

# DIRIGENZA MEDICA

*Il mensile dell'Anaao 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 ANCONA

## CONFERENZA ORGANIZZATIVA ANAAO ASSOMED

### Il° biennio: premiare la competenza

La Conferenza organizzativa Anaao Assomed, svoltasi a Palermo il 17 aprile scorso, ha prodotto un documento conclusivo, approvato dal Consiglio nazionale, in cui vengono condivise le posizioni che la delegazione trattante, in rappresentanza di tutta l'Associazione, ha assunto al tavolo contrattuale sia sugli aspetti normativi che su quelli economici.

In particolare, sui secondi la Conferenza Organizzativa ha impegnato "l'Associazione a riequilibrare gli incrementi contrattuali nel II biennio, attraverso un percorso che premi economicamente l'acquisizione nel tempo di competenze ed esperienze, indipendentemente dagli incarichi ricoperti" e richiesto che, sempre nel II biennio, si porti avanti "il proces-

so di qualificazione normativa ed economica delle attività mediche disagiate, a partire da quelle collegate al servizio di guardia e pronte disponibilità".

*Il testo integrale del documento a pag. 9*

#### ULTIMORA

*Alle ore 0.30 del 12 maggio è stata siglata la preintesa per il rinnovo del contratto della dirigenza medica e sanitaria. Il testo integrale dell'intesa su [www.anaao.it](http://www.anaao.it) Sul prossimo numero di Dirigenza Medica, commenti e analisi sul nuovo contratto*

## INTERVISTA AL SEGRETARIO NAZIONALE SERAFINO ZUCHELLI

### Un contratto per la gestione del cambiamento

“La caratteristica identificante di questa stagione contrattuale è la vertenza salute che, per la prima volta, ha visto compattarsi un fronte sindacale che va dalla Cgil alla Cimo”. Non ha dubbi Serafino Zucchelli, nell'intervista pubblicata alle pagine 2 e 3, nell'identificare un momento importante e caratterizzante di questa lunga tornata contrattuale. Un'intervista in cui il segretario nazionale parla a tutto tondo di politica, del ruolo assunto dalle Regioni nel rinnovo del contratto e del cambio al vertice del ministero della Salute: “Sirchia non è stato un buon ministro. Un buon medico sì, ma questo lo era anche prima di essere chiamato a quella responsabilità di Governo”.

Sul neo ministro Storace il giudizio non può che essere di prospet-

tiva: “Non ancora basato su fatti concreti”, se però il parere deve essere espresso in base a ciò che l'ex Presidente della Regione Lazio ha fatto, per la sanità, nei cinque anni di governo, allora l'opinione cambia: “non posso che trarre alcune preoccupazioni”. Zucchelli, infine, spende parole anche per il testo di riforma della Costituzione licenziato dal Parlamento: “L'attuale riforma costituzionale, laddove venisse varata, non farà che ampliare quel contenzioso, già elevato, tra i due più importanti livelli istituzionali della Repubblica e non impedirà la frantumazione del Ssn in 21 sistemi regionali”

*alle pagg. 2-3*

#### UNIVERSITÀ

*Un viaggio nelle realtà ospedaliero-universitarie del Paese. Come funzionano, quali i problemi, quale lo stato della legislazione*

SERVIZIO ALLE PAGINE 7-9

#### ATTUALITÀ

*A Sanremo il convegno internazionale “Codice di deontologia europeo: utopia o realtà?” delegati da tutta Europa hanno discusso di etica e autonomia della professione*

PAGINA 10

## INTERVISTA ALL'ASSESSORE ALLA SANITÀ NERINA DIRINDIN

### Sardegna: il primo Psr dopo vent'anni

Pazienza, programmazione e dialogo con tutti, operatori e cittadini. Questi, secondo Nerina Dirindin, i tre elementi che sono alla base del rilancio della sanità della Sardegna. A meno di un anno dal suo insediamento l'assessore Dirindin è riuscita a compiere passi importanti: ha fatto approvare un Piano sanitario regionale, il primo dopo vent'anni; ha fatto partire il Piano sociale in cui è forte l'integrazione socio-sanitaria; ha posto mano alla spesa farmaceutica attraverso l'istituzione di una Com-

missione tecnica e siglato un protocollo d'intesa Regione-Università per l'istituzione di aziende miste ospedaliero-universitarie.

Il percorso, però, non è stato privo di ostacoli – come ci ha spiegato Nerina Dirindin nell'intervista a pagina 6 – in quanto: “Abbiamo trovato una situazione completamente dequalificata, da rimettere in sesto. La prima cosa che abbiamo cercato di fare è stato dare un sistema di regole e una programmazione”. “Abbiamo anche cerca-

to di attivare tutte le comunità, i soggetti e gli operatori perché crediamo che il cambiamento possa avvenire attraverso una partecipazione e una svolta culturale. Abbiamo incontrato centinaia di persone alle quali abbiamo esposto le nostre strategie e la valutazione dello status quo, abbiamo chiesto di collaborare al cambiamento. La risposta, in generale, è stata positiva”.

*a pag. 6*

#### CONTRIBUTI

*Piccoli ospedali: spreco o risorsa? Esperienze in Italia e all'estero dimostrano come attraverso un'opportuna riorganizzazione i presidi di piccole dimensioni possano rappresentare una risorsa. Il caso abruzzese*

PAGINA 11

segue dalla prima

INTERVISTA AL SEGRETARIO NAZIONALE SERAFINO ZUCHELLI

# Un contratto per la gestione del cambiamento

Crisi di governo, nuovo ministro della Salute, una stagione di lotte sindacali diversa dal passato. Ed ora, la prospettiva di un lungo anno pre elettorale che, se da un lato offre probabili opportunità per il contratto, dall'altra suscita molte preoccupazioni per la possibilità reale di porre mano alle tante questioni aperte della sanità italiana. Sono questi i temi della nostra intervista a Serafino Zucchini, all'indomani dell'avvento del Berlusconi ter e alla probabile vigilia di incontri risolutivi per la trattativa inchiodata ormai da un anno

di Cesare Fassari

**Dottor Zucchini, a differenza di altre tornate contrattuali, quella in corso è sembrata non avere una sua precisa parola d'ordine come possono essere state la "dirigenza", il "ruolo unico", "l'esclusività". È un problema di percezione o effettivamente questa volta l'importante era "fare" il contratto, a prescindere?**

In parte è così. Ma solo in parte. Intanto abbiamo operato una trattativa in una realtà di disponibilità finanziaria modesta. Con fondi già stanziati e bloccati. Inoltre abbiamo deciso, compiendo in tal senso una vera svolta nella storia del sindacalismo medico, di unire in un'unica partita il rinnovo del contratto ad altre richieste strategiche di vera e propria politica sanitaria. È nata così la Vertenza salute che, per la prima volta, ha visto compattarsi un fronte sindacale che va dalla Cgil alla Cimo. Secondo me questa è stata e resterà la caratteristica identificante di questa stagione. L'aver creato un fronte unitario e l'aver posto sul tavolo del Governo e delle Regioni una complessità di questioni, entro le quali il contratto funge da possibile "strumento" di gestione dell'innovazione e del cambiamento nell'organizzazione del sistema. Si tratta di una rivoluzione vera e propria nei rapporti tradizionali tra controparti contrattuali. E infatti le Regioni non hanno "gradito" quest'innovazione, quasi temendo la nostra volontà di entrare nel merito delle loro scelte gestionali e nelle loro decisioni organizzative. Abbiamo fatto diventare il contratto una cosa viva, permanente, che resta e va al di là dei semplici aspetti normo-economici ma diventa un vero e proprio elemento attivo nel promuovere processi decisionali all'interno delle Asl e degli ospedali.

**Questo non gradimento delle Regioni è valso per tutti, da destra a sinistra?**

Sì. Il colore politico non ha influito negli atteggiamenti da "padroni delle ferriere" che purtroppo i nostri interlocutori hanno avuto in molte occasioni. Sembrava quasi che la nostra offerta di entrare nella macchina, di valutare le diverse opzioni, di offrire un supporto che andasse al di là del rispetto degli obblighi contrattuali, esercitando in tal senso e a pieno titolo il nostro ruolo di dirigenti, desse fastidio,

provocasse diffidenza e timori. Così molte nostre proposte ragionevoli, sulla guardia notturna, sulla possibilità di ampliare su richiesta delle aziende gli orari di lavoro per far fronte alle emergenze, sulla necessità di riarmonizzare alcune scelte organizzative compiute in molte regioni a discapito della qualità del servizio, sono state vissute come ingerenze, come intromissioni. In questo vedo una visione molto autoritaria della gestione che, onestamente, fa a pugni con la tanto sbandierata volontà politica di attuare quello che sta quasi diventando una sorta di feticcio meramente lessicale, e cioè il governo clinico.



Abbiamo deciso, compiendo in tal senso una svolta nel sindacalismo medico, di unire in un'unica partita il rinnovo del contratto ad altre richieste strategiche di vera e propria politica sanitaria



**Mi perdoni, ma come si concilia questa vostra volontà di partecipazione e condivisione delle scelte, cui dovrebbe sottostendere anche una disponibilità a condividerne i rischi, con la rivendicazione di ridurre drasticamente la parte variabile del vostro stipendio, quella agganciata agli obiettivi e al-**

**le performance? Non c'è contraddizione? Non si palesa in tal modo una rivincita dell'impiegato rispetto al dirigente?**

Non c'è contraddizione, perché con questo stop che abbiamo posto allo svilupparsi delle parti variabili del salario intendevamo esprimere un forte dissenso rispetto ai modi in cui fino ad ora si è sviluppato il concetto di aziendalizzazione. Esistono forzature economicistiche che portano, da una parte, ad una forte pressione per incentivare i numeri delle prestazioni, spesso a scapito della qualità (il medico è talora costretto a visitare un paziente nell'arco di 15 minuti), e, dall'altra, a scelte organizzative che riducono la sicurezza di cittadini e medici (non tutti i pazienti degenti sono garantiti da un servizio di guardia per tutte le 24 ore del giorno). Rimane la nostra convinzione di fondo che l'esercizio della professione in strutture complesse, come quelle attuali e nelle condizioni di ristrettezze finanziarie odierne, comporti la necessità di tener conto dei risvolti economici delle nostre scelte e di assumerci l'onere di garantire i migliori risultati al minor costo possibile.

**Ma che c'entra questo con la rivendicazione di ridurre la parte mobile del salario?**

Perché quella parte variabile di salario serviva anche a promuovere nuove modalità di lavoro e nuove logiche organizzative. Proporne un forte ridimensionamento rappresenta una nostra risposta-protesta a un sistema aziendale miope, sbagliato, attaccato alla sola logica del bilancio contabile che non può più neanche appellarsi all'emergenza del costo del personale, se pensiamo che la voce risorse umane incide ormai meno del 35% delle risorse complessive, contro il 45% degli anni '90.

È inoltre un modo di riacquisire dignità per i dirigenti della sanità pubblica, ristabilendo una soglia per il tabellare adeguata e parificata a quella delle altre categorie della dirigenza del pubblico impiego e pari per l'appunto a 38 mila euro annui.

**Dopo quattro anni il ministro Sirchia lascia il posto a Francesco Storace. Quale bilancio di questi quattro anni?**

Il professor Sirchia ha agito seguendo una sua

visione personale del ruolo di ministro della Salute. A volte ho pensato a lui più come ad un buon medico di campagna generoso di consigli e raccomandazioni sull'alimentazione, sugli stili di vita, sulla convivenza con gli animali domestici e così via, che a un uomo al quale era stato affidato il compito di contemperare con razionalità e equilibrio il peso preponderante delle Regioni nella gestione del Ssn. In un sistema federalistico è infatti essenziale mantenere la barra del controllo e dell'indirizzo nazionale, proprio a garanzia di quei livelli di assistenza che la stessa Costituzione demanda allo Stato e che è diritto del cittadino pretendere in misura uguale in ogni parte d'Italia. Sarà perché considerato un tecnico, sarà perché non aveva una visione politica della sanità, sarà perché ha preferito non mettersi di traverso né alle Regioni né al Tesoro, sarà per altri motivi ancora, resta il fatto che Sirchia non è stato un buon ministro. Un buon medico sì, ma questo lo era anche prima di essere chiamato a quella responsabilità di governo.

#### **E Storace? Molti suoi colleghi dei sindacati medici hanno gioito alla sua nomina.**

Prima di gioire voglio vederne i primi atti concreti. Certamente si è presentato con un taglio di governo assolutamente opposto a quello che ho appena criticato in Sirchia. Molta politica, attenzione all'unitarietà del sistema, sensibilità verso i medici in attesa di un sacrosanto contratto. Inoltre il pensiero della corrente di An di cui è leader insieme al ministro Alemanno è, per quanto riguarda la sanità, molto attenta alla visione pubblica del sistema e quindi molto vicina a quelle nostre istanze di salvaguardia del Ssn che risultano al primo posto delle nostre rivendicazioni.

D'altro canto, se devo considerare ciò che in cinque anni di governo alla regione Lazio è stato fatto per la sanità, non posso che trarre alcune preoccupazioni: è aumentato il deficit, sono stati posti in vendita gli ospedali pubblici, è aumentato il ricorso alla sanità privata a discapito di quella pubblica, si è attuata una massiccia quanto inopportuna lottizzazione politica di ogni struttura e di ogni dipartimento. Fare il ministro è certamente altro impegno e altra responsabilità. Ma nel dare un giudizio di prospettiva, non ancora basato su fatti concreti, lo ripeto, si deve tener conto di tutto, non solo delle prime uscite a caldo freschi di giuramento. In ogni caso esistono almeno tre punti sui quali, oltre ovviamente al rinnovo del contratto, vorrei si misurasse l'operato del nuovo ministro. Il primo è il varo di un provvedimento che ristabilisca l'obbligo per le Asl e gli ospedali di garantire l'intramoenia allargata, come previsto dalla legge 229, fino a quando non siano resi disponibili spazi adeguati all'interno della struttura annullando quindi la scadenza del 31 luglio 2005 inserita dal precedente governo in barba alle norme vigenti; il secondo è quella di impegnarsi attivamente affinché si creino basi concrete per l'avvio delle trattative per il secondo biennio economico in scadenza il 31 dicembre prossimo; il terzo è il controllo sull'attività legislativa delle Regioni e sulle intese tra Regioni e Università che rischiano di stravolgere i principi definiti nel Dlgs 517.

#### **Veniamo al tema, sempre attuale, del federalismo. Il nuovo governo Berlusconi ha confermato l'impegno a portare a termine la riforma della Costituzione. Qual è il suo giudizio sul testo approvato in prima lettura dal Parlamento?**

Ho già avuto modo di riflettere su quel progetto di riforma. Va riconosciuto al Parlamento di aver corretto la precedente impostazione attenuando in qualche modo la deriva devoluzionistica sulla sanità. È stato infatti inserito un comma che prevede che lo Stato resti titolare esclusivo delle norme generali per la tutela della salute. D'altra parte non è stata modificata la parte in cui si attua la completa devoluzione alle Regioni della potestà legislativa in materia di assistenza e organizzazione sanitaria.

Tra gli scopi rivendicati di tale riforma c'è quello di fermare il contenzioso costituzionale tra Stato e Regioni, scaturito indubbiamente dal-

// L'attuale riforma costituzionale, laddove venisse varata, non farà che ampliare quel contenzioso, già elevato, tra i due più importanti livelli istituzionali della Repubblica e non impedirà la frantumazione del Ssn in 21 sistemi regionali //

l'attuale Costituzione varata dal centro sinistra nel 2001 che ha introdotto la potestà legislativa concorrente tra Stato e Regioni in materia di sanità. Ebbene, quello scopo non sarà a mio avviso raggiunto con la nuova riforma. Se infatti si afferma il potere nazionale sulle norme generali, dall'altra parte si ribadisce il potere regionale sull'assistenza e l'organizzazione, senza alcun chiarimento su cosa si intenda effettivamente per "norme generali" e per "assistenza e organizzazione". Il sistema di finanziamento, la proprietà degli ospedali, il contratto, la natura giuridica delle Asl, solo per fare degli esempi, rientrano nelle norme generali o nell'organizzazione del sistema?

Non sono domande peregrine. La risposta può infatti determinare il mantenimento dell'unitarietà del sistema o la sua frammentazione. In assenza di chiarezza su questi temi, la mia previsione è che l'attuale riforma costituzionale,

laddove dovesse effettivamente essere varata, non farà che ampliare quel contenzioso, già oggi purtroppo molto elevato, tra i due più importanti livelli istituzionali della Repubblica e non impedirà la frantumazione del Ssn in 21 sistemi regionali. Per questi motivi mi auguro che, nonostante gli accordi con la Lega, si possa ancora correggere il cammino di questa riforma. In caso contrario non resterà che fermarla con il referendum.

#### **Ultima questione. Il Sud. Sia nel programma del Berlusconi ter, sia nelle intenzioni dei nuovi presidenti delle Regioni meridionali chiamati a raccolta da Bassolino per trovare strategie comuni, resta al centro dell'agenda politica. Lei è sempre stato molto severo nei giudizi sulla sanità del mezzogiorno sostenendo che il problema non è solo legato alle risorse economiche. Perché?**

Parto da un dato. Alcuni anni fa, giustamente, si invertì un processo di palese discriminazione verso le regioni meridionali, con la ridefinizione dei parametri per la determinazione delle quote capitarie del Fondo sanitario nazionale. In poco tempo al Sud sono arrivate molte più risorse di prima con quote spesso raddoppiate. Ebbene questa iniezione di denaro non sembra essere servita a nulla. Gli standard strutturali in quella realtà restano ancora molto al di sotto della media nazionale come se nulla fosse accaduto. Dove sono finite quelle risorse, come sono state impiegate? Il punto è questo. Manca ancora una cultura di governo della cosa pubblica. Manca una capacità di organizzazione dei servizi della sanità tale da sfruttare appieno le capacità professionali e intellettuali del Sud. Mi rendo conto di dire cose impopolari. Ma questa è la realtà.

#### **Non lo ha citato, ma sul suo ragionamento adombra una parola tabù, "commissariamento".**

Non è questo il punto. Ma se non prendiamo atto che non è solo questione di finanziamenti, ma anche, e soprattutto, questione di cultura di governo, non risolveremo mai la questione del Sud.

#### **Non teme accuse di leghismo di ritorno, dopo queste sue affermazioni?**

No, perché c'è una differenza nei ragionamenti e nelle soluzioni tra queste riflessioni e il pensiero leghista.

Quest'ultimo, e la devolution lo prova, punta a separare, senza curarsi dei problemi altrui. Il Sud è visto come un freno per il Nord e pertanto ognuno per sé. Al contrario penso che lo Stato abbia il dovere di far crescere tutto il suo territorio, creando le opportunità e le occasioni di aiuto e sviluppo laddove servano. Per il Sud basterebbe applicare le leggi esistenti che prevedono già la possibilità dello Stato centrale di coadiuvare le amministrazioni locali in difficoltà. Partiamo da qui inserendo una nuova logica nell'erogazione delle risorse. È necessario un piano di straordinario di investimenti nel Sud, dove le amministrazioni regionali sono strangolate dai debiti, frutto della solidarietà di tutto il Paese e accompagnato da vincoli forti dello Stato centrale sui criteri di utilizzo.

LE PRIORITÀ STABILITE NELL'INTESA STATO-REGIONI PER MIGLIORARE LA SANITÀ ITALIANA

# Prevenzione e formazione protagoniste del prossimo triennio

Torniamo a parlare dell'Intesa del 23 marzo tra Stato-Regioni. In questa seconda puntata abbiamo approfondito le parti riguardanti la prevenzione e la formazione, ritenuti strumenti essenziali per garantire servizi efficaci e appropriati. Per questo le Regioni si sono impegnate ad adottare due appositi Piani: il primo con l'obiettivo di prevenire, su tutto il territorio, le malattie più incidenti tra la popolazione italiana; il secondo per dare stabilità al sistema Ecm e promuovere linee guida comuni sui percorsi terapeutici di maggiore interesse nazionale.

di Lucia Conti

## IL PIANO NAZIONALE DELLA PREVENZIONE 2005-2007

La crescente incidenza delle patologie croniche e delle loro complicanze, in larga misura prevenibili, e il peso che esse hanno sui bilanci finanziari del servizio sanitario nazionale ha fatto nascere l'esigenza di definire un piano nazionale per dare forza a quelle campagne di prevenzione finora realizzate con discontinuità e modalità diverse da regione a regione.

Il ministero della salute, in accordo con la conferenza dei presidenti delle regioni, ha pertanto deciso introdurre, nel patto di stabilità, un capitolo completamente dedicato al coordinamento di azioni di prevenzione che siano in grado di conseguire obiettivi di salute uniformi in tutto il paese, così che tutti i cittadini possano accedere ai servizi di diagnosi precoce e prevenzione.

Nell'intesa stato-regioni si sottolinea, comunque, che le linee di azioni condivise su tutto il territorio non impediranno alle regioni di procedere, nell'ambito della propria autonomia organizzativa, a specifici progetti sulla base delle conoscenze epidemiologiche caratterizzanti le diverse realtà regionali.

L'importanza di attivare un piano per la prevenzione era già stata condivisa dalle regioni che avevano sottoscritto l'accordo di cernobio sulle priorità in sanità, il 6 aprile 2004.

Il piano, il cui coordinamento è affidato al centro nazionale per la prevenzione ed il controllo delle malattie (ccm), avrà durata triennale e la sua attuazione sarà condizione necessaria per l'ottenimento dei finanziamenti aggiuntivi da parte delle regioni.

### I tempi di attuazione

Le regioni si impegnano ad adottare, entro il 30 luglio 2005, ed avviare, entro il 30 settembre 2005, il piano regionale per la realizzazione del piano sanitario per la prevenzione.

### Gli ambiti

Prevenzione della patologia cardiovascolare, prevenzione delle complicanze del diabete, diagnosi precoce dei tumori, vaccinazioni, prevenzione degli incidenti, compresi quelli

domestici. Questi gli ambiti di azione che avrà il piano della prevenzione nel triennio 2005-2007.

### La prevenzione cardiovascolare

La carta del rischio consentirà al cittadino di conoscere le probabilità di andare incontro a un incidente cardiovascolare, sulla base di fattori di rischio definiti dall'istituto superiore di sanità (età, fumo di tabacco, colesterolemia totale e livello di hdl colesterolo, i valori di pressione arteriosa sistolica, l'iperglicemia, uomini e donne, soggetti diabetici o non diabetici). La conoscenza del rischio e delle sue cause, potrà anche indurre il cittadino a modificare gli stili di vita sbagliati. Saranno, infine, programmati trattamenti che consentano di ritardare o prevenire la recidività in coloro che hanno già avuto un incidente sia a livello cardiaco, sia a livello cerebrale.

### Obesità e diabete

Si combatterà anzitutto l'obesità nelle donne in età fertile, per la prevenzione del diabete di tipo II sia nelle donne che nei figli, in caso di gravidanza. Va ricordato, inoltre, che il diabete dei bambini sta diventando un problema anche in Italia e quindi il programma sarà esteso anche alla popolazione più giovane.

### Tumori

Gli screening dei tumori stabiliti dall'intesa sono: screening per il tumore del seno; per il cancro della cervice uterina e per il cancro del colon retto. Sarà dunque compito delle regioni disegnare una rete dei centri di screening, tenendo conto dell'esigenza di poter contare su un alto livello di qualità delle attrezzature e delle procedure.

### Incidenti

Gli incidenti stradali sono la prima causa di morte nei giovani, ma anche le problematiche legate agli incidenti domestici per gli anziani e i bambini incidono fortemente nell'incidenza di mortalità e disabilità. Benché tale fenomeno non sia completamente azzeccabile, vi sono ampi margini per intervenire e prevenirne una buona parte. La comunicazione istituzionale, ovviamente, avrà un ruolo principale.

### Piano delle vaccinazioni

In alcune regioni d'Italia le coperture vaccinali raggiungono un risultato assolutamente insoddisfacente, non raggiungendo i valori soglia specifici per ogni malattia che ne garantirebbero l'eliminazione. La conferenza stato-regioni richiama l'importanza ricoperta dalle anagrafi vaccinali per valutare la necessità e gli effetti delle campagne vaccinali e condividere criteri per la scelta dei nuovi vaccini fondati sull'evidence based prevention e definire l'offerta essenziale del calendario vaccinale e dei vaccini per le categorie particolari. Per quanto riguarda i bambini e gli anziani, le vaccinazioni ritenute più importanti sono, rispettivamente, quelle antimorbillo e quelle anti-influenzale e anti pneumococcica.

### Il coordinamento della prevenzione

La regia del piano nazionale della prevenzione è affidata al centro nazionale per la prevenzione ed il controllo delle malattie (ccm), che tra i suoi compiti istitutivi prioritari prevede il coordinamento con le regioni dei piani di sorveglianza e di prevenzione attiva da attuarsi con la partecipazione diretta dei propri comitati scientifico e tecnico per le specifiche competenze:

a) traduzione delle linee generali di intervento sopra richiamate in linee operative, prevedendo, con la partecipazione dei propri organi, che per i programmi non ancor validati scientificamente sul territorio nazionale, sia possibile attuare dei progetti pilota, per verificarne l'impatto prima della messa a regime;

b) definizione di un cronoprogramma di sviluppo degli interventi previsti nei programmi specifici, che individui le fasi di attuazione e le modalità di verifica dell'attuazione dei singoli programmi;

c) supporto alle singole regioni, nella definizione dei programmi regionali attuativi;

d) diffusione delle iniziative e dei progetti in modo univoco e unificato sul territorio nazionale, al fine di evitare iniziative che si sovrappongano e quindi uno spreco di risorse.

## Finanziamento del piano della prevenzione

Per finanziare il piano saranno messi a disposizione 440 milioni di euro: 240 sono i milioni che le regioni accettano di vincolare sulla quota del ripartito cipe destinata agli obiettivi specifici del piano sanitario nazionale (che corrisponde al 25% della quota delle risorse spettante a ciascuna regione per il raggiungimento degli obiettivi di piano) e altri 200 milioni saranno messi a disposizione delle regioni attingendo dalla quota indistinta della delibera cipe per ciascuno degli anni 2005, 2006 e 2007. L'attuazione del piano della prevenzione, insieme a quello per la formazione degli operatori, rientra inoltre tra gli obiettivi che le regioni dovranno raggiungere per accedere al finanziamento aggiuntivo

## Risorse regionali per il Piano sanitario della prevenzione per il 2005-2007

	Euro all'anno
Piemonte	32.480.266
Valle d'Aosta	924.936
Lombardia	70.436.325
P.A. Bolzano	3.565.153
P.A. Trento	3.729.724
Veneto	35.311.540
Friuli V.G.	9.086.612
Liguria	11.985.858
E. Romagna	31.046.464
Toscana	27.131.923
Umbria	6.456.818
Marche	11.427.707
Lazio	39.770.437
Abruzzo	9.755.970
Molise	2.435.690
Campania	43.768.857
Puglia	30.592.534
Basilicata	4.521.592
Calabria	15.260.133
Sicilia	37.880.744
Sardegna	12.430.717

## IL PIANO NAZIONALE DELL'AGGIORNAMENTO DEL PERSONALE SANITARIO

Realizzare una formazione permanente di alto livello in medicina e sanità per tutti gli operatori del sistema. A questo scopo è nato il piano nazionale dell'aggiornamento del personale sanitario, di cui vengono illustrati i principi all'interno dell'intesa stato-regioni e che dovrebbe essere definito in ter-

mini attuativi entro il mese di maggio.

Il piano nazionale dell'aggiornamento del personale sanitario costituisce, secondo la conferenza stato-regioni, il "presupposto necessario per l'individuazione degli strumenti condivisi per il contenimento della dinamica dei costi, il miglioramento qualitativo dei servizi e la riduzione della spesa inappropriata, nel rispetto del principio della uniforme e appropriata erogazione dei livelli essenziali di assistenza sul territorio nazionale".

Tra i principi evidenziati nel documento, emerge l'esigenza di dare stabilità al sistema ecm attraverso la collaborazione tra i livelli regionale e nazionale e di riservare un'importanza maggiore agli eventi formativi riguardanti temi di interesse nazionale.

Potrebbe inoltre comparire nel testo definitivo del piano per l'aggiornamento il principio che obbliga il personale sanitario dipendente, convenzionato o libero professionista, a ripetere l'esame di abilitazione professionale in caso di mancato conseguimento, alla verifica decennale, dei crediti ecm previsti.

Fino alla definizione dettagliata del piano, intanto, restano confermati gli obiettivi formativi definiti dai precedenti accordi stato-regioni precedenti, con l'obbligo da parte del personale sanitario di raccogliere 30 crediti formativi nel corso del 2005, nonché le modalità di accreditamento degli eventi formativi residenziali e le sperimentazioni in corso.

### I tempi di attuazione

Il percorso per l'avvio del piano per l'aggiornamento del personale sanitario prevede le seguenti tappe: entro il 30 maggio 2005 saranno definite le nuove modalità di attuazione dell'Ecm in ambito nazionale, entro il 30 luglio le regioni dovranno adottare i provvedimenti per l'attuazione dell'intesa ed entro il 30 settembre le regioni dovranno avviare i programmi attuativi.

In questa fase di transizione, rileva l'intesa, "occorrerà pensare a un'organizzazione dei processi di governo del sistema Ecm basati su una forte e permanente concertazione, in grado di meglio conciliare, fin da subito, le esigenze nazionali e quelle regionali, ma anche di assicurare la promozione del nuovo quadro normativo".

### Il coordinamento dell'Ecm

Il nuovo sistema dovrà garantire il mantenimento ed il miglioramento della concertazione tra ministero della salute e regioni attraverso la creazione del centro nazionale per l'Educazione continua in medicina (un organismo tecnico-politico per il coordinamento strategico del sistema nazionale Ecm); della segreteria operativa di coordinamento a carattere paritetico Ministero-Regioni (che opererà in maniera continuativa); del comitato tecnico permanente (con la partecipazione di tutti i referenti tecnici delle regioni e delle province autonome); e della Commissione nazionale Ecm (di cui verranno ridefinite le competenze).

Il nuovo organismo avrà il compito di elaborare e coordinare i programmi applicativi del piano per l'aggiornamento, che dovrà garantire la ridefinizione degli obiettivi formativi, le modalità di accreditamento dei provider e della tenuta dell'albo nazionale dei provider, così come i criteri di attribuzione di crediti formativi e il ruolo delle società scientifiche.

## Risorse regionali per il Piano nazionale dell'aggiornamento sanitario per il 2005-2007

	Euro all'anno
Piemonte	3.690.939
Valle d'Aosta	105.
Lombardia	8.004.128
P.A. Bolzano	405.131
P.A. Trento	423.832
Veneto	4.012.675
Friuli V.G.	1.032.570
Liguria	1.362.029
Emilia Romagna	3.528.007
Toscana	3.083.173
Umbria	733.729
Marche	1.298.603
Lazio	4.519.368
Abruzzo	1.108.633
Molise	276.783
Campania	4.973.734
Puglia	3.476.424
Basilicata	513.817
Calabria	1.734.106
Sicilia	4.304.630
Sardegna	1.412.581

### Obiettivi formativi

La formazione continua del personale sanitario dovrà riguardare innanzitutto temi comuni a tutte le professioni e di prevalente interesse nazionale. Un'ulteriore parte dovrà tener conto dei temi specifici delle singole professioni, discipline e specialità mediche e sanitarie, e saranno incluse tra gli argomenti formativi anche quelli di natura organizzativo-gestionale di prevalentemente interesse regionale.

### Il finanziamento del piano per l'aggiornamento

Per la realizzazione del piano nel proprio ambito territoriale, le regioni hanno stabilito di mettere a disposizione un totale di 50 milioni di euro sulla quota indistinta ripartita dal Cipe per ciascuno degli anni 2005, 2006, 2007.

Le attività svolte in questo ambito dovranno essere strasmesse dalle regioni al centro nazionale ecm, che provvederà a certificare l'adempimento degli obiettivi. L'attuazione del piano per la formazione degli operatori rientra, infatti, tra gli obiettivi che le regioni dovranno raggiungere per incassare il 5% del fondo sanitario nazionale (circa 4 miliardi) accantonato in attesa della verifica dell'ottenimento di determinati risultati economico-gestionali-assistenziali a livello locale.

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

Serafino Zucchelli

direttore responsabile

Silvia Procaccini

comitato di redazione:

Alberto Andrión, Piero Ciccarelli,

Antonio Delvino, Mario Lavecchia

coordinamento editoriale

Cesare Fassari

hanno collaborato:

Arianna Alberti, Eva Antonioti, Vincenzo Bottino,

Amedeo Budassi, Paola Carnevale, Lucia Conti,

Stefano Simoni, Claudio Testuzza

Progetto grafico e impaginazione:

Daniele Lucia, Barbara Rizzuti

Periodico Associato

A.N.E.S.  
ASSOCIAZIONE NAZIONALE  
EDITORIALE PERIODICI ITALIANI

Editore

IEP ITALPROMO ESIS PUBLISHING  
Via Vittore Carpaccio 18, 00147 Roma  
email: redazione@ihg.it

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 50025 Loreto (An)  
Finito di stampare nel mese di febbraio 2005

INTERVISTA A NERINA DIRINDIN, ASSESSORE ALLA SANITÀ DELLA REGIONE SARDEGNA

# Come ho fatto a cambiare tutto

La sanità della Sardegna in appena 10 mesi ha cambiato il suo volto. Dopo vent'anni ha nuovamente un Piano sanitario regionale in grado di riorganizzare e programmare il sistema sanitario regionale, la rete ospedaliera e i servizi territoriali. È stato realizzato un Piano sociale che fa dell'integrazione socio-sanitaria il suo fiore all'occhiello. È in corso di realizzazione una commissione tecnico-farmaceutica per mettere mano ad una nuova politica del farmaco in grado di ridurre gli sprechi. C'è una forte attenzione verso la qualità delle prestazioni.

Artefice di questo mutamento è l'assessore Nerina Dirindin che attraverso un "patto con i cittadini e con gli operatori" sta cercando di far ripartire la sanità della Sardegna. La sua arma vincente? Il dialogo e la programmazione

di Stefano Simoni

**Assessore Dirindin, lei in poco tempo è riuscita a produrre una serie di provvedimenti, inimmaginabili fino al suo arrivo, che stanno facendo cambiare volto alla sanità della Sardegna. Come c'è riuscita?**

Con pazienza, programmazione e dialogo. Abbiamo trovato una situazione completamente dequalificata, da rimettere completamente in sesto. La Sardegna ha un sistema sanitario e un sistema sociale che non è peggiore di quello di molte altre Regioni del centro sud, ma necessita di una forte riqualificazione e ha soprattutto un problema: per troppi anni è mancato un sistema di regole, di programmazione. Si è fatto spesso ricorso a provvedimenti speciali a seconda delle emergenze, delle capacità di pressione o degli interessi particolari, anziché degli interessi generali.

La prima cosa che abbiamo cercato di fare è stato dare un sistema di regole e una programmazione attraverso la presentazione, in Giunta, di un Piano sociale e di un Piano sanitario. Abbiamo anche cercato di attivare tutte le comunità, i soggetti e gli operatori perché crediamo che il cambiamento possa avvenire attraverso una partecipazione e una svolta culturale. Abbiamo incontrato nei territori, nelle strutture, nelle amministrazioni locali, centinaia di persone, alle quali abbiamo esposto le strategie, abbiamo condiviso la valutazione dello status quo, abbiamo chiesto di collaborare al cambiamento. La risposta, in generale, è stata positiva. C'è voglia di partecipare, di vedere i risultati e di regole che garantiscono. Insomma, quanto fatto in passato ha prodotto demotivazione da parte degli operatori e sfiducia nei cittadini.

**Il suo modus operandi, fatto di collaborazione e dialogo con tutti, ha reso possibile il licenziamento, già a febbraio, del Piano sociale.**

Sì, il Piano sociale è stato approvato dalla Giunta e adesso dovrà essere preso in considerazione dalla commissione sanità e successivamente approvato dal Consiglio. Al contempo abbiamo preparato un disegno di legge di accompagnamento al Piano, perché la norma quadro di riordino dei servizi sociali messo in atto dal ministro Turco non era stata ancora recepita da questa Regione. Voglio ricordare come la Sardegna, negli anni '80, fosse più avanti rispetto ad altre realtà grazie alla legge 4/88 in materia sociale. Legge che anticipava alcuni aspetti della stessa normativa Turco. Mi auguro che entrambi i provvedimenti siano licenziati dal Consiglio al più presto.

**Quali sono i punti fondanti del Piano sociale?**

Sono il riconoscimento del ruolo per le comunità locali e una nuova programmazione locale. Per la prima volta in Italia abbiamo proposto una programmazione sociale e sanitaria congiunta. Credo

che l'integrazione sia il futuro delle politiche sanitarie e delle politiche sociali. Dunque abbiamo previsto, con la gradualità necessaria per questi cambiamenti, che si programmino, contemporaneamente, gli interventi sociali e gli interventi sanitari sul territorio. Le comunità locali in Sardegna hanno un'importanza particolare. Ci sono tanti piccoli comuni che da soli non ce la fanno con le poche risorse a disposizione sul sociale. Abbiamo introdotto sistemi di incentivazione affinché i comuni possano operare in maniera associata nelle forme che riterranno più opportune. C'è poi la conferma di un sistema universalistico che, nonostante la carenza delle risorse, è impostato secondo una logica di dignità sociale che tiene conto del fatto che ogni persona può aver bisogno, nell'arco della sua vita, di essere sostenuto per questo le politiche devono essere universalistiche.

**Tra i provvedimenti che lei ha emesso c'è anche l'approvazione del Piano sanitario regionale, il primo dopo vent'anni. Un risultato importante.**

In realtà il piano dovrebbe essere approvato in queste settimane, comunque sì, è risultato decisamente importante, raggiunto grazie a due fattori: il primo, la convinzione che doveva essere fatto nonostante gli ostacoli che si frappongono ogni giorno; il secondo, uno staff di persone che ha lavorato con me e ci ha creduto.

Bisogna essere convinti che programmare si deve e noi ci crediamo. Qualunque azienda, imprenditore o amministrazione, se vuole fare qualcosa di buono la deve programmare, deve fare un piano e decidere come agire. Attenzione però, la programmazione non può essere la bacchetta magica, ma solo uno strumento a partire dal quale si va avanti. Programmare vuol dire compiere delle scelte e gestire i conflitti che si possono generare. La vera sfida è questa e dobbiamo fare in fretta perché credo che le scelte difficili vadano fatte subito in modo che possano essere portate avanti per tutta la legislatura che abbiamo davanti. Gli incontri, gli scambi di opinione sono stati fondamentali per poter condividere queste decisioni. Tutti, operatori e cittadini devono sentirsi parte di un'amministrazione che si rinnova.

**Lei ha posto particolare attenzione anche alla spesa farmaceutica. Quali sono provvedimenti in materia di politica del farmaco?**

Stiamo istituendo una Commissione tecnico-farmaceutica in quanto la media della spesa è di gran lunga superiore a quella nazionale. È una spesa farmaceutica molto elevata e che non mai è stata posta sotto controllo. La Commissione dovrà tenere sotto controllo la spesa ma anche riqualificare l'assistenza farmaceutica. La mia parola

d'ordine in questo senso è "non chiedetemi più soldi, ma dimostratemi che quelli che avete li state spendendo bene".

**Qual è il rapporto tra ospedale e territorio?**

In Sardegna, come in molte altre Regioni la sanità è ancora ospedalocentrica. Nonostante gli sforzi che sono stati fatti negli ultimi 10 anni per diffondere una cultura nuova, che al centro non ci deve essere necessariamente l'ospedale, esistono realtà in cui non c'è stata quell'innovazione e quel rinnovamento che avrebbe dovuto esserci. Purtroppo gli ospedali presentano molti problemi, ma l'assistenza è di buon livello e questo grazie allo sforzo che gli operatori compiono quotidianamente quando hanno di fronte una persona in difficoltà.

**Invece, cosa mi può dire del rapporto con l'Università?**

Quando sono arrivata la prima cosa che il Presidente Soru mi ha detto è stata: "bisogna lavorare per il protocollo d'intesa". Le Università di Cagliari e di Sassari non formavano più gli infermieri e le altre professioni sanitarie. Ovviamente questa era una condizione che non poteva andare avanti. Abbiamo subito cercato di lavorare al protocollo, trovando nei due rettori una buona disponibilità a collaborare e così agli inizi di ottobre siamo riusciti a sottoscrivere un protocollo Regione-Università che prevede l'istituzione di due aziende miste. L'Università deve avere un ruolo importante in quanto forma i futuri professionisti.

**Un'altra delibera importante ha riguardato il recepimento della legge nazionale 405/2001 sui direttori generali.**

Questo è uno dei tanti principi generali che non era stato recepito. La legge nazionale 405/2001 prevede che tra i motivi di decadenza per i direttori generali ci sia anche quello del mancato raggiungimento di equilibrio di bilancio. Questo mancato recepimento dà l'idea dell'assenza di programmazione e del modo in cui si è operato in questi anni. Tutto finisce con lo sfaldarsi e si finisce con il rinunciare a qualunque regola anche la più semplice. Responsabilizzare la dirigenza sembrava una cosa impossibile invece è stato fatto. Abbiamo introdotto nuove regole e dato gli strumenti adeguati di attuazione.

**Lei a luglio festeggerà il primo anno di assessore, che bilancio si sente di fare?**

Tanta fatica. Ma anche tanta comprensione e condivisione di obiettivi da parte della gente. Questa è la grande consolazione che abbiamo. Il percorso però è ancora lungo. Proprio in questi giorni riflettevo che ci vorranno circa dieci anni per rimettere a posto le cose.

UNIVERSITÀ E SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE

# Le ragioni di un conflitto perenne

Un viaggio a tappe nelle realtà ospedaliero-universitarie della Penisola. Come funzionano, quali sono i problemi emergenti, qual è lo stato della legislazione, a che punto è la stesura o, nel caso fossero stati varati, l'applicazione dei protocolli voluti dal decreto legislativo 517 del 1999. "Dirigenza Medica" vuole proporre una indagine che, muovendo dall'esperienza di chi opera quotidianamente in queste realtà, possa rappresentare un contributo di riflessione e di analisi. Partendo dall'esame dell'origine dei problemi legati all'integrazione tra università e Ssn per analizzarne i conflitti, le aspettative, le possibili soluzioni

di Costantino Troise\*

**1.** La storia dei rapporti tra Facoltà di Medicina e Ospedali del Ssn è storia di frizioni, conflittualità latente o manifesta, contenziosi infiniti tra due istituzioni fortemente caratterizzate e in aperta concorrenza su molti fronti, alla quale non è estraneo un intrico di norme spesso contraddittorie e incoerenti prodotte a partire dalla legge Crispi (1890).

In trent'anni dai pochi atenei di antica tradizione, che in aree limitate del Paese attraevano studenti da tutto il territorio nazionale, si è passati a una diffusione capillare delle Università e delle Facoltà di medicina che oggi contano 39 sedi attive presenti in quasi tutte le Regioni con concentrazioni che in taluni casi (Lombardia ed Emilia Romagna) raggiungono il livello provinciale.

Nelle 39 sedi, di cui 3 non statali, nell'anno accademico 2003-2004 risultavano attivi, 429 corsi di laurea, con 22.658 immatricolati al primo anno che si aggiungono a circa 50.000 iscritti alla Facoltà di Medicina e 25.000 alle centinaia di scuole di specializzazione a norma CEE in cui la didattica dovrebbe essere embricata con la pratica professionale.

La crescita tumultuosa delle Facoltà mediche, alimentata dal boom della "università di massa" e dalle spinte del corpo accademico delle sedi storiche viciniori che ha colto nelle Facoltà di nuova istituzione inaspettate possibilità di espansione per le proprie cordate di allievi, è avvenuta in assenza di adeguati stanziamenti sia per le infrastrutture che per il personale. La penuria dei mezzi, aggravata dalle restrizioni imposte negli ultimi decenni dallo stato della finanza pubblica, e la stessa espansione numerica delle sedi, non hanno consentito alle Facoltà di dotarsi di complessi assistenziali omogenei sia per stato giuridico del personale che per impostazione, quali i Policlinici a gestione diretta, modello oggi limitato a una minoranza di sedi e travolto da enormi problemi gestionali ed economici (il Policlinico Umberto I di Roma paga i fornitori a 5 anni malgrado i contributi che ogni legge finanziaria gli attribuisce).

In tale contesto le nuove istituzioni universitarie hanno scelto la strada, apparentemente più agevole, dell'utilizzo delle strutture e del personale del servizio sanitario nazionale.

L'innesto delle Facoltà nel tessuto preesistente degli ospedali ha prodotto due sistemi di fatto estranei l'uno all'altro, scarsamente permeabili, con personale separato da prerogative e compiti differenti, in una condizione di

concorrenzialità che rende sempre teso il rapporto e difficile la collaborazione.

Le convenzioni regionali che nelle intenzioni del legislatore avrebbero dovuto garantire la convivenza tra Ssn e Facoltà mediche sono state caratterizzate da conflittualità nella mediazione tra le parti, contrassegnata da ricorsi, latenza nei rinnovi, inapplicabilità nella gestione corrente, offrendo nella migliore delle ipotesi un modello di equilibrio ottenuto a prezzo di estenuanti compromessi e diseconomie duplicazioni delle funzioni, con risultati costosi e scarsamente produttivi in termini assistenziali e formativi.

La contrazione delle risorse disponibili e la applicazione di sistemi restrittivi e di controllo hanno acuito il conflitto riducendo gli spazi su cui era possibile in passato effettuare le mediazioni ed imponendo metodi di lavoro ritenuti ostativi dalla parte universitaria, la cui funzione si ritiene non possa essere limitata e condizionata dalla assistenza secondo vincoli decisi a livello nazionale o regionale.

La conflittualità generata dall'aver affiancato, spesso negli stessi spazi fisici, strutture sovrapponibili per funzione, ma divise da differenti stati giuridici del personale, diverse impostazioni del lavoro e diversa "mission" operativa è così diventata evidente.

Oggi il rapporto tra Ssn e Facoltà di medicina è giunto ad un passaggio per diversi aspetti critico.

L'Università, per logiche motivate da esigenze di mantenimento di equilibri accademici, tende ad occupare importanti posizioni assistenziali tradizionalmente affidati alla dirigenza del Ssr con uomini portatori di una vocazione diversa da quella che ispira la missione ospedaliera prioritariamente votata all'assistenza, all'aggiornamento e alla ricerca che della buona assistenza costituiscono parte integrante. Una vera invasione di campo che si realizza con il pretesto della didattica e della ricerca (unici ruoli istituzionali della Università), una sorta di passepartout in forza del quale vengono richiesti, e troppo spesso acriticamente concessi dalle Regioni, posti letto, strutture, incarichi apicali e risorse a spese del Ssr.

Questa strategia, oltre a introdurre nel mondo ospedaliero una visione incoerente con gli interessi dei pazienti, porta ad inevitabile collisione non solo con i legittimi diritti dei medici ospedalieri ma anche con le prerogative delle Regioni in fatto di programmazione sanitaria. Essa mira a configurare di fatto la

subordinazione delle necessità assistenziali a quelle didattiche, vere o presunte, e la cessione di sovranità da parte delle rappresentanze elette alla Università. Alla fine i ruoli istituzionali vengono confusi e sovrapposti fino alla pratica di procedure di appalto di funzioni che la Costituzione assegna al Ssn ad una altra istituzione quale è l'Università.

**2.** Se formazione medica e ricerca clinica non possono essere disgiunte dalla pratica medico-assistenziale, rimane da chiarire, allo scopo di rimediare allo spreco di risorse umane ed economiche, che la attuale situazione implichi, quanta e quale sia l'assistenza necessaria allo svolgimento ottimale della didattica medica nel percorso dal liceo alla laurea in Medicina. La collaborazione disciplinata dalle leggi esistenti attiene esclusivamente alle attività formative relative al triennio clinico del Corso di Laurea in Medicina, ove l'Università ha la titolarità esclusiva della formazione, richiedendo, per logica e legge, la formazione specialistica e quella delle professioni sanitarie una piena corresponsabilizzazione dei dirigenti medici ospedalieri.

È compito delle Regioni procedere alla individuazione di parametri, in termini di attività e di necessità didattiche, capaci di identificare tipologia e volume (il quale e il quanto) delle attività assistenziali necessarie per le funzioni istituzionali della Facoltà di medicina e chirurgia, come disposto dal D.L. 517/99, perché programmazione e qualificazione delle strutture sono di loro competenza.

Le Regioni e le Università eludono, invece, tale obbligo, legislativo ed organizzativo, in maniera sostanziale o attraverso interpretazioni di favore, per tentare di mantenere l'esistente e limitarsi alla mera ricognizione del dato storico o alla ratifica di assetti di potere interno a prescindere da finalità e contenuti di un qualche interesse collettivo. Nella situazione attuale proliferano le "microstrutture" con un indice operativo al di sotto di soglie minime di efficacia e di economicità, troppo piccole e povere di attività per saturare le risorse umane e tecniche attribuite, prodotte dal moltiplicarsi di incarichi apicali di medici universitari, le cui prospettive di carriera sono sistematicamente superiori a quelle degli ospedalieri pur essendo numericamente minoritari.

Anche la identificazione di strutture assistenziali esterne all'Azienda di riferimento "necessarie" allo svolgimento delle attività didatti-

che in poli decentrati risponde alla necessità di trovare nel Ssr posti di dirigenza di strutture complesse per il personale universitario a ricompensa di una mancata carriera accademica, fino a bloccare concorsi a cattedre fino a quando non si "sistema" qualcuno dei concorrenti a carico del Ssr.

**3. Il più rilevante motivo di contrapposizione tra le due aree è rappresentato dalla progressiva occupazione degli spazi e delle carriere ospedaliere e dall'utilizzo della didattica come grimaldello per l'accesso alla direzione di strutture assistenziali. Si è prodotto negli anni un diffuso processo di clinicizzazione di reparti ospedaliere attraverso l'affidamento, per ragioni didattiche mai esplicitate, a personale universitario della loro direzione senza concorsi ma per investitura diretta "per chiara fama", spesso anche senza i requisiti di legge, attraverso una procedura, non disciplinata dall'attuale ordinamento, che rappresenta un'ipocrisia in un sistema che è già tarato al massimo sulle necessità didattiche.**

I confini della presenza universitaria entro le strutture del Ssn sono indefiniti e vaghi i limiti, fissati, e spostati, di volta in volta in sede di convenzione regionale, ove le richieste del mondo accademico non restano mai inascoltate.

**4. L'organizzazione delle Aziende Miste si basa sul dipartimento ad attività integrata (Dai) il quale, però, si configura come l'ennesimo luogo di asimmetria del potere in quanto favorisce un pregiudiziale monopolio universitario nella direzione di strutture che gestiscono risorse che sono prevalentemente assistenziali. Monopolio unicamente sostanziato dal principio, determinato in maniera unilaterale, della "necessità" didattica e di ricerca, che affida la nomina del Direttore alla intesa con il Rettore anche laddove interessi il personale del Ssr e viene amplificato dalla mancata soppressione dei Dipartimenti universitari.**

Gli stessi criteri di nomina, e di revoca, del Direttore Generale delle Aziende Miste, affidati alla intesa della Giunta Regionale con il Rettore privano il personale ospedaliero di un riferimento super partes politico-gestionale.

**5. Nell'organo di indirizzo, organismo di nuova istituzione all'interno delle Aziende Ospedaliere Universitarie, nel quale si realizza la partecipazione dell'Università al governo della Azienda, esiste un potenziale, e non risolto, conflitto di interessi in capo al Preside della Facoltà se nello stesso tempo componente di diritto di un organo di governo con funzioni di controllo ed investito delle funzioni gestionali di Direttore di Dipartimento, e quindi nella veste di controllatore-controllato nella sua triplice funzione di responsabile della didattica, ricerca e assistenza.**

**6. L'orario di lavoro del personale universitario dovrebbe essere misurato con gli stessi metodi adottati per i medici ospedaliere. Un provvedimento tanto banale appare come un cambiamento epocale per i "professori di Medicina che per la prima volta dovranno timbrare il cartellino per attestare l'inizio e la fine del lavoro dedicato all'assistenza e alla didattica, come fanno da sempre i loro colleghi ospedaliere. L'attività assistenziale degli universitari di Careggi sarà tenuta sotto controllo dall'azienda, come anche quella di formazione e ricerca." *La Repubblica* (Firenze, 8/3/2005).**

**7. Le norme sul trattamento economico del personale universitario stabilite dalle Regioni superano il meccanismo della sua equiparazione a quello del personale ospedaliero introdotto dalla L. De Maria nel 1971.**

La nuova normativa che attribuisce al personale docente universitario un trattamento economico a carico del Ssr aggiuntivo a quello erogato dal Murst quale corrispettivo di due prestazioni, didattica e assistenza, ritenute inscindibili per tutto tranne che per questo aspetto, può produrre un differenziale negativo a svantaggio dei medici ospedaliere che non potranno non rivendicare provvedimenti amministrativi finalizzati a ristabilire una nuova equiparazione.

**8. Ulteriori contenziosi sono legati al fatto che la previsione normativa di dover rispondere attraverso le famigerate convenzioni con le Regioni, alle esigenze della formazione post-laurea in strutture del Ssn è sostanzialmente disattesa, essendo noto che gli specializzandi costituiscono un'importante, ancorché occulta, risorsa delle strutture universitarie, in grado di assicurare i volumi produttivi che ne giustificano l'esistenza.**

Un moderno sistema formativo non può più essere quello tradizionale delle facoltà, insufficiente per logiche e dimensioni, a far fronte alla continua espansione di una domanda a carattere eminentemente pratico.

Ciononostante, continua ad essere eluso l'obbligo di valorizzare la funzione didattica svolta di fatto dai medici ospedaliere e la loro ricca attività di ricerca clinica anche attraverso una specifica normativa. Esigenza questa che non nasce da particolari rivendicazioni categoriali, per quanto legittime, ma dalla consapevolezza del contributo fondamentale che il Ssn può dare alla formazione medica **orientando i nuovi professionisti verso quei valori di qualità, appropriatezza, corretto uso delle risorse che rendono equo e sostenibile il Sistema sanitario in un'epoca di risorse economiche limitate.**

Le Regioni rinunciano ad un tale patrimonio, con un atteggiamento che ha delle connotazioni autolesionistiche, per non volere prendere atto della evidente realtà per cui in aggiunta alla preparazione teorica, compito primario dell'Università, occorre una formazione pratico-professionale che si acquisisce al meglio negli ospedali che hanno una naturale vocazione all'insegnamento pratico del "saper fare e saper essere", ambiti propri e peculiari delle strutture del Ssn.

Il problema della formazione medica è particolarmente sentito all'interno della Unione Europea, visto che è uno dei punti principali di riferimento per la libera circolazione dei medici.

Questa libertà di movimento deve essere sostenuta da sistemi formativi e di accreditamento che portino a standard reciprocamente accettabili e in continuo miglioramento, in modo che i pazienti abbiano realistiche aspettative di ricevere un'elevata qualità di assistenza dovunque vivano e a prescindere dall'area in cui il medico sia stato formato.

Attualmente i Paesi europei hanno regole diverse in merito al percorso formativo post-laurea.

**In nessun caso, nei Paesi europei, la formazione post-laurea è di esclusiva pertinenza dell'Università. Dovunque è svolta negli ospedali, compresi quelli universitari.**

La formazione specialistica del medico, primario interesse di chi fornisce l'assistenza sanitaria pubblica, non può non coinvolgere il Ssn, uscendo dalle logiche accademiche, che

rimangono in Italia orientate più al sapere teorico che ad un efficace pratica clinica e a mantenere separati i diversi settori di competenza, le Specializzazioni, prodotti dalla evoluzione della medicina, perdendo la visione del paziente nella sua globalità e utilizzando di volta in volta il punto di vista di una singola specialità.

In Italia il rapporto giuridico fra specializzando e Università ha caratteristiche di borsa di studio nonostante la Direttiva CEE 93/16/, alla quale è stata data attuazione con il Dlgs n. 368/99, preveda un contratto di formazione lavoro che pone lo specializzando in una situazione più dignitosa di quella di studente. Una soluzione diversa potrebbe essere rappresentata dalla possibilità di inserimento, previo concorso, del neolaureato nei posti vacanti del Ssn, laddove è, dai vigenti contratti, considerato come "medico in formazione", assicurandogli il percorso formativo adeguato, integrato con componenti teoriche, attraverso la mobilità all'interno dell'area in cui presta servizio e permettendogli di recuperare il gap con gli specialisti di altri Paesi dell'Unione Europea i quali possono accedere agli incarichi di livello più elevato quando sono in media di cinque anni più giovani, con migliori prospettive per quanto riguarda l'esperienza e la carriera.

Se ogni specializzando deve acquisire conoscenze e abilità manuali di progressiva complessità, solo mettendo in rete una serie di strutture ospedaliere all'interno di un bacino d'utenza circoscritto è possibile garantirgli un percorso formativo adeguato, organizzando la sua presenza sia in strutture ospedaliere di tipo periferico, con casistica meno complessa, sia in ospedali di più elevato livello operativo, con evidente vantaggio per l'intero Servizio sanitario pubblico.

La sinergia tra le missioni di ricerca applicata, formazione e pratica clinica è l'obiettivo cui dovrebbero tendere tutti gli ospedali e l'ospedale di insegnamento è il luogo dove si realizza al meglio tale sinergia (legge 229/99, art. 16 sexies). Ma l'ospedale di insegnamento rimane una realtà legislativa negata.

**9. La sentenza n. 329/2003 della Corte Costituzionale dà alle Regioni, in forza del nuovo titolo V della Costituzione, il potere e la responsabilità di definire con proprie norme rapporti Università-Ssn meno conflittuali e più rispettosi dei reciproci fini istituzionali. Non ci sono più alibi se si vuole evitare che lo stato giuridico e l'autoreferenzialità orientino l'organizzazione e la gestione delle neonate Aziende Ospedaliere Universitarie.**

Una tale responsabilità la Regione ha innanzitutto nei confronti dei cittadini nella loro duplice veste di principali destinatari del servizio e di finanziatori dello stesso. Ma anche nei confronti dei medici dipendenti del Ssr che non accettano di essere condannati a cedere spazi e competenze all'espansionismo universitario per rifugiarsi nella riserva di un Ssr povero e per i poveri e lasciare ad altri le magnifiche e progressive sorti della formazione, della didattica e della assistenza nei settori ad alta specializzazione. Negli atti dei governi regionali, però, la integrazione a parole ricercata si è trasformata in una occasione mancata e le Regioni, che non perdono occasione di lamentare la scarsità di risorse da destinare alla Sanità, non lesinano finanziamenti miliardari alla Facoltà di medicina.

Permane, invece, indeterminata la partecipazione della Università ad eventuali risultati economici negativi delle Aziende in cui ope-



ra, pur concorrendo essa ampiamente a determinare strategie, obiettivi e modi di perseguirli.

Esiste di fatto una dissociazione tra potere e responsabilità, nella logica di privatizzare gli utili e socializzare le perdite.

A fronte di eventuali disavanzi delle nuove Aziende ospedaliere - universitarie è previsto un incremento del finanziamento a carico del solo Ssr, anche per la attuazione di programmi di ricerca di rilevante interesse comune.

**10.** Un modello istituzionale più integrato rispetto alla assistenza, alla formazione e alla ricerca clinica non può nascere dalla subordinazione dell'Azienda all'Università, come in realtà sta avvenendo.

Costruire il comune senso d'appartenenza ed il livello di integrazione richiesto per superare contrasti e tensioni alla base del vissuto da "separati in casa" che caratterizza la situazione attuale e dare una risposta adeguata alle attese che la società civile giustamente "pretende" dal sistema integrato formazione medica-ricerca-assistenza sanitaria è possibile attraverso *il reclutamento delle intelligenze professionali di ambedue le appartenenze.*

*In questa prospettiva occorre anche porre rime-*

*dio alla inaccettabile* asimmetria di rappresentanza che esiste tra la componente professionale ospedaliera e quella universitaria per il fatto che l'una può discutere, contrattare e votare gli accordi con la Regione mentre l'altra è costretta ad intervenire a prodotto finito. Appaiono assenti forme di collaborazione degli Assessori Regionali con le "risorse professionali" ed alle Oo.Ss. mediche non vengono garantiti spazi di negoziazione nonché le condizioni della par condicio tra le due componenti.

**11.** La situazione attuale è caratterizzata da una persistente subordinazione delle necessità assistenziali a quelle della didattica universitaria che configura una forte limitazione della potestà e della autonomia del Ssr fermi restando per quest'ultimo tutti gli obblighi connessi al finanziamento.

Da variabile indipendente del sistema l'Università ne diventa la variabile dominante.

Il sistema sanitario regionale è condannato, specie in alcune strutture di importanza cruciale, alla instabilità e alla conflittualità per difendere privilegi anacronistici, e costosi, che sfuggono ad ogni valutazione di efficienza ed efficacia, e favorire la prevaricazione

arrogante ed autoreferenziale.

Il che certo non risponde all'interesse del malato ed alla valorizzazione delle professionalità che operano all'interno del Ssr.

**12.** Un'attenzione particolare deve essere posta ai meccanismi di reclutamento del personale docente, particolarmente delicati per la Facoltà di medicina a causa del rischio di ribaltare sul Ssr e sui cittadini le eventuali incapacità professionali.

A parte gli episodi, non isolati, di "familismo amorale", come quelli segnalati a Bari, e agli abituali meccanismi di pura cooptazione, è da rimarcare quella particolare forma di conflitto di interessi che, nella indifferenza generale, consente a privati, comprese Aziende del settore sanitario, di "comperare" cattedre a favore di singoli docenti della Facoltà di Medicina pagando alla Università il corrispettivo economico per alcuni anni.

I guasti, non solo economici, di un tale sistema sono intuibili da parte di tutti.

*\*Coordinatore Commissione Rapporti Ssn/Università Anaao Assomed*

*segue dalla prima*

**CONFERENZA ORGANIZZATIVA ANAAO ASSOMED**

## Il° biennio: premiare la competenza

*Pubblichiamo di seguito il documento conclusivo della Conferenza Organizzativa Anaao Assomed approvato dal Consiglio Nazionale Anaao Assomed (Palermo 17-18 Aprile 2005)*

Il Consiglio Nazionale dell'Anaao Assomed, riunito a Terrasini in data 18 aprile 2005, esprime apprezzamento per le posizioni che la Segreteria Nazionale e la delegazione trattante hanno sostenuto al tavolo del rinnovo contrattuale.

Il Consiglio Nazionale, esaminato il documento conclusivo della Conferenza Organizzativa del 17 aprile, lo approva impegnando la Segreteria Nazionale e la delegazione trattante a trovare risposte soddisfacenti alle problematiche sollevate, valutando anche tempi e condizioni per la conclusione della trattativa.

La Conferenza Organizzativa Anaao Assomed, convocata a Palermo il 17 aprile 2005, udita la relazione del Segretario Nazionale e alla luce del dibattito che questa ha sollecitato, si riconosce nelle seguenti considerazioni che sottopone alla attenzione del Consiglio Nazionale e della Segreteria Nazionale.

Sono totalmente condivise le posizioni che la delegazione trattante, in rappresentanza di tutta l'Associazione ha assunto al tavolo contrattuale sia sugli aspetti normativi che su quelli economici.

Per quanto riguarda i primi si ribadisce che ogni sforzo deve ancora essere fatto al fine di:

- limitare nel numero, qualificare e tutelare nei contenuti, i rapporti di lavoro atipici che stanno indebitamente affollando le corsie;
- garantire il ruolo delle OO.SS. della Dirigenza Medica in tutti gli ambiti che direttamente ed indirettamente sono correlati alla attività di tutela della salute, prioritariamente quelli relativi alla definizione di standards prestazionali anche per attività specialistica connessa all'emergenza e alla continuità assistenziale negli ospedali e nel territorio;
- respingere ogni tentativo di assimilare il lavoro dei Dirigenti Medici ad un indistinto "fattore di produzione" sempre e comunque a disposizione delle esigenze delle aziende. In questo senso va difesa la definizione dell'orario di lavoro e vanno normate a livello nazionale le eventuali prestazioni aggiuntive, comprese le guardie e pronte disponibilità, nei criteri di accesso, quantificazione e remunerazione;
- esplicitare in termini inequivocabili l'obbligo in capo alle Aziende di stipula delle Assicurazioni per Responsabilità Civile del proprio personale, riconfermando quanto già previsto in materia di esclusione della rivalsa per colpa grave;
- ribadire l'obbligo per le aziende sanitarie di finanziare le attività di aggiorna-

mento e formazione permanente correlate all'Ecm, sancendo contestualmente il ruolo fondamentale e non delegabile dei professionisti nella programmazione e gestione delle stesse. Al riguardo appare coerente che, in assenza di chiari e percepibili sistemi premianti, non si possano prevedere penalizzazioni per gli eventuali inadempimenti agli obblighi formativi;

- prevedere che il doppio sistema di valutazione cui è sottoposta la dirigenza medica e sanitaria (Collegio Tecnico e Nucleo di valutazione), fatto unico nel panorama della dirigenza pubblica, affidi esclusivamente all'organismo tecnico professionale (Collegio Tecnico) ogni determinazione che abbia effetti sul rapporto di lavoro (eventuali revoche degli incarichi e recesso). Questa forte rivendicazione di responsabilità ed autonomia della dirigenza medica si colloca in quel progetto più vasto di promozione del governo clinico nelle aziende sanitarie, oggi quanto mai indispensabile al miglioramento della qualità delle prestazioni e alla sostenibilità economico finanziaria del sistema. In questo contesto va ribadito che l'Azienda non può procedere al recesso in assenza del parere conforme del Comitato dei Garanti.

Sugli aspetti economici, la Conferenza Organizzativa:

- ritiene che quanto proposto abbia conseguito nel modo migliore l'obiettivo della definizione di un nuovo tabellare unico della dirigenza pubblica, pur con alcune asimmetrie inevitabilmente prodottesi nella fase di conglobamento delle voci retributive realizzata nel I biennio;
- richiede che nel secondo biennio prosegua, con le soluzioni più soddisfacenti possibili, il processo di qualificazione normativa ed economica delle attività mediche disagiate, a partire da quelle collegate al servizio di guardia e pronte disponibilità.
- impegna la Associazione a riequilibrare gli incrementi contrattuali nel secondo biennio, attraverso un percorso che premi economicamente l'acquisizione nel tempo di competenze ed esperienze, indipendentemente dagli incarichi ricoperti;

In conclusione la Conferenza Organizzativa nel ribadire la propria fiducia nell'operato della Segreteria Nazionale e della Delegazione trattante e fermo restando l'impegno ad ogni tentativo di soddisfacente soluzione ai problemi di cui sopra, delega a questi la decisione sui tempi e sulle modalità di conclusione della trattativa sulla intera tornata contrattuale, che vuole e deve essere non solo uno strumento di tutela dei professionisti ma anche di garanzia della qualità e sicurezza dei servizi resi ai cittadini.

## LA CARTA DI SANREMO

# Deontologia europea: un'utopia possibile da realizzare

“Un codice di deontologia europeo: utopia o realtà?”. Sotto questo titolo si è svolto a Sanremo, nella seconda metà di aprile, un convegno organizzato dalla Fnomceo e dall'Ordine di Imperia che ha visto la partecipazione di circa trecento delegati, provenienti dall'Italia e dall'Europa, i quali hanno discusso di valori etici e di scelte che dovranno essere operate qualora si arrivasse ad un codice deontologico condiviso da tutta l'Unione. Due i temi fondanti che hanno tenuto banco: il primo, la necessità di comprendere come la deontologia medica sia un tema di totale autogoverno. Il secondo, la verifica delle reali possibilità di dar vita ad una deontologia europea, considerata la vastità e varietà delle realtà nazionali

di Stefano Simoni

La due giorni sanremese un primo risultato lo ha raggiunto. L'approvazione della “Carta di Sanremo”, ovvero il documento che in otto punti apre le porte ad un progetto ambizioso qual è quello della costituzione di un Codice di deontologia medico europeo.

Un progetto che, per forza di cose, deve essere considerato a lunga scadenza in quanto deve mettere d'accordo su grandi temi etici e professionali, come il consenso informato, il rapporto medico-paziente, la tutela della privacy ma anche l'autonomia professionale, i 25 paesi che oggi fanno parte dell'Unione europea. Di questo medici, giuristi, politici, bioeticisti, intellettuali ed esperti internazionali riuniti hanno discusso a Sanremo, cercando di dare una risposta all'interrogativo posto dal Convegno: Codice di deontologia europeo, utopia o realtà? Dalle indicazioni che sono emerse durante i lavori può non essere un'utopia pensare ad un Codice comune per i medici europei che punti sulla centralità della tutela del paziente, sul rispetto dell'etica, sul contenimento delle esigenze dell'economia in materia di salute e sull'autonomia delle scelte del professionista. D'altronde, dopo il trattato di Schengen che ha rimosso le barriere fra i paesi dell'Ue, dopo l'unione monetaria raggiunta con l'adozione dell'euro, con il rapido evolversi della scienza medica e la libera circolazione all'interno delle frontiere del vecchio Continente, è forte la necessità di un confronto per i professionisti della salute che contenga le regole fondamentali di comportamento dei medici e odontoiatri.

## LA CARTA DI SANREMO

Ecco dunque l'importanza del documento siglato dai rappresentanti degli Ordini e delle associazioni professionali dei medici europei.

Otto punti che parlano di indipendenza, di autonomia e responsabilità professionale del medico, per dire no al “mercato della salute” e garantire la tutela dei cittadini, nel reciproco rispetto tra medico e paziente. Una “alleanza terapeutica”, quella fra camici bianchi e malati che abbia però anche regole precise e organismi preposti a dirimere eventuali controversie legali, quali Camere di conciliazione arbitrale e fondi pubblici per l'indennizzo dei danni. Questi alcuni dei punti principali della “Carta di Sanremo”, documento che pone le basi per la nascita di un Codice europeo sui grandi temi etici e professionali della categoria medica.

### 1. La salute

La salute non è una merce, ma un bene multidimen-

sionale. I cittadini di ogni età, sesso, razza, fede religiosa, credenze e condizione sociale, hanno diritto ad avere le migliori cure indispensabili, la migliore assistenza sociale e sanitaria possibile, compatibilmente con le risorse disponibili, e indipendentemente dai modelli di organizzazione sanitaria esistenti nelle loro realtà di vita e di lavoro.

### 2. Autonomia, indipendenza e responsabilità dei medici

L'autonomia, l'indipendenza, la libertà e la responsabilità del medico, senza collusive compiacenze pubbliche o private e conflitti di interesse, sono la condizione irrinunciabile per garantire le cure migliori e “prendersi cura” delle persone che ne abbiano bisogno. Il medico, nelle sue decisioni, dovrà sempre tener conto “in scienza e coscienza” delle più aggiornate, e provate, acquisizioni della ricerca scientifica e rispettare il principio di un'equa distribuzione tra i cittadini delle risorse economiche disponibili, senza che queste “raccomandazioni” mortifichino la sua dignità umana e professionale.

### 3. Consenso e libertà di cura dei cittadini

I cittadini hanno il diritto di esprimere liberamente la propria volontà di curarsi o di non curarsi, senza pretendere tuttavia che il medico abbia il dovere di soddisfare comunque richieste di cura che non condivide. Il medico ha altresì il dovere di rispettare il diritto delle persone ad essere informate sul loro stato di salute, evitando toni brutalmente veritieri, di informarle sui motivi delle sue proposte di cura e di preoccuparsi che le informazioni fornite risultino comprensibili.

### 4. I rapporti tra medici e cittadini

È auspicabile che il crescente e preoccupante contenzioso amministrativo, rivendicativo e giudiziario, che caratterizza oggi le relazioni tra medici e cittadini – e minaccia la sopravvivenza degli stessi servizi sanitari – ritrovi composizione in una nuova “alleanza terapeutica”, fondata sul rispetto dei diritti e dei doveri reciproci come indispensabile soluzione.

### 5. La sicurezza dei pazienti

La sicurezza dei pazienti rappresenta un problema in tutti i sistemi sanitari avanzati e complessi, perché la medicina è una professione rischiosa e sono sempre possibili errori umani, tecnologici, organizzativi e gestionali. La gestione del rischio clinico implica la necessità di identificare le cause degli errori nei percorsi clinico-assistenziali dei pazienti, di “imparare” da essi e intraprendere le azioni correttive necessarie per ridurli al minimo, evitando così che si ripetano

in futuro.

Da qui anche l'esigenza che il management “economico aziendale” delle organizzazioni sanitarie, pubbliche e private, attento soprattutto ai costi dell'offerta, collabori e valorizzi una *clinical governance* che permetta ai sanitari di assumersi la responsabilità diretta della qualità dei servizi, del *risk management* e del rapporto costo/efficacia delle loro decisioni.

### 6. Soluzioni alternative alle controversie legali

I medici europei sollecitano i legislatori nazionali ad estendere a tutti i paesi Ue soluzioni alternative al processo dinanzi ai giudici, già assunte in alcuni di essi con successo: Camere di conciliazione arbitrale e Fondi pubblici per l'indennizzo di danni meno gravi. La lentezza della giustizia civile, in alcuni Paesi, nel soddisfare in modo efficace la domanda di tutela giudiziaria di chi si ritenga danneggiato dai medici, i costi della tutela legale e delle assicurazioni e il prolungato danno di immagine del professionista, anche in caso di tardiva sentenza assolutoria, sono all'origine infatti del ricorso alla cosiddetta “medicina difensiva”, praticata da medici conseguentemente intimoriti di imputazioni, e di un diffuso malessere sociale.

### 7. La formazione professionale continua

L'incessante rinnovamento delle tecnologie sanitarie, le prospettive di modificazioni demografiche, l'aumento delle malattie croniche e delle fragilità sociali in una società multietnica e multiculturale richiedono ai medici notevoli capacità di adattamento, individuale e di gruppo, e una formazione continua. Quest'ultima deve consistere in un processo di cambiamento globale della persona, che concili lo sviluppo delle conoscenze cliniche con l'adattamento socioculturale a nuove istanze organizzative ed etico sociali, e non nella pedissequa acquisizione “obbligatoria” di crediti, amministrati dalla burocrazia.

### 8. Diritto e problemi bioetici

I codici deontologici dei medici, ispirati alla Convenzione sui Diritti dell'Uomo e la Biomedicina e ai documenti del Consiglio d'Europa, dinanzi alle scelte etiche sempre più inquietanti e difficili che i progressi della scienza pongono ai medici, costituiscono strumenti insostituibili di sostegno e guida per una buona pratica di cura e assistenza.

Oggi, in una realtà europea di pluralismo legislativo, si pone il problema se le norme giuridiche possano e debbano contenere dettami ispirati alla morale, o se il recupero dei valori etici, socialmente riconosciuti, debba essere delegato all'autodisciplina professionale e ai codici deontologici.

ABRUZZO

# La questione dei piccoli ospedali: stato dell'arte e proposte operative

L'assenza di elevata qualificazione tecnologica da un punto di vista strutturale, visto addirittura come elemento di rischio per determinate tipologie di pazienti, unitamente alle maggiori possibilità da parte dell'utenza di cercare soluzioni sanitarie ritenute più consone al proprio stato di salute, anche al di fuori della propria regione, sono elementi tali da giustificare il dibattito sui piccoli ospedali. Diverse esperienze in Italia e all'estero hanno però dimostrato come attraverso un'opportuna riorganizzazione i presidi di piccole dimensioni possono rappresentare un'importante risorsa

di Amedeo Budassi\*

La rete ospedaliera pubblica abruzzese è piuttosto ramificata e al suo interno comprende anche ospedali di piccole dimensioni.

I piccoli ospedali, se possono aver rappresentato importanti presidi di diagnosi e cura in un passato non prossimo, attualmente mostrano tutti i limiti legati alla modernizzazione del sistema complessivo.

In epoca passata, il radicamento dell'ospedale sul territorio di competenza, la difficoltà di collegamenti viarii, specie nelle zone disagiate, la facile accessibilità, l'ampia disponibilità di posti letto e la relativa necessità di occuparli, la modesta dotazione tecnologica comune a tutti i presidi, piccoli e grandi, costituivano tutti elementi favorevoli alla fruizione da parte dell'utenza determinando peraltro il perverso meccanismo dell'offerta che alimenta la domanda.

Il notevole miglioramento della viabilità e la, forse eccessiva, volontà dell'utenza di cercare le soluzioni sanitarie ritenute più consone al proprio stato di salute, che talora porta anche a superare i confini geografici della regione (vedi mobilità passiva), comporta nei fatti un importante fenomeno migratorio che sicuramente riduce l'interesse verso i piccoli ospedali, determinandone una progressiva recessione.

D'altro canto, lo sviluppo scientifico in ambito sanitario è in continua evoluzione e ciò comporta un frequente aggiornamento tecnologico con i relativi esorbitanti costi di gestione.

Appare pertanto improbabile, e sicuramente antieconomico, dotare anche le piccole strutture di tecnologia avanzata, venendosi così a determinare una automatica obsolescenza delle tecniche mediche nei piccoli presidi. Tanto è vero che spesso si sente, anche da parte degli addetti ai lavori, che gli ospedali di piccole dimensioni, proprio a causa dell'assenza di strutture ad elevata qualificazione tecnologica, possono rappresentare elementi di rischio per determinate tipologie di pazienti: ciò a prescindere dal valore professionale del personale sanitario.

Ne consegue una progressiva perdita di competitività e quindi di interesse da parte dell'utenza che, in prima battuta o dopo un breve ricovero, si rivolge a strutture di maggiori dimensioni e quindi più attrezzate. Ne è conseguenza, tra le altre cose, un affollamento dei grandi ospedali che sempre più di frequente devono sopportare anche il triste fenomeno dei ricoveri, sia pure temporanei, in barella, mentre magari nei presidi più piccoli esistono posti letto disponibili.

Le considerazioni riportate, anche se in maniera non esaustiva, indirizzano verso una precisa soluzione che,

anche se a prima vista sembra da tutti compresa, in realtà viene poi ostacolata da interessi di campanile, spesso anche comprensibili, perché giustificati da condizioni socio-economiche: in molte realtà interne, la presenza dell'ospedale, in via diretta o mediata attraverso l'indotto, rappresenta l'unica attività "industriale" della zona; la sua chiusura potrebbe costituire un aggravamento della situazione economica del bacino di riferimento.

In ogni caso, un razionale disegno politico non può prescindere da tali considerazioni.

Una soluzione ponderata che consenta una più corretta distribuzione dei letti per acuti, senza con questo determinare la scomparsa dei piccoli ospedali, potrebbe essere rappresentata dall'impiego dei posti letto residui di lungodegenza e riabilitazione che andrebbero a sostituire, con opportuna gradualità, i letti per acuti soppressi.

Si verrebbe quindi a raffigurare, nei piccoli ospedali, una realtà rappresentata dai servizi ospedalieri di base, pronto soccorso, laboratorio analisi, radiologia, cardiologia, etc., che sarebbero funzionali, oltreché all'utenza ambulatoriale, anche alle eventuali necessità legate ai pazienti non acuti presenti nel presidio. A completamento di un quadro così delineato, si può ipotizzare, sempre all'interno degli stessi presidi, l'istituzione di una struttura di recente concezione il "country hospital", di cui esistono già da alcuni anni esperienze positive in altre regioni italiane.

Il "country hospital", altrimenti definito "Ospedale di Comunità", ha la funzione di rispondere ai bisogni assistenziali delle fasce deboli della popolazione; la sua attività è, infatti, rivolta agli anziani, nelle fasi di riacutizzazione di patologie croniche che, comunque, non necessitano di cure intensive e/o di diagnostica ad elevata tecnologia.

Le esperienze, in alcuni casi pluriennali, già in atto, hanno mostrato il duplice vantaggio di ridurre il ricorso al ricovero per acuti, abbattendo i relativi costi di gestione, e di ottenere un buon gradimento da parte delle popolazioni servite.

L'ospedale di comunità, oltre che rappresentare la soluzione a molte problematiche socio-sanitarie, costituisce anche un importante modello di attività multidisciplinare fondata sul confronto tra varie professionalità (medici di medicina generale, continuità assistenziale, specialisti del territorio, infermieri e tecnici della riabilitazione) che va ad integrare e, talora, a completare il percorso assistenziale realizzato attraverso l'Assistenza Domiciliare Integrata (A.D.I.).

Le caratteristiche strutturali e gestionali di tale struttura possono così essere sintetizzate:

- **sedi e dimensioni:** vanno privilegiate le allocazioni in zone disagiate, prevedendone il collegamento con i servizi socio-assistenziali, mentre, per quanto attiene alle dimensioni, le stesse vanno attagliate alle caratteristiche del bacino di utenza servito, potendosi prevedere un numero di letti compreso tra 5 e 20.

- **Patologie trattate:** gli utenti che possono avvalersi di tale struttura sono pazienti oncologici, anche terminali, pazienti affetti da patologie respiratorie, cardiovascolari, gastroenteriche in fase di riacutizzazione, nonché pazienti affetti da esiti di eventi traumatici o da insulti vascolari.

- **Assistenza sanitaria:** è caratterizzata dalla massima flessibilità, senza escludere il ricorso al day hospital, ed è garantita da personale infermieristico nelle 24 ore, mentre l'assistenza medica è assicurata, nell'arco diurno dai medici di medicina generale, attraverso accessi programmati o pronta disponibilità per le urgenze, e, nelle fasce orarie notturne e festive, dai medici della continuità assistenziale. I tecnici della riabilitazione e i medici specialisti del territorio completano le risorse professionali necessarie a garantire il risultato atteso.

- **Economicità di gestione:** è facilmente intuitivo prevedere, pur in assenza di dati certi, stante le difformi modalità organizzative nelle realtà già funzionanti, una notevole riduzione dei costi di gestione, che, fatto cento il costo giornaliero di un ricovero per acuti, andrebbero ad incidere per un valore percentuale prossimo al 25% di detto costo.

L'elevata distribuzione territoriale dei piccoli presidi esistenti risulterebbe, in tal caso, elemento di forza piuttosto che di debolezza quale attualmente appare. Verrebbero mantenuti attivi, sia pure con altra funzione, i piccoli presidi, evitando in tal modo un ulteriore depauperamento socio-economico della zona di interesse.

La periferizzazione delle strutture consentirebbe una assistenza più accurata dei pazienti cronici senza allontanarli dai familiari e dall'usuale contesto di vita. Ne conseguirebbe, valore di non poco conto, una riduzione della ospedalizzazione in reparti per acuti che, a loro volta, verrebbero meglio utilizzati e meno affollati.

\*Direttore U.O. Medicina e chirurgia di accettazione e urgenza, Ospedale clinicizzato SS. Annunziata di Chieti

## CODE CONTRATTUALI

# Le ulteriori garanzie per la malattia del dirigente medico

di Vincenzo Bottino\*

## NOZIONE DI MALATTIA E GARANZIE DI LEGGE

La malattia, da un punto di vista lavoristico, ha una nozione ristretta rispetto a quella medico-legale, in quanto si considera tale soltanto quell'alterazione dello stato di salute in grado di determinare un'assoluta o parziale incapacità al lavoro specifico.

Ciò premesso, al pari di qualunque lavoratore dipendente, anche il dirigente medico in stato di malattia gode, durante tale periodo, dei benefici e delle garanzie riconosciutegli dalla legge e dal contratto.

In particolare, il nostro codice civile (art. 2110), stabilisce che il lavoratore malato ha diritto, da un lato, alla conservazione del posto di lavoro per un determinato periodo computabile nell'anzianità di servizio e, dall'altro, al mantenimento del trattamento retributivo nei limiti fissati dalle leggi speciali o dal contratto collettivo.

L'assenza per malattia non ha una durata indeterminata, in quanto lo stesso legislatore, salvo alcune ipotesi (ad es. per la categoria degli impiegati o per gli affetti da tubercolosi) affida alla contrattazione collettiva il compito di individuare i limiti temporali (periodo c.d. di comportamento) durante il quale trovano applicazione i benefici della sospensione del rapporto e del divieto di licenziamento del dirigente.

La disciplina contrattuale sul punto è contenuta negli artt. 24 e 25 del Ccnl 1996 - Area della dirigenza medica e veterinaria - e nell'art. 9 delle Code contrattuali del 2000 (Ccnl integrativo del 14 febbraio 2004).

## PERIODO DI COMPORTO CONTRATTUALE E CONSERVAZIONE DEL POSTO DI LAVORO

Nello specifico, il suddetto art. 24, al comma 1, stabilisce che "il dirigente non in prova, assente per malattia, ha diritto alla conservazione del posto per un periodo di diciotto mesi. Ai fini della maturazione del predetto periodo, l'assenza in corso si somma alle assenze per malattia intervenute nei tre anni precedenti".

A tale durata si somma, inoltre, un ulteriore periodo di 18 mesi in casi particolarmente gravi, qualora il dirigente ne faccia tempestiva richiesta entro la scadenza del primo periodo di 18 mesi. In tali ipotesi, peraltro, il dirigente può essere sottoposto all'accertamento delle sue condizioni di salute, per il tramite dell'unità sanitaria locale territorialmente competente, al fine di stabilire la sussistenza di eventuali cause di assoluta e permanente inidoneità fisica a svolgere qualsiasi proficuo lavoro (art. 24, comma 2).

Una volta superati i suddetti periodi di conservazione del posto (18 mesi + 18 mesi), oppure nel caso in cui il dirigente, a seguito dell'accertamento delle sue condizioni (cfr. comma 2) venga dichiarato permanentemente inidoneo a svolgere qualsiasi proficuo lavoro, l'azienda o ente può procedere alla risoluzione del rapporto corrispondendo al dirigente l'indennità sostitutiva del preavviso (art. 24, comma 3). Ciò significa che il dirigente, qualora non riprenda servizio entro il termine del periodo di comportamento o venga dichiarato completamente inidoneo a svolgere qualsiasi mansione, anche inferiore, può es-

sere licenziato da parte della propria Azienda.

Ai fini del calcolo dei suddetti periodi di sospensione del rapporto, una rilevante novità è stata introdotta dal Ccnl integrativo del 10 febbraio 2004 (Code contrattuali). Quest'ultimo, all'art. 9, stabilisce che, in caso di patologie gravi che richiedano terapie salvavita ed altre ad esse assimilabili (ad esempio l'emodialisi, la chemioterapia, il trattamento per infezione da Hiv-Aids nelle fasi a basso indice di disabilità specifica), sono esclusi dal computo dei giorni di assenza per malattia concessi per contratto:

- i relativi giorni di ricovero ospedaliero o di day hospital;
- i giorni di assenza dovuti alle citate terapie, debitamente certificati dalla competente Asl o struttura convenzionata.

L'elenco delle terapie salvavita è meramente indicativo, in quanto non è possibile individuarle a priori, in modo esaustivo (Dichiarazione congiunta n. 2, del Ccnl integrativo del 10 febbraio 2004).

È garantito, inoltre, che in tali giornate, non solo il dirigente abbia diritto a percepire l'intera retribuzione, ma anche che, al fine di agevolare le esigenze collegate a terapie o visite specialistiche del dirigente stesso, le Aziende siano tenute a favorire un'adeguata articolazione dell'orario di lavoro.

## REGIME DI CONSERVAZIONE SPECIALE PER I MALATI DI TUBERCOLOSI

In questo quadro, sempre in tema di conservazione del posto di lavoro, una particolare disciplina è riservata per legge a coloro che sono affetti da tubercolosi.

Sul punto, l'articolo 9 della legge 14 dicembre 1970, n. 1088 stabilisce che: "Le amministrazioni statali anche ad ordinamento autonomo, gli enti pubblici e tutti i datori di lavoro del settore privato aventi un numero di dipendenti superiore a quindici unità hanno l'obbligo di conservare il posto ai lavoratori subordinati affetti da tubercolosi fino a sei mesi dopo la data di dimissione dal luogo di cura per avvenuta guarigione o stabilizzazione, con mansioni ed orario adeguati alle residue capacità lavorative".

Pertanto, per tali soggetti, la legge offre la speciale garanzia dell'ulteriore conservazione del posto non solo per il tempo fissato dal contratto, ma per tutta la durata delle cure e fino a sei mesi dopo la dimissione dal luogo di cura per avvenuta guarigione o stabilizzazione della malattia. In altri termini, qualora quest'ultimo periodo, privo di una durata massima predeterminata, sia superiore al comportamento previsto dal contratto (18 + 18 mesi), l'azienda non avrebbe alcuna facoltà di procedere al recesso (di cui al comma 3 dell'art. 24) ed un eventuale licenziamento, intimato prima della sua scadenza, sarebbe da considerarsi ingiustificato, con il conseguente obbligo da parte dell'Azienda medesima al pagamento dell'indennità supplementare prevista dal contratto.

## TRATTAMENTO RETRIBUTIVO E ANZIANITÀ DI SERVIZIO DURANTE IL COMPORTO

Oltre alla garanzia della conservazione del posto di lavoro durante il periodo di sospensione del rapporto, il dirigente medico ha diritto a percepire la retri-

buzione nei limiti fissati dal contratto collettivo.

In particolare, il comma 6 dell'art. 24 Ccnl 1996 stabilisce che al dirigente medico assente per malattia spetta il seguente trattamento economico:

- a) intera retribuzione per i primi nove mesi di assenza;
- b) 90% della retribuzione per i successivi tre mesi di assenza;
- c) 50% della retribuzione per gli ulteriori sei mesi del periodo di conservazione del posto;
- d) nessuna retribuzione per gli ulteriori 18 mesi di conservazione del posto concessi per casi particolarmente gravi.

La disciplina relativa al trattamento retributivo spettante durante il periodo di comportamento trova una deroga contrattuale nell'ipotesi in cui la malattia del lavoratore sia stata riconosciuta dipendente da causa di servizio.

L'art. 25 del Ccnl 1996, infatti, dispone che "in caso di assenza dovuta ad infortunio sul lavoro o a malattia riconosciuta dipendente da causa di servizio", al dirigente spetta, sia il "diritto alla conservazione del posto fino alla guarigione clinica" e comunque non oltre la durata massima consentita (36 mesi), che "l'intera retribuzione di cui all'art. 24, comma 6, lettera a)" per tutta la durata del comportamento (art. 25, comma 1).

Una volta scaduti i 36 mesi di assenza, l'azienda potrebbe comunque procedere al licenziamento. Se però decide di mantenere in servizio il dirigente, senza, quindi, risolvere il contratto, e l'assenza dello stesso si prolunga oltre i 36 mesi, l'azienda non è tenuta a versare alcuna retribuzione.

Infine, in aggiunta all'erogazione del trattamento retributivo nei limiti di cui sopra, il dirigente medico mantiene il diritto a maturare l'anzianità di servizio per tutta la durata dei primi 18 mesi di assenza (art. 24, Ccnl 1996).

## OBBLIGHI DEL DIRIGENTE MEDICO

Il medico ha il dovere di comunicare tempestivamente lo stato di malattia all'Azienda o Ente, cui va inviata la certificazione medica dell'assenza. Inoltre, egli deve contemporaneamente comunicare l'eventuale nuovo indirizzo dove può essere reperito durante il periodo di assenza, in caso di domicilio provvisorio, diverso da quello di residenza. Ciò, al fine di consentire all'Azienda il controllo della malattia, nei modi previsti dalla vigenti disposizioni di legge. Qualora l'infermità sia stata causata da colpa di un terzo, il dirigente è tenuto ad avvisare l'Azienda di appartenenza. Tale adempimento è necessario, in quanto il risarcimento del danno da mancato guadagno, eventualmente liquidato al medico da parte del terzo responsabile, potrebbe essere comprensivo anche della normale retribuzione. In questa ipotesi, secondo il contratto collettivo, il dirigente deve versare all'azienda o ente una somma pari all'importo della retribuzione che gli è stata erogata dall'azienda medesima durante il periodo di assenza.

\*Anaa-Cref  
Servizio Tutela Lavoro

a cura di Arianna Alberti

## IL PUNTO

## La segnalazione degli errori medici: volontaria e confidenziale

di Alberto Andrion

Dopo la pubblicazione a fine anni 90 degli impressionanti dati Usa sui danni degli errori medici, si sono moltiplicate le iniziative, negli Stati Uniti e altrove (ultimo esempio in Germania), per impostare sistemi di rilevazione degli errori certi e/o potenziali. La maggior parte di questi sistemi è modellata sulla falsariga già in atto da decenni nel campo dell'aviazione. Caratteristiche principali sono la volontarietà, l'anonimato, la confidenzialità e la non perseguibilità sul piano legale. Infatti, il fine ultimo non è la scoperta di un eventuale "colpevole", ma l'assunzione di informazioni e lo sviluppo di conoscenze su possibili aree a rischio di errore, al fine di introdurre correttivi procedurali ed organizzativi per eliminare la possibilità che essi si verifichino. In Italia, si sta cominciando ad affrontare il problema e già avanzano proposte di obbligatorietà della segnalazione, di appositi uffici aziendali deputati alla raccolta ed al controllo dei dati, e via discorrendo. Negli Stati Uniti, gli Stati che hanno introdotto la segnalazione obbligatoria sono andati incontro ad un clamoroso fallimento mentre risultati soddisfacenti sono invece stati ottenuti negli Stati che hanno applicato un sistema volontario e confidenziale. L'auspicio è che non si voglia ripercorrere la strada dell'Ecm: obbligatoria, difficilmente gestibile, costosa, burocratica e di esito incerto circa il miglioramento degli outcomes di performance clinica.

## GERMANIA

## Per i medici un sistema sul web che consente di denunciare gli errori in forma anonima

Caccia all' "errore" e non alle "streghe", potrebbe essere così sintetizzato lo spirito della nuovo approccio al problema degli errori in medicina che, a quanto pare, in Germania fanno più vittime dell'Aids e del tumore al seno.

L'Associazione Nazionale per l'Assicurazione dei Medici (Kassenärztliche Bundesvereinigung - Kbv), ha presentato in una conferenza stampa a Berlino un sistema che consente a medici di famiglia e specialisti di denunciare, in forma anonima, su internet, ogni errore abbiano commesso in prima persona o visto commettere da altri colleghi.

Gli errori riportati, una volta accertate la veridicità e garantito l'anonimato, saranno a disposizione sul sito <http://www.cirsmedical.ch/kbv/cirs/cirs.php> (già attivo). Il sistema è gestito da un anestesista di Basilea, Daniel Scheidegger, che l'ha progettato 12 anni fa per utilizzarlo in Svizzera.

"Questo sistema consente di imparare dagli errori... Se gli errori vengono identificati in tempo, possono essere rilevate ed eliminate le cause e le possibili fonti di errori sistematici" - ha detto Andreas Kohler, presidente dell'associazione, il quale ha anche aggiunto che sia stato praticamente impossibile nel passato discutere sugli errori perché sui medici gravava la costante minaccia di procedimenti legali e le compagnie di assicurazione erano riluttanti a coprire i

costi di una negligenza medica se l'errore veniva ammesso. Il nuovo sistema sarà affiancato da un altro progetto sviluppato all'Università di Francoforte che, sempre garantendo l'anonimato, monitora gli errori commessi dai medici di famiglia ([www.jeder-fehler-zaehlt.de](http://www.jeder-fehler-zaehlt.de)).

Alla creazione di questo clima ha contribuito anche l'orientamento del governo. Nel 2003 una commissione di esperti della sanità pubblica aveva chiesto espressamente che venissero creati i presupposti per una cultura meno colpevolista e oppressiva per affrontare il problema degli errori medici.

Il decollo di queste iniziative coincide con un dibattito in atto nel Paese sulla sicurezza dei pazienti; nel discorso di apertura della conferenza annuale della Società tedesca di chirurgia a Berlino un chirurgo ha invitato i colleghi a "rompere il silenzio" denunciando apertamente gli errori e ha sottolineato come in Germania si muoia più di "negligenza medica" che di Aids o cancro al seno.

Resterà ora da vedere, come ha commentato il presidente del German Institute for Quality and Economics in the Health System, se questa e altre iniziative mirate alla sicurezza dei pazienti riusciranno ad essere qualcosa di più di un mero placebo per l'opinione pubblica e se la Kbv farà davvero dei passi concreti per abbassare la soglia dei rischi una volta che essi siano stati messi a nudo.

## INDIA

## Brevetti farmaceutici: se cambia la legge addio ai generici economici e di qualità

La legge indiana sui brevetti farmaceutici, a 35 anni dalla sua emanazione, potrebbe presto subire delle modifiche sostanziali che fanno tremare le agenzie umanitarie internazionali e gli attivisti della salute: a rischio è l'accesso ai poco costosi farmaci generici per milioni di persone, in India come in altri Paesi in via di sviluppo. L'India negli ultimi anni ha giocato un ruolo essenziale nella produzione di farmaci generici economici e di qualità esportati in gran parte dei Paesi in via di sviluppo. Ma, a metà aprile, il Parlamento indiano ha avviato il dibattito sugli emendamenti alla legge che, in virtù dell'accordo internazionale su diritti e commercio concernente la proprietà intellettuale, renderanno brevettabili i farmaci. Sarà inoltre più facile per le aziende acquisire brevetti sui nuovi utilizzi e sulle nuove combinazioni di vecchi farmaci. Finora, la legge indiana del '70 ha reso brevettabili i processi chimici ma non i farmaci e ciò ha consentito alle aziende farmaceutiche del Paese di escogitare, a partire dal farmaco, nuovi processi produttivi per ottenere versioni generiche dei farmaci muniti di brevetto. "Milioni di persone nei paesi in via di sviluppo perderanno la possibilità di utilizzare farmaci salvavita economici prodotti dall'India" tuona Rhona MacDonald di Oxdocs, una Ong che fa parte della Oxfam International Initiative impegnata contro la povertà globale. Anche per Medici senza frontiere (Msf) i nuovi emendamenti ridimensioneranno drasticamente la produzione e l'esportazione dei

generici verso i Paesi in via di sviluppo. E senza la concorrenza generata dai farmaci generici i prezzi dei nuovi farmaci muniti di brevetto salirà. "Verosimilmente si creerà un sistema a due livelli: quello dei farmaci brevettati per i ricchi e quello dei vecchi generici per i poveri" dice Ellen T'Hoen, responsabile della campagna per l'accesso ai farmaci essenziali di Msf, ricordando che delle 700mila persone che nei paesi in via di sviluppo hanno potuto accedere alle terapie antiretrovirali ben la metà conti sui generici made in India. Le stesse cure che Msf distribuisce a 25mila pazienti in 27 Paesi del mondo si basano in larga parte (il 70%) su farmaci di produzione indiana. Il ruolo giocato dall'industria farmaceutica indiana nell'abbattimento dei costi è ben evidente soprattutto per le terapie anti-Aids. Cinque anni fa il costo medio annuale del trattamento antiretrovirale era di 10mila euro, la concorrenza dei generici indiani lo ha fatto scendere a 250 dollari l'anno. L'industria farmaceutica indiana è divisa sul dibattito in corso al Parlamento, la maggior parte delle piccole e medie aziende è a favore dello status quo mentre le grandi industrie vedono di buon occhio l'introduzione di una nuova legge sui brevetti e stanno moltiplicando gli sforzi per produrre nuovi farmaci. "Per quanto tempo ancora le compagnie indiane dovranno essere considerate come 'reverse engineer' e 'pirati della copia'?" si chiede un alto dirigente di un'azienda farmaceutica leader.

## INGHILTERRA

## I walk-in centres non alleggeriscono i servizi dell'emergenza-urgenza

Se l'obiettivo era quello di alleggerire i servizi di emergenza-urgenza allora è fallito. È questa la conclusione del rapporto redatto dalla Comitato dei Conti pubblici della Camera dei Comuni sui cosiddetti "walk-in centres" (letteralmente ove si può entrare facilmente, senza ostacoli) cui è stato dato notevole impulso per evadere la domanda di cure urgenti dei pazienti inglesi.

Mai come ora i cittadini si rivolgono al Pronto soccorso o ai loro medici di famiglia per le cure urgenti e, sebbene la maggior parte dei pazienti venga visitata nell'arco prefissato di 4 ore, non c'è dubbio che il servizio delle emergenze vada modernizzato e maggiormente coordinato, afferma il rapporto.

In media sono circa 34.700 le persone che si rivolgono ai servizi di emergenza-urgenza del Ssn inglese e di queste 11.700 necessitano di trasferimento ospedaliero in ambulanza. Queste cifre sono rimaste immutate anche dopo la creazione di questa rete di servizi "open access" per i pazienti meno gravi, peraltro accolti molto positivamente dai cittadini. E ciò significa, secondo il Comitato, che essi hanno risposto a una domanda che in precedenza era rimasta inesa più che alleggerire la pressione sui servizi di emergenza-urgenza esistenti. La valutazione su questa rete di servizi per le urgenze minori è sostanzialmente positiva ma viene

sottolineato come ne vadano ridefiniti autorità e capacità di finanziamento affinché diventino un vero punto di riferimento per l'erogazione delle cure urgenti a livello locale.

Attualmente i walk-in centres, che sono 62 dislocati sul territorio (ma è ne stata annunciata l'apertura di altri), offrono, 7 giorni su sette, dal primo mattino fino a tarda sera, tutta una serie di servizi che comprendono, oltre al trattamento delle ferite e delle patologie minori (come raffreddori, influenza, indigestione, dermatiti ecc.), semplici test diagnostici di laboratorio, consulenza contraccettiva, dietologica, supporto per smettere di fumare, informazioni sulla reperibilità di medici e dentisti nei giorni festivi e nelle ore notturne, sulle farmacie e le strutture di base più vicine. Nel documento diffuso dal Comitato viene raccomandata la definizione di curriculum standardizzati per i medici di famiglia e gli infermieri specializzati nelle emergenze, i quali hanno responsabilità sempre più ampie nei confronti dei pazienti. Inoltre viene auspicato si trovi rimedio alla carenza di personale affinché tutti i pazienti vengano visitati nell'arco di quattro ore e non debbano attendere troppo per un consulto specialistico o un esame come avviene ora. "La carenza di personale specialistico - sottolinea il presidente del Comitato - comporta attese troppo lunghe soprattutto per quelle fasce di pazienti particolarmente vulnerabili, gli anziani e quelli affetti da disturbi mentali".

## UE

## Come far fronte al calo demografico

Troppo poche le nascite nell'Europa dei 25 e il fenomeno è preoccupante avverte il consultation paper diffuso di recente dalla Commissione europea. Il tasso di natalità è cresciuto solo dello 0,04% nel 2003 e anche nelle 10 New entries, fatta eccezione per Malta e Cipro, la popolazione è in calo. Il tasso di fertilità di Eurolandia

è sotto la soglia necessaria a rinnovare la popolazione (circa 2,1 figli/donna) e in ben 16 Paesi è scesa sotto l'1,5. Un trend in contrasto con la situazione degli anni '60 quando il tasso medio di fertilità nei 25 paesi che ora fanno parte dell'Unione era leggermente al di sopra dei 2,5 figli, eccetto che in Ungheria e Lettonia. L'attuale popolazione europea di 458 milioni di

persone crescerà entro il 2005, e solo grazie agli immigrati, soltanto del 2%; dopodiché inizierà a calare, si legge nel rapporto della Commissione. Negli Stati Uniti invece le previsioni indicano che nel prossimo ventennio la popolazione aumenterà del 26%. Per l'Europa questo significa che di qui al 2030 verranno meno 20,8 milioni di persone in età lavorativa, tra i 15 e i 64 anni. Il rapporto stima che nell'Unione, entro il 2030, ogni due persone economicamente attive dovranno farsi carico di una che non lo è e che vi saranno 18 milioni in meno, tra

bambini e giovani, rispetto ad oggi. Tra i cinque maggiori paesi dell'Ue a crescere, in termini di popolazione, nei prossimi 45 anni saranno Gran Bretagna (8%) e Francia (9,6%).

Mai nella storia vi è stata crescita economica senza crescita demografica ammonisce la Commissione chiedendo quali misure innovative si intendano intraprendere per far crescere tasso di natalità. Le consultazioni si protrarranno fino al 1° settembre prossimo.

[www.europa.eu.int/comm/employment\\_social/news/](http://www.europa.eu.int/comm/employment_social/news/)

## G IURISPRUDENZA *sentenze e ordinanze*

# Illegittimo il trasferimento, demansionamento e dequalificazione professionale

**Il Tribunale di Sulmona reintegra il Segretario regionale Anaa Assomed Molise**

Con sentenza del Tribunale di Sulmona depositata il 27 gennaio scorso, si è conclusa positivamente l'annosa vicenda giudiziaria che ha visto protagonista Giovanni Pulella, segretario regionale dell'Anaa Assomed Molise.

Nel 1996 il dirigente medico era stato assunto dalla Asl di Avezzano-Sulmona con incarico di dirigente di struttura complessa di Patologia clinica del presidio ospedaliero di Castel di Sangro e in tale presidio aveva svolto l'incarico conferito con assiduità ed impegno testimoniato anche dai continui apprezzamenti riscossi.

Nel 2001 il collegio tecnico, nominato in sede di verifica quinquennale, aveva valutato negativamente i risultati del servizio da lui gestito. In seguito a questa vicenda il direttore generale della Asl non aveva confermato il professionista nell'incarico, disponendone il trasferimento presso l'Uo del Presidio Ospedaliero di Sulmona (laboratorio che oltretutto presentava un esubero di personale medico), dove Pulella era stato costretto, suo malgrado, a prendere servizio non più nella veste di responsabile di struttura complessa, ma come titolare di un incarico di alta specializzazione. Il trasferimento era avvenuto senza la richiesta del "previo nulla-osta all'associazione sindacale di appartenenza", così come disposto dall'articolo 22 dello Statuto dei lavoratori in ordine al trasferimento della dirigenza dei rappresentanti sindacali aziendali, nonostante egli ricoprisse la carica di segretario regionale dell'Anaa. Già nelle more della causa il giudice sospendeva il trasferimento ritenendolo, ad una sommaria verifica, illegittimo.

Il Tribunale di Sulmona ha ritenuto fondato il ricorso del segretario regionale con il quale si è chiesto, oltre alla disapplicazione del provvedimento amministrativo di cui si assume l'illegittimità, anche l'affermazione del diritto all'incarico prima rivestito, e il risarcimento del danno derivante da demansionamento e da dequalificazione professionale subita.

Il Tribunale, ritenuta infondata la questione di giurisdizione sollevata dalla controparte, essendo state devolute al giudice ordinario, in funzione di giudice del lavoro, le controversie relative ai rapporti di lavoro alle dipendenze della pubblica amministrazione, incluse tutte quelle relative al conferimento e alla revoca degli incarichi dirigenziali e sulla responsabilità dirigenziale, ha accolto il ricorso anche sotto il profilo del merito.

In primo luogo, secondo il tribunale, la deliberazione adottata dal direttore generale va valutata sotto la duplice e concorrente prospettiva del controllo giudiziale circa il rispetto da parte dello stesso dei criteri legislativi e contrattuali relativi alla legittimità del trasferimento del dipendente (venendo in rilievo il disposto dell'articolo 22 dello Statuto, dell'articolo 2103 del codice civile e dell'articolo 28 del Ccnl), e del rispetto del generale principio di correttezza e buona fede; tale provvedimento riveste una doppia valenza dispositiva. Perché, se da una parte statuisce sulla valutazione del dirigente medico (ovviamente negativa, sulla scorta degli elementi di giudizio raccolti dalla commissione), dall'altra, dispone il trasferimento del professionista in una diversa sede lavorativa. Dati questi presupposti, il trasferimento risulta illegittimo sotto un primo profilo in cui rileva la violazione dell'articolo 22 dello Statuto dei lavoratori secondo il quale il trasferimento del dirigente sindacale può essere disposto solo previa nulla-osta dell'associazione sindacale di appartenenza. Del resto la portata normativa dell'articolo 22 non può essere limitata da situazioni contingenti connesse a singole posizioni individuali, così come risultava dalla difesa del datore di lavoro per il quale "la presenza del Pulella nel laboratorio analisi di Castel di Sangro determinava una situazione di incompatibilità ambientale e come tale legittimante la inapplicabilità dell'articolo 22". Ma, oltre al fatto che l'azienda non aveva allegato le circostanze determinanti tale incompatibilità, una situazione del genere non avrebbe potuto assumere un'efficacia delimitante la generale portata applicativa del disposto normativo dell'articolo 22, posto a tutela degli interessi sindacali.

Il trasferimento è illegittimo sotto un secondo profilo, e cioè sulla scorta dell'articolo 2103 del codice civile secondo il quale il dipendente "non può essere trasferito da una unità produttiva ad un'altra se non per comprovate ragioni tecniche, organizzative e produttive" e le ragioni giustificative devono essere comprovate, vale a dire non fondate su ragioni di comodo, pretestuose o arbitrarie.

L'eventuale controllo giudiziale sulla legittimità del trasferimento deve essere limitato esclusivamente all'accertamento delle comprovate ragioni giustificative, ma non può sindacare sull'opportunità del provvedimento e sulla scelta operata dall'imprenditore, né è richiesto il requisito dell'inevitabilità del trasferimento sotto il profilo della inutilizzabilità del dipendente presso la sede

originaria dato che quest'ultimo giudizio sconfinerebbe nella sfera di discrezionalità delle scelte operative dell'imprenditore nell'esercizio del diritto di mobilità del personale. Nella fattispecie si è riscontrato che il trasferimento del dottor Pulella appare altresì viziato da una intrinseca illegittimità per la carenza del presupposto normativo, dato che l'Azienda non aveva allegato le ragioni tecnico-organizzative legittimanti il trasferimento del dipendente. Il provvedimento di trasferimento manifesta un ulteriore motivo di illegittimità, attestato che il laboratorio di Castel di Sangro (sede dal quale era stato rimosso il professionista), si trovava sott'organico come numero di dipendenti, mentre il laboratorio di Sulmona aveva un numero di dipendenti tali da coprire integralmente la pianta organica del personale di ruolo; anche questo motivo oggettivo aveva impedito a Pulella, nel breve periodo di permanenza nel laboratorio, di svolgere una funzione attiva, e oltretutto di ottenere una sede lavorativa.

Rileva il tribunale che il provvedimento risulta inoltre illegittimo in quanto inficiato "ab origine" e cioè provvedimento adottato in seguito ad una valutazione della commissione pretestuosa e contraddittoria.

Fermo restando il fatto che il giudice non possa valutare il merito del giudizio espresso dalla commissione tecnica e dal direttore generale della Asl sui risultati di gestione conseguiti dal dirigente di struttura complessa perché tale valutazione attiene alla sfera della discrezionalità tecnica della pubblica amministrazione, il controllo di legittimità esperibile in sede giudiziaria deve essere limitato ad uno scrutinio esterno delle validità del provvedimento amministrativo. L'articolo 29 del Ccnl disciplina gli obiettivi generali da conseguire e afferma che le aziende in via preventiva devono formulare i criteri per il conferimento, la conferma, la revoca degli incarichi. Tale indicazione degli obiettivi rappresenta un garanzia in favore del dirigente sanitario, in quanto parametro oggettivo cui ancorare la valutazione della commissione tecnica, cosa che, viceversa, potrebbe essere piegato strumentalmente al conseguimento di scopi diversi. Dai documenti prodotti in giudizio (verbale del collegio tecnico, scheda di valutazione, provvedimenti del dg) non emerge la previa fissazione da parte dell'ente dei criteri di valutazione e degli obiettivi gestionali da raggiungere da parte del dirigente sottoposto a verifica. Già tale omissione evidenzia un primo vizio di illegittimità di valutazione dell'operato della commissione, vizio che inficia la valutazione stessa del provvedimento determinandone la caducazione. A ciò si aggiunge che la commissione tecnica era stata presieduta da un medico che non aveva mai rivestito la qualifica di direttore di dipartimento, qualifica necessaria per la partecipazione alla commissione. Il giudizio della commissione tecnica violava inoltre il canone di correttezza e di buona fede (articolo 1375 Cod. Civile), essendo inficiato oltretutto da contraddittorietà e pretestuosità. Ne discende l'illegittimità del provvedimento impugnato con la conseguente disapplicazione di esso e l'accoglimento della domanda di reintegro per il riconoscimento del diritto alla ricostruzione del trattamento economico e normativo goduto prima della deliberazione sino al reintegro.

Infine il Tribunale statuisce positivamente sulla dequalificazione professionale e sul demansionamento subito dal Segretario regionale dell'Anaa.

Pulella era stato formalmente inquadrato come medico di alta specializzazione, ma era stato effettivamente e concretamente assegnato al laboratorio analisi del presidio ospedaliero di Sulmona, senza che gli venisse assegnata alcuna mansione e senza che gli venisse attribuito una postazione di lavoro, come risultato in giudizio dai testimoni. "È proprio l'analisi della circostanza fattuale relativa alle mansioni effettivamente svolte dopo la revoca dall'incarico a configurare ipotesi di demansionamento", afferma il giudice, "indipendentemente dall'attribuzione formale dell'incarico come contrattualmente dovuto".

La violazione dell'articolo 2103 cod. civ., secondo il quale il lavoratore deve essere adibito alle mansioni per le quali è stato assunto o a quelle corrispondenti alla categoria superiore o a quelle equivalenti alle ultime svolte senza una diminuzione della retribuzione, si ravvisa specificatamente nel non aver garantito al professionista l'equivalenza delle mansioni intesa in senso professionale vale a dire aderenti alla specifica competenza tecnico-professionale del dipendente salvaguardandone il livello professionale e al contempo consentendo l'utilizzazione del patrimonio di esperienze acquisite nella pregressa fase del rapporto di lavoro. Il trasferimento deliberato dal direttore generale ha concretizzato un'ipotesi di demansionamento in quanto si è risolto proprio in una lesione e soppressione del bagaglio tecnico professionale del dipendente. Pertanto, il risarcimento, aggiunge il tribunale, va a coprire non solo il danno da "dequalificazione", ma anche quello all'immagine professionale.

*Paola Carnevale*

## PREVIDENZA

# Tetti pensionabili più alti

Le aliquote di rendimento relative al calcolo dei trattamenti pensionistici sono dei coefficienti percentuali che si applicano, nel sistema retributivo, all'importo stipendiale in corso al momento del pensionamento, ovvero alla media delle retribuzioni degli ultimi anni. Mentre l'aliquota per i dipendenti del settore privato era, da sempre, del 2% costante, per ogni anno di attività lavorativa, tale condizione è stata introdotta per i dipendenti degli enti locali e della sanità dal 1995. Infatti per quest'ultimi erano previsti dei coefficienti diversi a seconda degli anni di servizio maturati ed utili a fini previdenziali. In pratica, mentre per i dipendenti privati con quarant'anni di contribuzione il massimo pensionistico era rappresentato dall'80% (2% x 40 anni) dello stipendio al momento della quiescenza, i medici, iscritti alla Cassa pensione sanitari, e la componente infermieristica e amministrativa dipendente dalle Usl potevano raggiungere il 100% dell'ultimo stipendio. Infatti il coefficiente non era del 2% costante, ma aumentava, ad esempio, al 3% da 30 a 35, ed addirittura al 4% per gli anni, da 36 a 40, di anzianità di servizio utili a pensione.

Ma le riforme previdenziali, che si sono succedute nel tempo, non si sono limitate a equiparare i rendimenti, a livello più basso, ma hanno realizzato una riduzione dell'aliquota a secondo la fascia di retribuzione annua pensionabile. Se infatti l'aliquota di rendimento è del 2% fino ad un certo importo, per le fasce di importi maggiori si riduce progressivamente sino a raggiungere, addirittura, una aliquota dell'0,90%!

Le fasce di retribuzione pensionabile a cui collegare l'aliquota differenziata per il calcolo della pensione vengono adeguate ogni anno in relazione alla cosiddetta scala mobile delle pensioni, che si basa sull'inflazione dell'anno precedente. Poiché l'inflazione dell'anno 2004 è stata fissata, in via provvisoria, in un 1,9%, il tetto della retribuzione pensionabile si accresce di 719 euro rispetto a quello previsto per l'anno precedente. Maggiorato il tetto del 2004 dell'1,9% il plafond 2005 sale da 37,884,00 a 38.603,00 euro. Questa fascia di reddito prevede, pertanto, che sia trattata con una aliquota di rendimento intera del 2%. Per le fasce superiori l'aliquota si ridurrà progressivamente, sino a raggiungere l'1% (quota A)

### LE ALIQUOTE DI RENDIMENTO

Fascia di retribuzione annua pensionabile	Aliquota di rendimento	
	quota A	quota B
Fino a 38.603 euro	2%	2%
Da 38.603 a 52,341,99 euro	1,50%	1,60%
Da 52,342 a 64.080,99 euro	1,25%	1,35%
Da 64.081 a 73.345 euro	1,00%	1,10%
Oltre a euro 73.345	1,00%	0,90%

N.B. La quota A si riferisce alle anzianità contributive maturate sino al 31/12/1992  
La quota B viene utilizzata per le anzianità contributive successive al 31/12/1992

e lo 0,90% (quota B) per gli importi superiori ai 73.345,70 euro di stipendio. Parimenti all'incremento del tetto di retribuzione pensionabile, per il 2005, aumenta anche il tetto contributivo pensionabile, introdotto dalla riforma "Dini" del 1995 per coloro che avranno la pensione calcolata con il sistema contributivo. Il tetto, fissato originariamente nel 1996 in 132 milioni, per effetto degli incrementi ed in particolare dell'ultimo relativo all'inflazione provvisoria per il 2004 (1,9%), è salito nel 2005 a 83.967 euro (162 milioni e 583 mila lire). Ricordiamo che gli interessati alla condizione del sistema contributivo sono coloro che sono stati assunti dopo il 31 dicembre 1995, ma anche coloro che dovessero optare a questo sistema di calcolo, con effetto, ovviamente, sui periodi successivi alla eventuale scelta. Per poter optare, tuttavia, occorre non essere nella condizione di poter vantare una anzianità contributiva maggiore di 18 anni al 31 dicembre 1995, che invece pone l'interessato nel sistema interamente retributivo.

Claudio Testuzza

## Una circolare per chiarire le condizioni del "bonus"

Dal 6 ottobre 2004 tutti i lavoratori dipendenti del settore privato, in possesso dei requisiti per il pensionamento di anzianità, possono chiedere il "bonus", cioè l'incentivo al posticipo del pensionamento previsto dalla ultima legge di riforma previdenziale. Contestualmente alla pubblicazione sulla Gazzetta Ufficiale del 21 settembre (legge n. 243, del 23 agosto 2004) il ministro del Lavoro ha firmato il decreto interministeriale per attivare il tanto reclamizzato vantaggio previdenziale. Un vantaggio che consiste nel vedersi accreditato in busta paga tutti i contributi previdenziali prima versati all'Inps. Si tratta del 32,7% dello stipendio lordo. E poiché la maggiorazione è esente dall'imposta Irpef l'aumento effettivo diventa più elevato. Per meglio definire le condizioni dell'applicazione il ministero del Lavoro ha predisposto una specifica circolare. In essa viene inizialmente ribadita la limitazione dell'incentivo ai lavoratori del settore privato, venendo esclusi, (e chi sa quando e se mai recuperati), i dipendenti delle pubbliche amministrazioni. La circolare si dilunga nell'identificare tutte le condizioni ed i rapporti lavorativi per cui il "bonus" non viene attivato. In pratica si tratta di eliminare i dipendenti iscritti all'Inpdap (è il caso dei dipendenti del servizio sanitario nazionale). Inoltre viene specificato che gli eventuali titolari del provvedimento devono aver maturato i requisiti minimi di età anagrafica e di anzianità contributiva, ovvero di maggiore anzianità contributiva indipendentemente dall'età anagrafica, previsti per il conseguimento della pensione d'anzianità. La circolare sottolinea però che le maggiorazioni contributive previste per particolari categorie di lavoratori (es. sordomuti o esposti all'amianto) sono utili ai fini del raggiungimento dei requisiti minimi di contribuzione richiesti per l'esercizio dell'opzione del "bonus". Esistono, poi, dei casi particolari per cui in alcune realtà produttive appartenenti al settore privato (aziende municipalizzate, università private) coesistono, per i lavoratori da esse dipendenti, iscrizioni a forme assicurative diverse. In tali casi però la norma di legge consente l'accesso solamen-

te ai lavoratori iscritti all'assicurazione generale obbligatoria (Ago). Vengono, tuttavia, esclusi coloro che, posti in cassa integrazione guadagni, si trovano ad avere anziché un effettivo versamento contributivo, la contribuzione figurativa. Ricordiamo che chi opterà per il "bonus" vedrà la pensione congelata fino a quando resterà in attività.

L'incentivo potrà essere chiesto in qualsiasi momento, sino alla data prevista dalla legge delega del 2007, a patto che non si sia già in pensione. Una volta raggiunti i requisiti per la pensione di vecchiaia, il "bonus" cessa automaticamente.

Un'altra condizione limitativa per chi dovesse scegliere questa opzione è rappresentata dalla limitazione per cui qualora l'interessato volesse rinunciare al "bonus" e ritornare ai versamenti dei contributi, questo non è possibile. Resta il diritto di poter andare in pensione d'anzianità in qualsiasi momento. Tuttavia, a gennaio 2008, il lavoratore che ha usufruito, fino a quel momento, dell'incentivo potrà continuare a lavorare senza andare in pensione. La contribuzione versata o accreditata successivamente al periodo di "bonus" darà luogo alla liquidazione di un supplemento di pensione. La pensione regolamentare, ricordiamo, consisterà in un assegno pari a quello calcolato al momento della certificazione, da parte dell'ente previdenziale, del diritto al conseguimento dell'incentivo. La legge di riforma, infatti, specifica che per i lavoratori che abbiano esercitato la facoltà di avere in busta paga i contributi previdenziali il trattamento da liquidare è pari a quello che sarebbe spettato loro alla data della prima scadenza utile per il pensionamento prevista dalla normativa vigente sulla base dell'anzianità contributiva maturata alla data della medesima scadenza. Precisa la norma che, comunque, saranno fatti salvi gli adeguamenti del trattamento pensionistico spettanti per effetto della rivalutazione automatica al costo della vita durante il periodo di posticipo del pensionamento.

C.T.

## GOVERNO CLINICO

**Roberto Grilli, Francesco Taroni**  
*Pensiero Scientifico Editore*

€ 28,00



Cos'è il governo clinico? Un modo per istituire il controllo dei manager sull'operato dei clinici o un'occasione per questi ultimi per riaffermare le ragioni del proprio primato sulle organizzazioni sanitarie contro le presunte degenerazioni della "aziendalizzazione"? Questo volume affronta questa domanda, rifiutando entrambe le risposte e proponendo invece una concezione del governo clinico come la

politica di un sistema sanitario che utilizza sistematicamente gli strumenti e le metodologie disponibili per favorire l'efficacia e l'appropriatezza clinica e, soprattutto, ridisegna le relazioni fra clinici, manager e politici in modo da offrire ai responsabili dell'assistenza, medici e non, l'opportunità di contribuire allo sviluppo strategico delle organizzazioni sanitarie. Non il "governo sui clinici", quindi, né il "governo dei clinici", ma piuttosto il "governo con i clinici". Accanto alle riflessioni generali e a quelle sul ruolo delle professioni sanitarie, questo volume sviluppa una serie di analisi dell'uso di tecniche e strumenti operativi la cui adozione dovrebbe essere promossa in un contesto, appunto, di governo clinico.

## LA GESTIONE DEL RISCHIO NELLE ORGANIZZAZIONI SANITARIE

**Renata Cinotti**  
*Pensiero Scientifico Editore*

€ 32,00

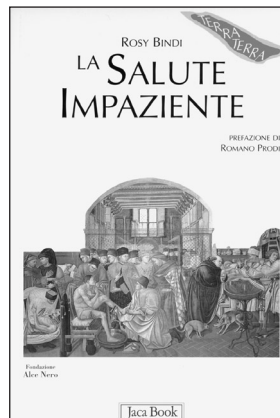


La sicurezza, nel contesto della erogazione delle cure, è un bene prioritario ed il tema del rischio nelle aziende sanitarie è sempre più attuale. Ne sono coscienti i cittadini, che richiedono maggiori garanzie, e ne sono consapevoli gli operatori, per esperienza ed anche per effetto dell'attenzione che la letteratura scientifica e la giurisprudenza, recentemente anche in Italia, hanno dato all'argomento. Basta aprire questo volume per comprendere come il problema sia già discusso ed approfondito in diverse realtà italiane e per avere un quadro dei primi risultati delle esperienze in corso in diverse regioni, in particolare in Emilia Romagna, dedicate al risk management nelle organizzazioni sanitarie. Rivolgendosi ai dirigenti sanitari, ai medici, ai farmacisti ospedalieri e delle aziende sanitarie, agli operatori del nursing gli autori tracciano un percorso verso l'adozione di pratiche operative più sicure, a vantaggio dei pazienti, degli operatori stessi, delle organizzazioni di appartenenza e quindi dell'intera comunità.

## LA SALUTE IMPAZIENTE

**Rosy Bindi**  
*Jaka Book*

€ 14,00



Ho conosciuto Rosy Bindi nel febbraio del 1997. Ci incontrammo a Lungotevere a Ripa, a Roma, nel suo studio di ministro della Sanità per una prima e lunga intervista. Nello scorrere le pagine del suo ultimo libro "La salute impaziente", appena uscito per i tipi della Jaka Book, ho ripensato a quell'incontro perché, fin dalle prime battute, vi ho ritrovato la stessa personalità, le stesse certezze, le stesse intuizioni e lo stesso entusiasmo. Tutte qualità che, unite all'amore sviscerato per la politica, hanno fatto diventare la Bindi, la "pasionaria". Un appellativo che le è rimasto appiccicato addosso dagli anni delle sue "rivolte" nella vecchia Dc. Del resto, la Bindi è stata pasionaria anche da ministro e "La salute impaziente", consapevolmente o no, ce lo conferma. Dalla prima all'ultima riga emerge il politico di razza, come si diceva una volta, che nell'agorà del dibattito ma anche nelle arene della polemica trova la sua piena realizzazione. Un libro da leggere d'un fiato per chi nella sanità vive e lavora, perché ci consente di ripercorrere più di dieci anni di storia sanitaria italiana, dalla riforma del '92 fino al quadriennio del II governo Berlusconi.

Dopo gli anni della rivoluzione liberale di De Lorenzo, le foschie di tangentopoli, i ministeri di transizione di Garavaglia e Guzzanti, l'arrivo della Bindi al ministero della Sanità (al tempo si chiamava ancora così) fu una vera svolta. La politica con la "P" maiuscola ritornava alla grande.

Nei quattro anni in cui tenne le redini del dicastero, prima di esserne allontanata dopo la sconfitta del centro sinistra alle regionali del 2000, il ciclone Bindi (uno dei tanti soprannomi dell'epoca) sembrava realmente inarrestabile. Una stagione formidabile, sia per chi la seguì, convinto, nella mission di riportare in primo piano lo spirito originario della grande riforma sanitaria del 1978, sia per coloro che nell'impresa la osteggiarono ravvisandovi una sorta di conservatorismo di sinistra contrario a qualsiasi cambiamento. E tra questi, come la stessa Bindi ripete a più riprese nel suo libro, non c'erano solo i liberisti ma anche filoni della sinistra ulivista convinti che, fermo restando il Ssn, si dovessero attuare profonde aperture verso il mercato e la concorrenza.

Vista adesso, quell'avventura presenta tutte le caratteristiche di un drama, con fasi alterne contraddistinte da entusiasmi, scoramenti, rinascite e così via, fino all'epilogo triste della sua sostituzione con l'oncologo Veronesi sotto la presidenza del Consiglio di Giuliano Amato, firmatario, insieme a De Lorenzo, di quella "riforma della riforma" sanitaria dei primi anni '90 contro la quale la pasionaria aveva speso tante energie.

In quel momento sembrò che la parabola della Bindi dovesse concludersi definitivamente con la sua sconfitta all'interno del suo stesso schieramento politico. La "sua" riforma, che tanto le era costata in termini di trattative e battaglie fuori e dentro il Parlamento, non veniva apertamente sconfessata ma semplicemente veniva lasciata lì, come un moloch imbarazzante. I decreti attuativi non venivano varati e anche altri atti della sua politica (basti per tut-

ti lo smacco della cancellazione degli accordi con Farindustria sulla corresponsabilizzazione dell'industria farmaceutica al ripiano dei disavanzi, fortissimamente voluto dalla Bindi) venivano cancellati. E poi arrivò la vittoria del centro destra e fu palese che la stagione della Bindi e della sua riforma sanitaria, all'insegna dell'universalismo e della supremazia del pubblico, sarebbe stata abbandonata. Lo disse con chiarezza estrema il senatore di Forza Italia Tomassini, citato nel libro: "Non servirà una riforma quater. Basterà staccare la spina del 229 e lasciarlo morire, così, di morte naturale".

Ma poi, sia per l'incapacità del centro destra di dare corpo a una sua visione di sanità sia per un'inattesa rinascita nella popolazione di "voglia di Stato" e di sicurezza sul lato del welfare, sia per la tardiva ma convinta accettazione dei medici della norma forse più controversa della riforma Bindi, quella sull'esclusività, le idee della Rosy da Sinalunga e la sua vision della sanità, sono tornate in auge, riaffermandosi quasi come pensiero unico nel nuovo centro sinistra riunito sotto la guida di Romano Prodi, uno dei maggiori sostenitori della Bindi all'epoca del primo governo ulivista degli anni '90.

Ed è infatti lo stesso Romano Prodi a scrivere la prefazione a "La sanità impaziente" dove sottolinea: "Il libro di Rosy Bindi è importante per molte ragioni. Innanzitutto per riaffermare che la salute – bene pubblico e diritto di ciascuno – merita un pensiero forte e un'idea di politica altrettanto forte".

E lei la Rosy, di forza ne ha da vendere. Ancora una volta. E se dietro quel titolo si celasse proprio la grande "impazienza" della stessa autrice di tornare lì, a quel ministero, oggi della Salute, per riprendere la sua battaglia interrotta bruscamente in quella fatidica tarda primavera del 2000?

C.F.

## ETICA, CONOSCENZA E SANITÀ EVIDENCE-BASED MEDICINE FRA RAGIONE E PASSIONE

**Alessandro Liberati**  
*Pensiero Scientifico Editore*

€ 32,00

Difficile non tornare sul luogo del delitto. Questo hanno fatto i molti compagni di strada nuovamente riuniti per rivisitare le previsioni e i giudizi raccolti in un libro di qualche anno fa (La medicina delle prove di efficacia. Potenzialità e limiti dell'EBM).

Partendo da diverse prospettive e ruoli, abbiamo cercato di riconsiderare quanta strada ha fatto l'Ebm, di capire quali sentieri ha imboccato, in quante trappole è caduta e, soprattutto, se i suoi sono limiti genetici o non piuttosto dovuti a una crescita poco assistita, priva di sostenitori veri e di condizioni di contesto adeguate. Molte sono state le discussioni sulla salute dell'Ebm: gli scritti raccolti in questo libro propongono un bilancio che crediamo onesto di un decennio e più di Ebm; per quanto onesti si possa essere quando si parla di un'avventura vissuta dall'interno, e senza far finta di dimenticare che in Italia di Ebm molto si parla ma poco si fa. Vitime, come ancor siamo, di politiche della ricerca e della formazione poco all'altezza delle aspirazioni di tutti quelli che lavorano – con ragione e passione – nel servizio sanitario nazionale e nel mondo della ricerca e della formazione.

