al momento del pensionamento in considerevole aumento. Ciò ha determinato l'esigenza di interventi di riforma del sistema previdenziale pubblico in modo da garantirne la sostenibilità finanziaria, che si sono concretizzati nel passaggio dal sistema di calcolo retributivo a quello contributivo, con conseguente riduzione delle prestazioni. Con l'introduzione della previdenza complementare si è voluto affiancare a quello pubblico, che resta il pilastro fondamentale, un secondo pilastro ad esso, per l'appunto, "complementare", che possa consentire di recuperare tale differenza di trattamento. In questi anni si è cercato più volte di far decollare la previdenza complementare attraverso la realizzazione dei Fondi pensione negoziali, utilizzando quindi la contrattazione collettiva per reperire risorse in più da destinare a questo scopo. Le più importanti categorie (metalmecanici, chimici, tessili, ecc..) hanno istituito propri fondi pensione negoziali, in alcuni casi anche con un buon successo, ma nonostante il tasso di adesione era ancora troppo basso. In considerazione della esigenza di far decollare questi strumenti di risparmio previdenziale, il Governo ha deciso di anticipare l'entrata in vigore della nuova normativa sulla previdenza complementare, anticipando di fatto di un anno la sua partenza. Si tratta di una novità importante, che coinvolgerà tutti i lavoratori dipendenti del settore privato. Nel semestre che va da gennaio a giugno 2007, tutti coloro che godono del diritto al trattamento di fine rappor-

to (Tfr) dovranno decidere se destinarlo a previdenza complementare o se invece mantenerlo in azienda. Se entro il 30 giugno 2007 non verrà espressa nessuna scelta, a partire dal mese di luglio il Tfr verrà devoluto automaticamente al sistema di previdenza complementare. La scelta riguarderà esclusivamente il Tfr maturato a partire dall'1° gennaio 2007, mentre quello accantonato fino al 31 dicembre del 2006 resterà in azienda e varranno le regole oggi in vigore. La decisione di utilizzare il Tfr quale fonte di finanziamento del secondo pilastro del sistema previdenziale, è stata dettata dal fatto che non è ipotizzabile l'utilizzo di risorse rilevanti da poter investire in previdenza complementare. L'utilizzo del Tfr, pari al 6,91% della retribuzione lorda annua, insieme ad un contributo del datore di lavoro e del lavoratore può, invece, consentire di costruire un risparmio previdenziale che una volta trasformato in rendita si aggiunga alla pensione obbligatoria.

La questione che oggi abbiamo di fronte è quella di far comprendere, soprattutto ai giovani, l'importanza di compiere una scelta sulla previdenza complementare, con conseguente trasformazione di un istituto come il Tfr da salario differito, disponibile immediatamente al momento della cessazione del rapporto di lavoro, in risparmio previdenziale fruibile solo al momento del pensionamento.

La scelta operata dal Governo di centro sinistra è stata quella di accelerare l'avvio dei Fondi pensione nella consapevolezza che era importante fornire ai lavoratori, soprattutto quelli giovani, questa opzione in più. Il nostro impegno è stato quello di consentire l'avvio della previdenza complementare mantenendo l'impostazione normativa sin qui seguita, che è stata il frutto di un accordo tra tutti i soggetti interessati. Abbiamo completato gli adempimenti normativi nei tempi previsti; stiamo fornendo alle aziende e ai lavoratori tutti i chiarimenti necessari per un avvio ordinato della riforma; nei prossimi mesi saremo impegnati, in collaborazione con parti sociali, operatori del settore e tutti i soggetti interessati, a consentire finalmente anche nel nostro Paese il decollo della previdenza complementare. Naturalmente restano ancora alcune cose da portare avan-

ti, la prima riguarda l'inserimento dei pubblici dipendenti nell'ambito di applicazione del D.lgs. 252/05 che è entrato in vigore dal 1° gennaio 2007. Questa questione è all'ordine del giorno del governo, ed è resa più necessaria dall'accordo sottoscritto in sede Aran per la costituzione del Fondo del comparto delle autonomie locali e della sanità. Sono in corso di espletamento tutte le procedure e gli adempimenti per arrivare anche per i lavoratori di questo comparto alla costituzione del Fondo pensione, che si andrà ad aggiungere a quello della scuola che ha già avuto oltre 70.000 adesioni. Dal punto di vista normativo pensiamo in tempi brevi alla emanazione di alcuni correttivi al D.lgs. 252/05 per arrivare ad applicare anche ai pubblici dipendenti le norme in tema di prestazioni, riscatti e fiscalità così come oggi sono applicate a tutti gli altri dipendenti. Resterà comunque per questi lavoratori l'esclusione dal meccanismo del silenzio assenso in quanto il Tfr che verrà conferito ai Fondi pensione dei dipendenti pubblici sarà, come avviene già oggi, conferito in maniera virtuale, cioè sarà disponibile dal lavoratore con le relative rivalutazioni solo al momento del percepimento della prestazione.

Si tratta ora di informare i lavoratori per consentire loro di scegliere in maniera consapevole. I lavoratori dovranno conoscere tutte le opzioni che sono loro offerte dalla normativa. Questo lavoro di informazione è sicuramente importante perché la scelta di aderire ad un Fondo pensione comporta pur sempre l'assunzione di un rischio finanziario, anche se il risparmio previdenziale, proprio per le caratteristiche di lungo periodo, è in grado di immunizzare maggiormente dai rischi comunque insiti in un investimento di questo tipo. La normativa si fa poi carico di offrire obbligatoriamente al lavoratore, tra le varie opzioni, anche quella di poter scegliere linee di investimento con garanzia di restituzione del capitale con un obiettivo di rendimento almeno equiparabile a quello ottenuto dal Tfr.

Il nostro scopo è quello di consentire a tutti i lavoratori di avere a disposizione tutte le informazioni necessarie per esercitare, in piena autonomia, una scelta ponderata e consapevole su questa materia.

Emanare un atto di indirizzo per la costituzione di un fondo di previdenza integrativo per l'area medica e veterinaria allargato a tutta la dirigenza del Ssn. È questa la richiesta inviata dall'Anao Assomed al Presidente del comitato di settore, Romano Colozzi, alla quale hanno aderito le organizzazioni sindacali della dirigenza medica, veterinaria e Stpa (Anpo, Aupi, Cimo-Asmd (Ugl Medici - Snami Dirigenza Medica - Unione Medica), Civemp (Sivemp-Simet), Fedir Sanità, Federazione Cisl Medici, Federazione Medici aderente Uil Fpl (Amco-Coas-Nuova Ascoti-Smi-Umi-Umus-spes-Uil Fpl Medici), Fesmed (Acoi-Anmco-Aogoi-Sumi-Sedi-Femepa-Anmdo), Fp Cgil Medici, Sidirss, Sds Snabi, Sinafo, Umsted (Aaroi-Aipac-Snr).

Fondo integrativo per l'area medica e veterinaria

La previdenza integrativa desta un particolare interesse per la categoria dei medici e veterinari del Ssn che per il lungo iter formativo, previsto dalle direttive comunitarie, accedono al lavoro in ritardo rispetto ad altre categorie di lavoratori.

L'ingresso nel mondo del lavoro avviene di norma verso il 35° anno di età e, comunque, non prima del 30°

anno di età; pertanto i medici saranno, in futuro, privi di pensione di anzianità e accedono alla pensione di vecchiaia con una limitata anzianità contributiva.

Inoltre, l'attuale normativa non consente di congedare gli anni di riscatto del corso di laurea e di specializzazione ai fini dell'anzianità utile al pensionamento, ma solo ai fini della valorizzazione economica.

Lo strumento della previdenza integrativa diventa pertanto indispensabile per la categoria che, altrimenti, vedrebbe gravemente compromesse le proprie prospettive previdenziali.

Inoltre il reddito medio alto dei medici consente di sfruttare appieno sia l'intero plafond di deducibilità (pari a 5164,57 euro annui), sia di provvedere ad ulteriori versamenti

LE OSSERVAZIONI SULL'ARTICOLO DI MARIO PIRANI PUBBLICATO SUL QUOTIDIANO LA REPUBBLICA

Psichiatria, a rischio il ruolo professionale

L'articolo a firma di Mario Pirani ha messo l'accento sulle criticità in cui versa la professione medica alla luce della ridefinizione delle responsabilità tra le molte figure professionali che operano in sanità. Problematiche che hanno prodotto una erosione ed una marginalizzazione progressiva dell'autonomia e del ruolo professionale dello psichiatra

di Enrico Rosini
Psichiatra

L'articolo apparso sul quotidiano *La Repubblica* del 23 aprile u.s. a firma Mario Pirani ("Todos caballeros negli ospedali italiani") e i successivi interventi dello stesso Pirani del 30 aprile e del 7 maggio hanno reso di pubblico dominio, scatenando l'ira di frange oltranziste toccate dai contenuti del testo, la grave situazione in cui versa la professione medica, e quella psichiatrica in particolare, nel nostro Paese. In sostanza, un'erosione ed una marginalizzazione progressiva dell'autonomia e del ruolo professionale dello psichiatra.

La psichiatria è una disciplina complessa, polivalente, che implica un lungo apprendistato, un uso raffinato e terapeutico della parola e che appartiene, di diritto, all'alveo della medicina. L'attuale scenario sociale e l'uso dei mass media ci mostrano quotidianamente, purtroppo, un'equivoca banalizzazione collettiva della psichiatria che tende a fare di chiunque un esperto della "materia".

L'attuale assistenza psichiatrica, fondata sul modello della "Psichiatria di comunità e territoriale", è organizzata nell'ambito dei "Dipartimenti di Salute Mentale" (Dsm), una struttura con servizi collocati sia in ambito territoriale sia in quello ospedaliero.

Il "management", che informa di sé l'organizzazione di un Dsm, dovrebbe incentrarsi su alcune variabili chiave della gestione: efficacia ed efficienza della cura, stato di salute degli utenti-clienti, qualità ed efficienza dei processi, innovazione e sviluppo delle competenze distintive.

Nella logica, a volte "perversa", del management, i vari operatori coinvolti nel processo di terapia tendono ad assumere connotazioni "neutre" per divenire operatori intercambiabili ("tutti fanno tutto").

Accade spesso negli ambulatori psichiatrici che pazienti al loro esordio sintomatico vengano valutati da figure professionali non mediche che di fatto finiscono per esercitare un "atto medico", cioè porre una diagnosi e formulare una terapia. Con gli attuali assetti organizzativi e con la mancanza di una delimitazione chiara di competenze e compiti professionali dei vari operatori, può capitare che un paziente inizi un trattamento psicoterapico che potrebbe protrarsi per un tempo imprecisato, con esiti e costi non controllabili e a tutto svantaggio dell'"efficienza", senza aver mai ricevuto una diagnosi psichiatrica. Di converso, pazienti gravi e meno "complianti" rischiano di non trovare a loro disposizione risorse sufficienti terapeutiche, sociali e riabilitative. Del resto, i vari operatori della psichiatria sembrano più preoccupati di difendere la loro "indipendenza" e l'intangibilità dei rispettivi "saperi diversi" che tenere bene a mente la "mission" dei Dsm: occuparsi in primis dei disturbi mentali "gravi" e ad alto rischio di "cronicizzazione ed emarginazione".

Di questa "inarrestabile" deriva sono espresse altri fatti, per esempio: molte "Unità organizzative" dove è prevista una funzione medico-psichiatrica sono affidate a non medici; il ruolo di Responsabile di un ambulatorio è ricoperto da un non medico (a chi si può rivolgere uno psichiatra che avesse dei dubbi circa la diagnosi o la terapia farmacologica se il suo apicale è un ottimo psicologo

ma non uno psichiatra?); la dirigenza dei Dsm è con sempre maggior metodo presa d'assalto da non medici; la formazione degli psichiatri è spesso affidata a criteri stabiliti da non medici col rischio di produrre cultura e aggiornamento a senso unico. Tutto ciò senza una attenta valutazione dei costi e degli esiti dei processi terapeutici in quelli che sono poi definiti sistemi organizzativi ad "isorisorse". Anche le prerogative psicoterapeutiche sembrano riguardare i soli psicologi. E così siamo costretti, noi psichiatri, a sottolineare, nelle sedi più varie, che riceviamo una formazione psicologico-psicoterapeutica durante gli anni di specializzazione e, nella maggioranza dei casi, ci sottoponiamo ad un training di formazione presso una scuola di psicoterapia in grado di ampliare la nostra capacità di intervento.

La cosiddetta "presa in carico" dei pazienti comporta un'assistenza globale che impegna gli operatori a far fronte a "tutte" le esigenze del paziente. Quello che però sta accadendo è un fenomeno piuttosto comune: una progressiva separazione tra l'attività degli psicologi e degli psichiatri all'interno dei servizi psichiatrici. Quasi con un automatismo "sistemico" e manageriale, agli psicologi è demandata la responsabilità di occuparsi del disagio caratteriale, giovanile, ad esordio acuto spesso "reattivo" con interventi psicoterapeutici. Agli psichiatri, invece, tocca in sorte la patologia cronica, grave, di marca biologica e che impone trattamenti farmacologici. Gli psichiatri accompagneranno questi pazienti per il resto della loro vita e come responsabili unici di fronte alle famiglie dei pazienti e alla Magistratura. Se pensiamo ai rischi medico-legali, a quelli personali legati all'attività di Pronto intervento psichiatrico (118), l'affidamento di pazienti psicotici gravi e cronicizzati, sembra che gli psichiatri abbiano ormai solo una funzione, poco nobile, di "braccio armato" dei Servizi.

Nel resto d'Europa vengono applicate strategie terapeutiche psichiatriche giudicate di maggiore efficacia alla luce dei criteri della "Medicina basata su prove di efficacia", ma nei nostri Dsm lo stato dell'arte mal si coniuga con gli assunti di base della *Evidence based medicine*.

Allo psichiatra dovrebbero essere demandate funzioni di *governance* dei processi terapeutici altrimenti appare surreale che la Magistratura lo continui a considerare il primo responsabile delle vicende medico legali dei pazienti.

Una sorta di stigma, inteso come *mark of disgrace* degli anglosassoni, sembra essersi abbattuto da alcuni anni sugli psichiatri ad opera, soprattutto, di una pessima pubblicistica e di interessi lobbistici.

non dedotti, ma esenti da tassazione al momento della prestazione.

L'assenza di un fondo chiuso negoziale ha spinto parte della categoria al ricorso obbligato a forme di previdenza privata assicurativa e bancaria che possa in tal modo agire senza un contraltare pubblico di riferimento.

Già il Ccnl 2002-2005 all'articolo 59 ipotizzava l'istituzione del fondo collegandolo ad un'opzione dopo il varo della previdenza complementare dell'area Regioni - autonomie e Ssn.

Tuttavia il protrarsi, oltre le previsioni contrattuali, dell'iter di approvazione del suddetto fondo ha reso non attuabile tale opzione.

In realtà il fondo di previdenza Regio-

ni comparto Ssn ha previsto l'adesione volontaria anche per le aree dirigenziali del Ssn, pur non considerando i contratti dell'area medico-veterinaria e Stpa come riferimento.

Riteniamo che, per la peculiarità della categoria, debba essere istituito un fondo specifico per la dirigenza medica e veterinaria coerente con il Ccnl ed, eventualmente, in comune (se le Oo.Ss. di riferimento esprimeranno tale orientamento) con la dirigenza sanitaria tecnica, professionale ed amministrativa. L'area medico-veterinaria potrà contare su un bacino che, anche se non numericamente esteso, potrà vantare contribuzioni consistenti dal punto di vista economico tali da giustificare l'au-

tonoma esistenza.

È implicito che la natura volontaria dell'adesione al fondo negoziale andrà enfatizzata consentendo agli aderenti la massima libertà di movimento verso altri fondi negoziali che si andranno a proporsi da parte dello Stato, delle autonomie locali e/o dall'Enpam.

Certi di aver corrisposto ad una fondamentale esigenza di una categoria di professionisti il cui ritardato ingresso nel mondo del lavoro è solo dettato da un iter di studi che deve costituire un investimento e non una penalizzazione, riteniamo inderogabile nell'arco normativo di questo Ccnl il varo di questo indispensabile strumento previdenziale.

"DOTTOR TRUFFA"

L'Anaa Assomed querela il settimanale L'espresso

di Carlo Lusenti

Segretario Nazionale Anaa Assomed

È ancora possibile indignarsi? Ci si può ancora scandalizzare per un infamante giudizio ingiustamente rivolto all'intera categoria dei medici per fatti (forse) commessi da pochi?

O piuttosto è ingenuo e fuori moda stupirsi che in questo mondo cinico e smemorato la verifica dei fatti sia una inutile perdita di tempo, tanto conta solo l'effetto che fa, la visibilità che si ha?

Ed è ancora possibile reagire alle gratuite ferite inferte al proprio buon nome, alla affidabilità ed alla credibilità guadagnate con l'impegno personale e professionale di tutta una vita?

O piuttosto è meglio abbozzare, nascondersi e non dar peso, autocensurarsi per evitare le scontate e trite accuse di volontà neocorporativa, tanto tutto passa e nulla cambia?

Io penso che si possa, e si debba, indignarsi e reagire di fronte ad una accusa, tanto generica quanto infamante, quale quella gridata

dalla copertina de *L'espresso* del 26 aprile: i medici sono tutti truffatori.

Io non sono un truffatore, e non lo sono le decine di migliaia di medici ospedalieri che ogni giorno, con dedizione e competenza, svolgono tra mille difficoltà la loro opera a favore dei cittadini italiani.

Per queste semplici ragioni ho querelato per diffamazione a mezzo stampa *L'espresso*, in qualità di rappresentante del maggiore sindacato di medici ospedalieri del nostro Paese.

Non voglio con questo affermare che non ci possano essere in una categoria così vasta ed eterogenea comportamenti scorretti e censurabili, né voglio attribuire una patente di legalità e fedeltà fiscale a ciascun medico ospedaliero. Non è questo il mio compito ed il mio intento.

La responsabilità penale riguarda il definitivo accertamento di fatti illeciti compiuti da singoli individui, alla cui difesa nessuno si vuol dedicare, riconoscendo per di più a tali provati comportamenti la grave responsabilità di danneggiare la reputazione di tutti i medici onesti.

Cosa ben diversa è sbattere in prima pagina una mostruosa categoria di professionisti, esporla al generale ludibrio sulla base di pochi dati riportati non senza inesattezze nell'articolo di pagina 37, ingenerare la convinzione che la libera professione sia esercitata in modo illegale e truffaldino, danneggiare in un colpo solo la credibilità di migliaia di professionisti e la fiducia che ripongono in loro milioni di cittadini.

Siamo i primi a rivendicare e pretendere il rispetto delle leggi e dei contratti, che prevedono in modo analitico i diritti ed i doveri (deontologici, amministrativi, penali, civili, fiscali) dei medici ospedalieri, anche riguardo alla libera professione.

Siamo i primi a chiedere che siano fatti tutti i controlli necessari ad individuare i comportamenti scorretti e illegali.

Ma siamo anche i primi ed i più intransigenti difensori del buon nome di decine di migliaia di medici onesti e capaci che non possono sopportare silenziosamente la calunnia e la diffamazione.

segue dalla prima

LA STRADA È APERTA

degli equilibri sociali del Paese. Questa empasse si deve sbloccare e i costi economici, sicuramente non stratosferici, non mi sembrano l'elemento decisivo del contendere. Un equilibrio si troverà e prima dell'estate partiranno le trattative delle prime aree e comparti, poi noi seguiremo in autunno. Questa è una previsione che posso azzardare.

Precariato: alcune Regioni hanno avviato confronti per definire accordi locali che diano progressiva soluzione a questo grave problema. Queste poche avanguardie se da un lato compiono un'azione utile dall'altro, paradossalmente, rendono più complesso definire un accordo-quadro nazionale che costringerebbe tutti ad andare alla stessa velocità. Questo è però il nostro obiettivo: definire regole a valenza nazionale utili ad estirpare progressivamente un fenomeno che mina alla radice la qualità professionale del servizio sanitario. Il percorso è difficile, bisogna definire risorse, tempi e modi. La volontà politica è però ora molto diffusa e credo che un accordo entro l'estate sia a portata di mano.

Previdenza integrativa: se avremo soluzioni tecniche chiare e unitarie da proporre questo è l'obiettivo più abbordabile. Le difficoltà certo non mancheranno, a partire dal 2% di risorse che le Regioni dovranno rendere disponibile, ma le sollecitazioni a Comitato di Settore ed Aran cominciano a dare i pri-

mi frutti e questa è una partita che possiamo solo perdere da soli, se non sapremo condurla lucidamente sino alla fine.

Libera professione: il testo approvato dal Consiglio dei Ministri dell'11 maggio è un passo avanti molto significativo e coerente con la maggior parte delle proposte che da tempo avanziamo. Però gli esami, come è noto, purtroppo non finiscono mai, e neppure i rischi e gli agguati. Alcune parti del testo andranno completate e precisate, le risorse per la rivalutazione della indennità di esclusività andranno evidenziate nella legge finanziaria, l'applicazione regionale andrà sollecitata e sorvegliata, il percorso parlamentare di conversione andrà protetto da chi continua a nutrire una avversione irriducibile ed ideologica all'esercizio di un

diritto di medici e pazienti.

La strada è aperta, andrà percorsa sino in fondo nei prossimi mesi e l'unità ed il senso di responsabilità di tutta la categoria saranno la più forte garanzia per conseguire un risultato definitivamente positivo.

Come dicevo le previsioni sono un esercizio futile. Conta il lavoro, la correttezza delle analisi, la chiarezza delle proposte, il consenso e l'unità della categoria, la coerenza delle azioni, la lucidità della strategia.

Conta avere avviato per primi una vertenza che tra poco dirà se avremo raggiunto i traguardi che ci eravamo dati, se avremo contribuito a risolvere i problemi dei medici ospedalieri, se avremo smentito chi prevede per non fare.

Carlo Lusenti

DIRIGENZA MEDICA

Il mensile dell'Anaa Assomed

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

direttore
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:
**Eva Antoniotti, Ester Maragò,
Carlo Palermo, Enrico Rosini**

Progetto grafico e impaginazione:
Daniele Lucia

A.N.E.S.
AGENZIA NAZIONALE EDITORIALE
S.p.A. - Via Salaria 459 - 00198 Roma



Health Communication srl
Edizioni e servizi di interesse sanitario

Via Vittore Carpaccio 18 - 0147 Roma
email: redazione@hcom.it
tel. 06.59.44.61 - fax 06.59.44.62.28

Registrazione al Tribunale di Milano n.182/2002 del 25.3.2002. Sped. in abb. postale - D.L. 353/2003 (conv. in L. 27/02/2004 n. 46) art. 1, comma 1, DCB Roma
Diritto alla riservatezza: "Dirigenza Medica" garantisce la massima riservatezza dei dati forniti dagli abbonati nel rispetto della legge 675/96
Stampa: Artigrafiche s.r.l. - Pomezia (Rm)
Finito di stampare nel mese di maggio 2007