

DIRIGENZA MEDICA

Il mensile dell'Anaao Assomed

SPED. IN. A.P. ART. 2 COMMA 20/b - 45% - L. 662/96 DIV. CORR. D. C. I. ANCONA

Editoriale

RIFORMA E CONTRATTO

di Serafino Zucchelli

I primi giorni di settembre hanno portato due notizie, che se confermate dai fatti, ci darebbero finalmente un po' di respiro dopo lunghi mesi di forti preoccupazioni.

Sembrirebbero, per il momento, accantonati sia la decisione di dare vita a mutue-assicurazioni private per la tutela dei malati cronici non autosufficienti, sia il disegno di legge sulla riforma dello stato giuridico dei dirigenti medici e sanitari del Ssn.

La prima proposta, secondo l'opinione nostra, e per fortuna di molti altri, avrebbe inferto un grave colpo ai principi per noi irrinunciabili di una tutela della salute avente carattere di universalità ed alimentata dalla fiscalità generale. La seconda, nonostante ripetute smentite, avrebbe messo a repentaglio l'indennità di esclusività di rapporto, così come tutte le Regioni, di destra e di sinistra, hanno chiaramente affermato e scritto nei due pareri espressi in sede di conferenza stato regioni del 25 luglio e del 2 agosto. Se, infatti, fosse cambiato il concetto di rapporto esclusivo, le Regioni, appellandosi all'articolo 42 del contratto di lavoro, non si sarebbero più sentite vincolate all'erogazione della indennità che ne era derivata.

Corrette e realistiche ci sono parse le dichiarazioni del Ministro Sirchia quando, spiegando le ragioni della pausa momentanea dell'iter del provvedimento, ha pubblicamente ammesso che esse risiedevano nel mancato consenso della maggior parte degli interlocutori. E questo spiega, al contrario, le ragioni del successo, almeno temporaneo, dell'iniziativa politica che abbiamo tenacemente dispiegato nei 12 mesi trascorsi dalla presentazione della prima versione della riforma ad oggi. Con pacatezza, chiarezza ed onestà abbiamo, infatti, argomentato esponendo le ragioni del nostro dissenso mai pregiudiziale, mai slegato dal merito dei problemi. E su di esse siamo riusciti a coagulare il consenso non solo della maggior parte delle sigle della dirigenza medica, ma anche dei medici convenzionati e di tutti gli altri operatori del vasto mondo della sanità.

La costruzione di questa vasta alleanza che prescinde dagli schieramenti

segue in ultima

RAGGIUNTO L'ACCORDO PER IL RECUPERO DELLO 0,92%

Busta paga di fine anno più ricca

Dopo un duro braccio di ferro durato oltre un anno, accolte le richieste dell'Anaao Assomed

Busta paga di fine anno più ricca per i medici dipendenti del Ssn. L'accordo sulle code contrattuali, siglato lo scorso 1 agosto dai sindacati più rappresentativi della categoria, prevede infatti, a partire da 1° gennaio 2001, un incremento medio lordo di oltre 45 euro mensili. Quindi entro fine anno, appena cioè terminato l'iter previsto per l'entrata in vigore degli accordi contrattuali del pubblico impiego, la busta paga di novembre o dicembre prossimi dei medici dipendenti del Ssn sarà più ricca, in media, di oltre 900 euro, anche per via degli arretrati. In particolare l'accordo ha riconosciuto, a partire dal gennaio 2001, un incremento complessivo dello stipendio pari allo 0,92% come recupero dell'inflazione 2001. Nel dettaglio, uno 0,60 riguarda la parte tabellare dello stipendio di tutti i medici, mentre uno 0,32 riguarda il fondo di posizione che viene distribuito in sede aziendale solo ad alcuni professionisti. Questo incremento dello 0,92, previsto dalla legge 30/8/2000, è entrato in busta paga di tutto il personale del pubblico impiego già da diversi mesi e doveva essere ancora corrisposto solo alla dirigenza del Ssn. Si è conclusa, quindi, grazie all'azione determinata e pressante dell'Anaao Assomed, una vicenda che, dopo un anno di estenuanti trattative con l'Aran, ha portato al riconoscimento dell'incremento dovuto. Una trattativa che, lo ricordiamo, ha subito una lunga battuta d'arresto nel corso dei mesi, posta come pregiudiziale dall'Associazione affinché la controparte accogliesse tutte le richieste dell'Anaao, prima fra tutte il riconoscimento retroattivo al 1 gennaio 2001 delle somme. Una attesa che è stata alla fine premiata.

È STATO LEADER DELL'ANAAO NEGLI ANNI SETTANTA IN RICORDO DI PIETRO PACI

Ricordare Pietro Paci a chi ha avuto la fortuna di conoscerlo, parlarne ai più giovani colleghi che non hanno vissuto l'esperienza sindacale degli anni '70 ed '80, è una condizione che fa male al cuore, perché avremmo sempre voluto pensarlo presente, accanto a noi, nelle battaglie che ogni giorno siamo obbligati ad affrontare per difendere i nostri ideali.

Ideali che hanno avuto, per tanti anni, in Pietro Paci il nostro maggiore e migliore esponente. La dignità dei medici ospedalieri, la professionalità del loro operare, la stabilità del ruolo e del loro posto di lavoro - condizioni che ancora oggi vengono sottoposte a gravi attacchi - sono stati gli obiettivi della sua vita professionale e sindacale.

Ricordiamo la sua logica, stringente e precisa, che non ammetteva divagazioni od orpelli e che faceva dei suoi interventi un valido strumento di lavoro sindacale.

La riforma ospedaliera degli anni '70 porta il suo nome. Assieme al Ministro Mariotti e al caro amico e collega Mainardi, anche loro due toscani "tosti", contribuì a creare la strutturazione di un settore che era allo sfascio sia culturale che morale.

Si contrappose con forza ed intelligenza allo strapotere delle Facoltà di medicina, che avevano monopolizzato la sanità. La battaglia non diede i risultati sperati, ma fu un confronto che, a molti di noi che vi parteciparono, riempie ancora d'orgoglio.

Negli anni bui della riforma sanitaria, durante i quali si tentò di emarginare gli ospedali ed i suoi operatori, Pietro Paci non si arrese, ma continuò le sue battaglie.

Negli anni a seguire, sempre legato alla nostra Anaao, che aveva contribuito a fondare e a costruire, ci è stato accanto, con consigli, con osservazioni, con affetto.

Con questo stesso affetto vogliamo ripagarlo ed onorarlo oggi, che ci ha lasciati più soli. Privi della persona, ma ricchi di quello che di lui ancora c'è: i suoi ideali, che cercheremo di difendere ed affermare come ha sempre fatto in tutta la sua vita.

CONTRATTO

Rinnovo ancora lontano.

In un incontro con il ministro Frattini si è discusso ancora sul recupero dell'inflazione

PAGINA 2

PARLAMENTO

I provvedimenti in discussione, primo fra tutti quello sull'abolizione dell'irreversibilità, in esame al Senato

PAGINA 4

INFERMIERI

Arriva la dirigenza. Ne discutiamo in una intervista con Annalisa Silvestro, presidente della Federazione Collegi Ispasvi

PAGINA 5

www.anaao.it

Il sito ampliato e ristrutturato con aggiornamento quotidiano dell'attualità sanitaria e sindacale

Chiedi la PASSWORD d'accesso

ASSOMED

INCONTRO GOVERNO-SINDACATI

Contratto: il nodo inflazione

Il Ministro Frattini si è limitato ad affermare, in modo alquanto generico e formale, che era ferma volontà del Governo la conservazione e la tutela del potere di acquisto delle retribuzioni

Il 19 settembre scorso presso il ministero della Funzione Pubblica si è svolto un incontro tra il ministro Franco Frattini ed i sindacati autonomi del Pubblico Impiego a cui l'Anaa Assomed ha partecipato in quanto confederata alla Cida. La riunione, che seguiva e continuava idealmente nei contenuti l'incontro del giorno precedente tra lo stesso ministro ed i maggiori sindacati confederali, aveva come oggetto le risorse da destinare al rinnovo del contratto del Pubblico Impiego. Presente all'incontro il presidente dell'Aran Guido Fantoni. Il ministro Frattini, nella relazione introduttiva, giustificava la divisione del tavolo di parte sindacale in due tornate separate in quanto la prima convocazione aveva riguardato solo le Confederazioni che avevano formalmente avanzato la richiesta di consultazione e che era stata premura del governo estendere in un secondo tempo anche alle confederazioni autonome del Pubblico Impiego, non presenti nella prima riunione.

Per quanto riguarda le risorse economiche che il governo intende destinare ai rinnovi contrattuali del Pubblico Impiego, il ministro si limitava ad affermare, in modo alquanto generico e formale, che era ferma volontà del Governo la conservazione e la tutela del potere di acquisto delle retribuzioni.

Nelle dichiarazioni di tutte le confederazioni autonome del Pubblico Impiego presenti all'incontro, dopo la rituale protesta per la divisione del tavolo sindacale, si rappresentava chiaramente il timore che lo scostamento fra l'inflazione programmata fissata nel Dpef del 5 luglio ed i dati sull'andamento dell'inflazione reale (2,6 secondo le stime più recenti) fosse tal-

mente ampio da comportare incrementi retributivi al di sotto di quelli necessari alla tutela del potere di acquisto delle retribuzioni.

La ricetta proposta da parte sindacale per mitigare il prevedibile differenziale inflattivo, era riassumibile in due orientamenti.

- rivedere nella fase di stesura della Finanziaria il tasso di inflazione programmata avvicinandolo al dato reale previsto;
- prevedere una sorta di automatismo che, in valenza di contratto, adegui annualmente il tasso di inflazione programmata a quello reale, senza necessariamente ritoccare il contratto stipulato e salvaguardando, con risorse integrative opportune, il potere di acquisto dei salari.

Fuori dagli asettici valori numerici, è evidente la forte preoccupazione di dover affrontare con esigue risorse il peso di rinnovi contrattuali dentro i quali, in particolare quello della sanità e della Dirigenza Medica, c'è l'urgente necessità di sostenere e fare avanzare formule retributive (si veda la parte accessoria e la quota variabile) sulle quali si fondano gran parte dei programmi di rinnovamento del Ssn e delle modalità di partecipazione dei Medici alla gestione e riqualificazione del sistema (autonomia dirigenziale, formazione professionale continua).

Il Ministro, nella sua replica, riaffermava la volontà del governo di rispettare il Patto sul costo del lavoro del 1993 ed il Protocollo d'intesa sul rinnovo del contratto del pubblico impiego siglato nel febbraio 2002.

Lo stesso differenziale inflattivo pari allo 0,99% recuperato nell'ultimo biennio contrattuale era la chiara dimostrazione di come il governo sapesse rispettare le regole. Il ministro non man-

cava di far notare come il differenziale inflattivo previsto in base ai dati del Dpef, ossia lo 0,6% per il 2002 (inflazione programmata 1,7% - inflazione reale 2,3%) e lo 0,4% per il 2003 (inflazione programmata 1,4% - inflazione reale 1,8%), fossero molto al di sotto dell'ultimo recupero inflattivo accordato (0,99%), concludendo che non si vedeva quindi il motivo di ritoccare il tasso di inflazione programmata, come da tutti richiesto, in quanto gli scostamenti previsti sarebbero di molto inferiori (quasi la metà) dell'ultimo differenziale accordato nel patto del febbraio 2002.

Il ministro si concedeva in ultimo qualche nota polemica definendo gli automatismi proposti per il recupero inflattivo in valenza contrattuale come un ricorso ad una scala mobile neanche ben mascherata e ricordando come nei precedenti Governi di centro-sinistra la parte sindacale firmava contratti con differenziali previsti di molto superiori all'attuale, pari all'1,3%. Tuttavia il ministro si impegnava a riportare al Consiglio dei ministri le richieste avanzate, essendo esso l'unica sede tecnica titolare della decisione in merito.

Conclusioni. Dall'incontro non è emersa alcuna volontà della Funzione Pubblica di rivedere le stime (ottimistiche) del Dpef 2002 e quindi di ricorrere a risorse integrative per il rinnovo contrattuale.

È forte, quindi, la preoccupazione per una stagione contrattuale che si apre in un quadro di grande incertezza sul reale corso dell'inflazione (ndr. ma i rappresentanti del governo ci vanno a fare la spesa?).

Domenico Iscaro
Vice Segretario Nazionale Anaa Assomed

Ministero del Lavoro

Al via il tavolo sul welfare

Il tavolo di concertazione tra Governo e partiti sociali per la riforma del Welfare è stato convocato presso il Ministero del Lavoro - il primo incontro si è svolto il 10 settembre ed ha visto la partecipazione dell'Anaa Assomed in quanto confederata Cida - in coerenza con quanto espressamente convenuto nel Patto per l'Italia con il fine di arrivare a scelte di fondo condivise per la riforma delle politiche sociali e per le misure legislative da adottare a protezione dei soggetti più deboli.

Presieduto dai Sottosegretari Sacconi e Sistini, la discussione ha fatto riferimento alla preparazione di un "Libro Bianco" nel quale sarebbero tracciate le linee programmatiche e gli indirizzi legislativi in base ai quali il Governo intende muoversi, dopo la fase di confronto con le parti sociali avviata con l'apertura del tavolo.

Premessa al confronto è l'affermazione da parte di Sacconi che la quantità di spesa destinata alle politiche sociali non sarà toccata, ma la sua ripartizione sarà chiaramente determinata dal numero delle materie che rientreranno nelle politiche sociali (l'istruzione è materia di politica sociale?).

Il Sottosegretario Sistini ha esposto i temi che saranno sviluppati nel Libro Bianco e che costituiscono le priorità selezionate dal Governo.

1) Perseguimento di politiche di sostegno alla famiglia:

- ampliamento dei servizi destinati all'infanzia;
- interventi di politica fiscale (detrazioni ecc.).

2) Revisione delle politiche sull'handicap. In particolare si fa riferimento alla Legge 104, ritenuta dal governo parzialmente superata e alla Legge 68 sulla integrazione lavorativa (l'intervento della Cgil è stato fortemente contrario a qualsiasi modifica di queste leggi nelle quali sono contenute norme di garanzia e tutela dei lavoratori).

3) Anziani non autosufficienti. Secondo dati ufficiali un milione e mezzo di

famiglie ha il problema di avere in casa un anziano non autosufficiente e l'obiettivo principale è sviluppare interventi che favoriscano il mantenimento dell'anziano nell'ambito familiare.

Alcune regioni hanno già avviato politiche di intervento e si ribadisce che la competenza in materia spetta alle Regioni. La volontà del governo è quella di tracciare linee di indirizzo che tendano ad uniformare l'intervento legislativo regionale.

- 4) Contrasto alle povertà.** Il lavoro come risposta alla esclusione sociale è la grande e principale scommessa; vanno distinte e non dimenticate quelle azioni che sono e non possono che essere pura e semplice assistenza sia temporanea che continua, per quelle persone per cui l'inserimento nel mondo del lavoro non è stato e non può essere possibile.
- 5) Monitoraggio e verifica della spesa sociale.** Il fondo dello stato destinato alle politiche sociali è molto inferiore al totale della spesa sostenuta nel settore, questo perché vi concorrono fondi privati, regionali, degli enti locali, del settore non profit, ecc. per cui è indispensabile individuare strumenti di programmazione che rispondano a priorità selezionate e che contribuiscano attivamente alla efficacia ed efficienza del sistema.

Il dibattito ha poi sottolineato:

- 1)** la necessità di sviluppare politiche di collegamento tra enti locali e governo centrale;
- 2)** la necessità di indicatori di spesa riconosciuti ed accettati;
- 3)** il rischio che la modifica del titolo V della costituzione della legislazione concorrente frammenti il sistema (è stato fatto esplicito riferimento, in negativo, alla riforma sanitaria)
- 4)** l'intersecazione della materia (3 e 4 punto) con la sanità: senza integrazione nulla è possibile
- 5)** la necessità di definire LEA e loro copertura economica;
- 6)** la necessità che la Finanziaria in corso d'opera tenga conto delle priorità, altrimenti è esercizio inutile (con ricaduta sugli enti locali).

D. I.

INDAGINE ANAAO ASSOMED SULLA LIBERA PROFESSIONE INTRAMOENIA

Il 90% sceglie la LPI, ma la sua organizzazione spacca l'Italia

Nell'ambito dell'indagine conoscitiva sull'attuazione della normativa relativa alla libera professione intramoenia, annunciata dal Presidente della Camera nel maggio 2002, l'Anaa Assomed ha partecipato alle audizioni presso la commissione Affari Sociali, consegnando ai deputati i dati raccolti grazie alla preziosa collaborazione dei segretari regionali dell'Associazione

Sintesi dei dati

Il quadro attuativo che emerge dai dati raccolti dall'Anaa Assomed a livello regionale sconta una evidente difformità geografica.

Centro-nord: nelle Regioni appartenenti a questa area, la libera professione intramoenia (LPI) è diffusamente applicata specie per le attività di visita e diagnostica strumentale, mentre lo è in modo meno uniforme per la degenza. Sono garantiti spazi e percorsi adeguati, anche attraverso l'attivazione della cosiddetta LPI allargata e del convenzionamento con studi e strutture private.

La scelta da parte dei medici della LPI è percentualmente superiore al 90%, grazie a servizi sanitari regionali in grado di garantire sempre risposte immediate all'urgenza, di regolamentare i sistemi di prenotazione e di accesso garantendo trasparenza, equità ed efficienza. In tali contesti la possibilità di utilizzare linee di prenotazione in regime libero professionale

all'interno delle strutture pubbliche garantisce la scelta del professionista e la continuità dei percorsi di cura, non costituendo per i cittadini motivo di scelta obbligata per accedere ai servizi che sono normalmente accessibili in tempi definiti e congrui.

Centro-sud: in buona parte delle regioni appartenenti a questa area geografica, l'attività libero professionale, senza alcuna distinzione tra intra ed extramoenia, si inserisce nell'ambito di servizi sanitari regionali che spesso non riescono a garantire un accesso alle strutture pubbliche equo, trasparente e con tempi congrui alla gravità clinica. Ciò rende il ricorso alla libera professione una scelta obbligata ed un viatico necessario per poter usufruire di quello che, a tutti gli effetti, è un diritto costituzionalmente garantito. Pare evidente che in tale contesto, non tanto la libera professione è ragione di giustificata critica, quanto piuttosto la mancanza di risposte pubbliche efficienti che rendono il

canale libero professionale come l'unico disponibile.

È evidente come in situazioni in cui è insufficiente il livello organizzativo e di accessibilità delle strutture pubbliche, non sia possibile attivare al loro interno percorsi libero professionali adeguati. L'analisi dei dati regionali conferma puntualmente questo assunto, disegnando uno scenario in cui alle strutture pubbliche ed ai professionisti che in esse lavorano, è spesso preclusa la possibilità di competere con le strutture private.

Nel quadro sinteticamente esposto, pur con stridenti difformità, emerge il dato della crescita progressiva negli ultimi anni della produttività del Ssn, sia in termini quantitativi (Drg e attività ambulatoriale) che di efficienza. Evidente dimostrazione che l'attivazione della normativa prevista dal D.lgs 229/1999 riguardo l'attività libero-professionale intramuraria non determina comportamenti professionali opportunistici, ma piuttosto contribuisce a sostenere

meccanismi motivazionali e di appartenenza dei medici del Ssn.

L'impianto normativo vigente (d.lgs 229, Ccnl, etc.) merita, quindi, un consolidamento ed una più uniforme applicazione, ma necessita di alcune correzioni alla luce dei primi anni di vigenza:

1. introduzione della reversibilità della scelta esclusiva legata temporalmente alla scadenza del contratto individuale;
2. conferma, oltre la scadenza del giugno 2003, della possibilità ove e per il tempo necessario, di attivare l'istituto della LPI allargata;
3. attivazione diffusa – attualmente riservata a sporadiche iniziative aziendali – della LP per conto dell'azienda quale strumento naturale, come previsto dal contratto, per dare risposte puntuali alle criticità delle liste di attesa;
4. semplificazione delle procedure di gestione della LP allargata e ripristino a richiesta del regime fiscale con partita IVA.

Regione	È stato adottato l'atto di indirizzo regionale sulla LP?	Sono stati adottati gli atti di indirizzo aziendali per la LP?	È possibile in ciascuna azienda esercitare la LPI per: • visite • attività strumentale • degenza	Nei casi in cui non sono disponibili spazi adeguati, sono stati definiti accordi con strutture private e studi professionali per dare applicazione alla LPI allargata?	Qual è la percentuale regionale relativa alla scelta della LPI?	L'esercizio della LP ha contribuito a governare i tempi di attesa anche in base a schemi predefiniti da parte delle Regioni?
Piemonte	Sì	Sì, con concertazione	È possibile per visite attività strumentale; non per la degenza.	Sì	Intramoenia: 91% Extramoenia: 9%	No
Valle d'Aosta	No	Sì, con concertazione	È possibile per visite e attività strumentale; in parte per la degenza (anche attività chirurgica).	Sì	85%	Sì
Lombardia	Sì	No	La LPI ambulatoriale è stata applicata nella stragrande maggioranza nelle aziende ospedaliere, mentre poche sono quelle che hanno attivato la LP strumentale e, praticamente, rara è l'attività libero professionale in regime di ricovero.	Sì	80%	Sì
Provincia Autonoma di Bolzano	Nella Provincia Autonoma di Bolzano non è consentita la LP come nel nazionale perché regolamentata dal 1978 dalla legge Provinciale nr.50/78, legge che consente solo la LP ambulatoriale intramoenia (non attività strumentale né di ricovero), ma i cui proventi finiscono all'Amministrazione per finanziare il fondo del pagamento a tutti i medici del plus-orario.					
Veneto	Sì	Sì, con concertazione	Al 99% è possibile esercitare la LPI per visite, mentre è residuale per attività strumentale e degenza.	Sì, ma a totale discrezione del Direttore Generale, stante la perdurante non esistenza del collegio di direzione.	Sono in extramoenia circa il 5% con particolare riguardo a determinate specialità (urologia, oculistica, anestesia).	L'influenza sulla lista di attesa della libera professione appare del tutto marginale.
Friuli Venezia Giulia	Sì	Sì	Sì	Sì	60%	In modo parziale
Liguria	No, la Regione ha delegato le aziende	Sì, con concertazione	È possibile in tutte le aziende per visite e attività strumentale, mentre per la degenza in una sola Asl (n.4).	Sì. Sono stati presi accordi in tutte le aziende con strutture private o studi professionali.	75-80%	Non esistono schemi predefiniti e non esistono dati conoscitivi al riguardo.
Emilia Romagna	Sì	Sì, con concertazione	È possibile per visite e attività strumentali, mentre maggiori difficoltà si riscontrano per l'attività di ricovero.	Sì	95%	Sì

segue

continua						
Regione	È stato adottato l'atto di indirizzo regionale sulla LP?	Sono stati adottati gli atti di indirizzo aziendali per la LP?	È possibile in ciascuna azienda esercitare la LPI per: • visite • attività strumentale • degenza	Nei casi in cui non sono disponibili spazi adeguati, sono stati definiti accordi con strutture private e studi professionali per dare applicazione alla LPI allargata?	Qual è la percentuale regionale relativa alla scelta della LPI?	L'esercizio della LP ha contribuito a governare i tempi di attesa anche in base a schemi predefiniti da parte delle Regioni?
Toscana	Si	Si, con concertazione. A questo proposito è però opportuno aggiungere che in moltissime aziende si sono aperti contenziosi su alcuni aspetti, come le quote trattenute dall'amministrazione, le quote per il supporto diretto e indiretto che mettono in gioco altri sindacati, il ribaltamento dell'IRAP sulla tariffa pagata dall'utente; in alcune Aziende la possibilità del convenzionamento con altre Asl o Istituti è stata usata come arma di "ricatto" sui volumi di produttività interna; non sono state attivate le commissioni paritetiche per il controllo della LPI.	L'attività di degenza non sempre è possibile per la mancata definizione dei posti letto destinati alla LPI.	Si, l'adozione di convenzioni con strutture private e soprattutto la possibilità della LP allargata ha sostanzialmente accontentato tutti; gli iscritti aspettano che il regime della allargata sia stabilizzato.	Superiore al 90%	Nella realtà in cui la produttività aggiuntiva è stata applicata, si è avuta una consistente riduzione dei tempi d'attesa. Il problema essenziale rimane quello dei finanziamenti per questa attività.
Umbria	Si	Si	È possibile per le visite (vengono utilizzati studi privati) e per l'attività strumentale. Quasi inapplicata la degenza anche se formalmente in regola.	No	7%	Abbastanza
Marche	Si	Si, con concertazione. A questo proposito è però opportuno aggiungere che in moltissime aziende è aperto un contenzioso, per alcuni aspetti (quote trattenute dall'amministrazione, quote per supporto diretto e indiretto che mettono in gioco altri sindacati); in pratica nella maggior parte dei casi esiste solo un atto preliminare di regolamentazione.	L'attività di degenza è possibile solo in teoria. Risulta sostanzialmente inapplicata.	La situazione di convenzioni e soprattutto la possibilità della LP allargata ha sostanzialmente accontentato tutti; gli iscritti aspettano che il regime della allargata sia stabilizzato mentre sono scarsamente interessati a modifiche sostanziali della normativa; questa considerazione non è però il frutto di una capillare rilevazione.	Intramoenia: percentuale alta; Extramoenia: meno del 5%; D'altra parte alcuni apicali hanno preferito dimettersi piuttosto che passare all'intramoenia, mentre tutti gli altri hanno usufruito dell'aumento stipendiale.	Non è stata fatta alcuna rilevazione in proposito.
Lazio	Si, nella maggior parte dei casi è stato adottato nelle Asl di Roma e provincia, nelle ACO di Roma e negli ospedali classificati di Roma. In un caso è stato adottato successivamente all'atto aziendale, mentre per gli IFO è stato recepito solo nell'elaborazione dello atto aziendale. Solo in una Asl di Roma è in fase di adozione.	Su otto Asl di Roma gli atti di indirizzo aziendali sono stati adottati tramite concertazione con i sindacati in sei ASL, in una è in fase di adozione sempre con concertazione, e nell'altra è applicato solo una bozza di regolamento di cui non si conoscono i firmatari. Nelle ACO l'atto esiste ma non si sono adeguati i progetti al regolamento previsto (sono operativi solo 5 progetti partiti prima dell'avvio della decentrata, e problematiche insorgono soprattutto per la produttività aggiuntiva). Per le provincie la risposta è affermativa. Per i classificati il regolamento concertato con le OOSS è in sintonia con quello regionale.	A Roma e provincia per l'90% delle aziende è possibile esclusivamente per visite specialistiche ed esami strumentali ma non per la degenza. Per l'8% è possibile solo per le visite specialistiche ma non per l'attività strumentale che viene relegata eventualmente in orari notturni. Per il restante 2% è prevista per le visite, per la diagnostica e per la degenza.	Si, in parte l'attività si svolge negli studi privati, nelle cliniche convenzionate (in queste soprattutto la degenza) Solo per gli ospedali classificati è difficile convenzionare l'azienda con strutture esterne. Ci sono molte situazioni in cui è svolta senza alcuna convenzione, né controllo di volumi prestazionali o di tutte le altre condizioni contrattuali (con il bollettaio dell'ente presso studi privati).	Supera il 90%	Assolutamente no
Abruzzo	Si	Si, con concertazione	È possibile per visite e attività strumentale; risulta carente in 3 aziende su 6 la LPI in regime di ricovero.	No	80%	No
Molise	No, per le continue crisi regionali degli ultimi anni	No, ad eccezione della AUSL n.1 di Agnone	È possibile per le visite; l'attività strumentale è possibile solo a livello di singolo medico, mentre solo a livello di équipe per il laboratorio; non risulta la possibilità di LPI per l'attività di degenza.	Non sono stati definiti accordi con strutture private, ma con gli studi professionali degli stessi medici richiedenti o con studi di altri medici (di base o specialisti).	Non si conosce il dato esatto, che comunque è elevato.	No. Mancano schemi predefiniti delle Regioni. Solo in casi rari i singoli hanno pattuito con il Direttore Generale forme di compenso per prestazioni aggiuntive per ridurre le liste di attesa.
Campania	Si	Si, con concertazione	In pochissime (5-10%) delle Aziende è possibile esercitare la libera professione intramoenia per le visite ambulatoriali; in percentuale ancora più bassa è possibile esercitarla sia in regime di ricovero con spazi separati e distinti, sia per attività strumentale.	Per quanto riguarda il regime ambulatoriale (visita) la quasi totalità (90%) delle Aziende ha concesso la LPI allargata presso lo studio privato del sanitario che ne ha fatto richiesta; per quanto riguarda, invece, il regime di ricovero, solo alcune Aziende (5%) hanno definito accordi con strutture private; non tutte le Aziende hanno ottemperato in tal senso pur essendo questa possibilità inserita nelle linee di indirizzo regionali.	È alta, considerata però la possibilità dell'ALPI allargata.	La Regione ha legato alla disciplina delle liste d'attesa le linee guida per gli atti aziendali per la LPI. Pertanto: in alcune Aziende, e solo da poco, i Direttori Generali hanno fatto ricorso all'ALPI al di fuori dell'orario istituzionale, acquistata dall'Azienda. La Regione - nell'atto di indirizzo - ha legato il fondo di risultato all'abbattimento delle liste d'attesa. Ma a tutt'oggi ai medici campani non è stato versato nulla.
Puglia	Si	In molte aziende	Si	In molte aziende	95-97%	No
Basilicata	Si	Si, con concertazione	È possibile solo per visite e attività strumentale, non per la degenza	In una sola azienda	90%	No
Calabria	No	Non in tutte le Asl	No	No	20%	Non sono state ridotte, bensì accentuate
Sicilia	No	Dove sono stati adottati c'è stata concertazione	È possibile per visite e attività strumentale, mentre per la degenza solo in alcune realtà	Si	98%	No
Sardegna	No	Nel 70-80% delle aziende	Si	Si, con accordi particolari	1-3%	No

INTERVISTA A FRANCESCO D'AGOSTINO, PRESIDENTE DEL COMITATO NAZIONALE PER LA BIOETICA

Una sanità a misura di "persona"

Tra gli obiettivi del nuovo Comitato: quello di valorizzare un sistema sanitario che non sia improntato a logiche "contrattualistiche", ma diventi capace di rendere più umano il rapporto tra operatori e assistiti

Francesco D'Agostino, ordinario di Filosofia del diritto presso la facoltà di Giurisprudenza dell'Università di Roma "Tor Vergata", torna a presiedere (lo ha già fatto nel 1995) il Comitato nazionale per la Bioetica. Lo stesso D'Agostino al momento del suo insediamento ha sottolineato la forte complessità degli impegni di cui dovrà occuparsi il Cnb: tabagismo, esclusione sociale (con particolare riferimento alle problematiche dei cittadini anziani), cellule staminali, consenso informato, aiuto alle donne in gravidanza (con attenzione al problema della depressione post partum), sviluppo della genetica, bioetica interculturale, equità nell'accesso ai percorsi sanitari. Sempre D'Agostino ricorda come tra questi temi ci sia anche quello della 'malpratica medica'. Un problema che coinvolge tutti gli operatori sanitari, quotidianamente a confronto con le responsabilità connesse alla loro funzione, ma anche con ostacoli burocratici, difficoltà organizzative, scarsità di risorse.

Chiediamo il suo parere in merito. "È un problema gravissimo – risponde il presidente – tutte le forme di malpratica che incidono sulla fluidità e sulla capacità di personalizzazione delle pratiche terapeutiche sono un problema etico. Nell'affrontarlo va ricordato che se anche il mondo sanitario disponesse di una perfetta dimensione burocratica, nondimeno resterebbero aperti problemi etici vistosissimi. La prima funzione del Comitato, dunque, non sarà solo quella di pungolare l'amministrazione sanitaria perché 'massimizzi' se stessa". "Credo che ormai la bioetica – aggiunge – abbia 'sfondato' l'orizzonte chiuso che descriveva il mondo della sanità in termini strettamente ed esclusivamente funzionali. A un ingegnere che progetta un ponte è certamente lecito chiedere che il progetto sia perfetto dal punto di vista statico. Agli infermieri e ai medici dobbiamo chiedere oltre a una diagnosi, a una terapia, a un'assistenza perfetta sotto il profilo formale, anche di 'caricare' di valenze personali il rapporto con il paziente. I ritardi burocratici, le disfunzioni sono sotto gli occhi di tutti, ma non devono indurci nell'errore di pensare che se l'Italia funzionasse bene sul piano burocratico si risolverebbero tutti i nostri problemi. Non è vero. Dobbiamo invece assumerci un doppio impegno: quello di combattere sul piano burocratico una battaglia interminabile e difficilissima. E quello di farci carico, anche in strutture amministrativamente carenti, burocraticamente anti-

quate, prive di risorse, anche di problemi etici che si traducono nell'umanizzazione del rapporto tra il paziente e chi si prende cura di lui".

Più spazio, dunque, alla logica della "attenzione alla persona"?

Abbiamo subito e subiamo il pesante influsso di una cultura anglosassone che riduce il mondo della sanità a un modello di tipo "contrattualistico": in questa logica quello che si può esigere è la correttezza delle parti in rapporto tra loro. Ma nella sanità non basta: è un presupposto necessario, ma del tutto insufficiente. Se anche il medico o l'infermiere adempiono appieno ai loro doveri sul piano contrattuale, va risolto il problema etico della qualità del rapporto. E questo discorso va allargato anche al paziente, aiutandolo a comprendere la necessità di rispettare la personalità dell'infermiere o del medico. Spesso, soprattutto nei casi meno gravi – quelli statisticamente più numerosi – i pazienti hanno un atteggiamento di arroganza verso i professionisti: esigono una prestazione burocratica che può alterare la qualità etica del rapporto. Non intendo certo riproporre l'obsoleta concezione delle professioni sanitarie come "missione": è una prospettiva "vecchiotta e dolciastra". Voglio piuttosto sottolineare come la personalizzazione del rapporto tra paziente e curante sia cosa seria.

E come tale debba essere reciproca. Dovremmo attivare tra la popolazione un percorso di educazione sanitaria che non faccia trascurare il peso dello stress psicologico che infermieri e medici subiscono nel loro quotidiano contatto con la malattia e con la morte. La massa degli utenti dei servizi non sa, non si rende conto, non percepisce il valore etico del rischio psicologico corso da queste professioni.

Se ci si ferma alla "classica" contrapposizione tra "Camici" e "Pigiama", il "Pigiama" diventa automaticamente simbolo del soggetto debole e il "Camice" del soggetto forte. Ma sappiamo che quest'ultimo è altrettanto fragile. Soprattutto in alcuni settori: tra i medici psichiatri, ad esempio, si registra un tasso di suicidi più alto che nelle altre discipline mediche.

Il paziente è un soggetto debole per definizione, ma lo stesso paziente va educato a comprendere le specifiche e inevitabili debolezze dell'altra parte. Tutto questo è bioetica e ci conduce al di là delle dinamiche contrattuali, burocratiche, amministrative: attivando un canale di comunicazione "a due vie" si favorisce una crescita complessiva che, proprio per non essere alterata, deve necessariamente essere reciproca.

In questa logica qual è il "plus" che i medici ospedalieri possono offrire, oltre alla loro professionalità e al loro impegno, al paziente?

Siamo tutti convinti della veridicità dell'affermazione – tra il serio e il faceto – secondo la quale gli ospedali sono "luoghi pericolosi". Lo sono sicuramente dal punto di vista strettamente medico, dato che il rischio, anche per un visitatore occasionale, di contrarre una malattia è ineliminabile. Ma sono "pericolosi" anche da un punto di vista "bioetico", perché sono luoghi nei quali, inevitabilmente, per la loro stessa caratteristica realtà strutturale e burocratica, la vitalità del paziente, già alterata dal suo stato patologico, entra in crisi anche da un punto di vista psicologico. In altre parole, nella normalità dei casi, il paziente ospedalizzato ha paura.

A volte – e sono i casi migliori – può esplicitare questa paura, parlarne con i familiari, col personale medico e infermieristico e, di conseguenza, grazie al loro aiuto, tenerla sotto un adeguato controllo. Più spesso l'espressione di questa paura viene inibita o assume forme parossistiche, non di rado interpretate (e non sempre irragionevolmente) come sintomo di un ulteriore stato patologico del paziente.

La realtà è che nell'ospedale il paziente percepisce fino in fondo la sua debolezza e, cosa ancor più grave, percepisce come questa sua debolezza sia da tutti percepita, non possa, cioè, essere nascosta in alcun modo.

È evidente che questa situazione, in sé e per sé, non può essere modificata; ma il fatto che non sia modificabile non significa che non sia diversamente vivibile. Tutti coloro che sono vicini al malato, per la parte che loro compete, possono aiutarlo a vivere la sua costitutiva debolezza di paziente non come umiliazione, come perdita di status, come alienazione, bensì come un'esperienza difficile, al limite tragica, ma profondamente umana. Ai medici in particolare spetta il compito bioetico di aiutare il paziente a vedere, al di là dell'inevitabile freddezza della struttura ospedaliera, il senso globale che essa veicola: quello di una struttura per l'uomo e per quelle dimensioni del bene umano che sono la guarigione e la cura. Non è semplice per i medici porre a disposizione del malato, oltre alla loro competenza scientifica, anche queste energie etiche. Ma è anche in questa loro capacità che trova le sue radici la dignità specifica della loro professione.

M. R.



Lombardia

LA SANITÀ NELLA REGIONE LOMBARDA

Pubblico e privato, accreditamento per tutti

di Eva Antoniotti

IL PRIMO PASSO DEL COSIDDETTO MODELLO LOMBARDO FU LA LEGGE REGIONALE N. 31, APPROVATA NEL 1997, CHE PROVOCÒ UN CONFRONTO SERRATO TRA IL PRESIDENTE DELLA REGIONE ROBERTO FORMIGONI E L'ALLORA MINISTRO DELLA SANITÀ ROSY FENICI. ORA, NELLO SCENARIO SEMPRE PIÙ FEDERALISTA DELLA SANITÀ, ARRIVA IL NUOVO PIANO SOCIOSANITARIO REGIONALE: LE ASL "COMPRANO" LE PRESTAZIONI SANITARIE NECESSARIE A GARANTIRE LA SALUTE DEI CITTADINI, ALCUNI OSPEDALI SI TRASFORMANO IN FONDAZIONI E SI SPERIMENTANO BUONI SOCIOSANITARI E VOUCHER

Completa separazione fra soggetti acquirenti ed erogatori: è questa la chiave del modello lombardo. E il nuovo Pssr, approvato dal Consiglio regionale lo scorso 13 marzo, si muove in questa direzione, assegnando alle aziende sanitarie locali il compito di "comprare" le prestazioni, offerte da erogatori pubblici e privati, tutti ugualmente accreditati. Per dirla con le parole dell'assessore Carlo Borsani, il Piano si propone di garantire sia "la libertà di scelta dei cittadini", sia "la libertà di azione dei soggetti impegnati nell'erogazione dei servizi". Per arrivare all'approvazione sono stati necessari molti mesi, occupati in scontri con le opposizioni di centro sinistra in Consiglio regionale, che giudicano il nuovo Pssr un pericoloso passo avanti verso la privatizzazione del sistema sanitario, e in trattative con le organizzazioni sindacali, preoccupate di tutelare i diritti degli operatori della sanità in questo processo di trasformazione.

Riassumiamo in forma sintetica i principali elementi di novità contenuti nel piano, ricordando che si tratta di un progetto che investe complessivamente l'area sociosanitaria.

AZIENDE SANITARIE LOCALI

Le Asl sono garanti della salute dei cittadini ed acquirenti delle prestazioni, quindi responsabili anche dell'equilibrio economico finanziario del sistema.

Per la ripartizione del Fondo sanitario regionale è prevista la messa a punto di un sistema di remunerazione delle prestazioni che tenga conto delle modalità strutturali, organizzative e gestionali di erogazione e che premi anche il grado di qualità dei servizi.

Le Asl si occuperanno in proprio di assistenza collettiva in ambienti di vita e di lavoro, mentre per quanto riguarda la prevenzione rivolta alla persona

saranno sperimentate forme di esternalizzazione.

AZIENDE OSPEDALIERE

Per allineare l'offerta regionale ai parametri previsti dalla legge 405/01, verranno incrementati i posti letto per la lungodegenza e la riabilitazione, portandoli dall'attuale 1,1 a 1,5 posti letto per 1000 abitanti, mentre saranno ridotti i posti letto per acuti. Il Piano prevede anche il potenziamento di day-hospital e di day-surgery, ed il blocco dell'accreditamento per l'alta specialità, già adeguatamente coperto.

Saranno incrementate le Rsa destinate agli anziani, con l'obiettivo di arrivare ad avere 53.000 posti entro il 2012, cioè 9.000 più degli attuali. Da sviluppare anche l'offerta di Rsh, ovvero di residenze sanitarie destinate ai disabili non suscettibili di riabilitazione, che invece ora occupano la metà dei posti letto degli istituti di riabilitazione.

Anticipando i contenuti del provvedimento legislativo attualmente all'esame del Parlamento, il Pssr lombardo avvia la sperimentazione della trasformazione di aziende ospedaliere in Fondazioni, che avranno comunque la maggioranza pubblica nella proprietà e una "mission" di carattere pubblico. Altre forme di sperimentazione riguardano la formazione di consorzi o di altre forme di aggregazione tra le aziende ospedaliere, con molti servizi di supporto in comune. Sperimentazioni gestionali e collaborazione tra pubblico e privato anche nei settori della ricerca e dell'innovazione, mentre in campo finanziario il Piano introduce nuovi strumenti, dal fondo immobiliare al project financing.

MEDICI DI FAMIGLIA E PEDIATRI DI LIBERA SCELTA

Le aziende ospedaliere toscane sono solo quattro e sono tutte aziende miste, ovvero a partecipazione

universitaria. Sono dunque finanziate prevalentemente in rapporto alle prestazioni erogate, valutate sulla base dei tariffari regionali. Il nuovo Pssr invita le Asl a stipulare accordi con le Ao, in ambito di Area vasta, che superino questo sistema con formule capaci di assicurare più congruità e appropriatezza sia nelle prestazioni erogate, sia nelle modalità di erogazione delle prestazioni, incentivando ad esempio il day-hospital.

Attualmente la Toscana ha 4,82 posti letto ospedalieri ogni mille abitanti, dunque già allineato con i parametri della legge 405 anche se con qualche carenza per ciò che riguarda lungodegenza e riabilitazione, e un tasso di ricoveri di 186,7 ogni mille abitanti, ben al di sotto della media nazionale che è di 204,8.

FONDI INTEGRATIVI

Sarà avviato uno studio di fattibilità per l'introduzione di un sistema assicurativo mutualistico obbligatorio, sul modello tedesco, per garantire la copertura del rischio socio-sanitario per le categorie più deboli (anziani, disabili, non-autosufficienti).

Lombardia

Popolazione: circa 9 milioni e mezzo di abitanti

Aziende Asl: 15

Aziende Ospedaliere: 29

Medici dipendenti del Ssn: 15.310

Medici in convenzione: 8.161

Regole uguali per tutti

Dottor Bocca, il nuovo Piano sociosanitario della Lombardia ha avuto una preparazione piuttosto lunga. Per quali ragioni?

La principale è che si tratta di un piano sociosanitario, dove si lega ciò che è sanitario e ciò che è sociale per una migliore integrazione nell'interesse dell'utente, del cittadino. L'esempio classico è quello degli anziani, ai quali spesso occorre un'assistenza di tipo sociale piuttosto che di tipo sanitario, soprattutto nei casi di cronicità. Per formulare un piano di questo tipo è stato necessario che vi fosse una lunga serie di incontri tra le istituzioni regionali e i soggetti coinvolti nel piano, che hanno portato a modifiche abbastanza sostanziali rispetto alla prima bozza.

La razionalizzazione della rete è stato un processo lungo e non sempre semplice: questa è la patria dei comuni e si può capire quante lotte ci siano state, ad esempio, rispetto alla collocazione territoriale dei monoblocchi.

Quali sono state le modifiche più importanti a vostro giudizio?

Innanzitutto la questione dello stato giuridico del personale dirigente delle strutture destinate ad essere trasformate in Fondazioni. Nella prima stesura del piano si diceva che avrebbero avuto un inquadramento di tipo privatistico, cosa che avrebbe prodotto conseguenze negative sul piano professionale ed anche dal punto di vista previdenziale. L'immediata reazione non solo dell'Anao ma di tutte le associazioni sindacali della Lombardia ha fatto sì che in Consiglio regionale sia stato approvato un emendamento per cui oggi abbiamo lo stato giuridico pubblico all'interno delle Fondazioni.

Inoltre, nella prima bozza del piano si prevedeva la separazione tra competenza professionale e manageriale. Siamo riusciti a far modificare il testo e a riunirle, convinti che anche il giovane medico di turno in pronto soccorso attui contemporaneamente scelte professionali, per fare una diagnosi e una terapia, ma an-

che per scelte manageriali, utilizzando il miglior farmaco e la migliore prestazione tenendo conto anche dei costi che queste prestazioni possono avere. Anzi, proprio per sviluppare una competenza manageriale tra i professionisti, siamo convinti che queste tematiche dovrebbero essere sviluppate sia durante gli studi universitari, sia nell'ambito dell'Ecm e anche su questo stiamo lavorando.

Il Piano lombardo parla di "accreditamento professionale". Di che si tratta?

Abbiamo chiesto che fosse chiarito: non si intende che vengono accreditati i singoli professionisti, ma alcune scuole, alcuni aggiornamenti professionali.

Quali sono le questioni lasciate aperte dal Piano?

Credo che sia necessario aprire al più presto un tavolo di confronto tra la Regione e le organizzazioni sindacali riguardo alla rete ospedaliera. Noi abbiamo voluto, ed è stato accettato, il fatto che nel piano di riorganizzazione della rete ospedaliera fossero presenti sia gli accreditati pubblici, sia gli accreditati privati, perché non si può pensare di intervenire riconvertendo solo il pubblico.

Per arrivare ai parametri previsti dalla legge 405/02, ovvero quattro posti letto per acuti ogni mille abitanti, dovrete fare dei grossi tagli?

Non penso, perché ci sono realtà con il 7 per 1000 dei posti letto per acuti, ma in altre si è anche sotto il 4. Si dovrà fare un lavoro dettagliato, analizzando tutti i necessari parametri, come era già stato fatto al tempo della legge 31. Oltretutto la riconversione è legata alla politica del personale che in Lombardia, e anche nelle altre regioni, è piuttosto difficile, visto che le attuali leggi, nazionali e regionali, hanno portato a non sostituire il personale che ad ogni titolo lascia vacante un posto nelle aziende ospedaliere pubbliche. Questo vuol dire che in alcune realtà i medici faticano a garantire il servizio, e lo fanno attraverso turni, straordinario o personale "ad ore".

La regione Lombardia dovrà assumere altri medici?

Attualmente i posti rimasti scoperti vengono occupati con delle deroghe: si fa la domanda, corredata di adeguate motivazioni, e l'Assessorato dà la deroga. È un meccanismo lento, che non consente di intervenire adeguatamente e dunque, mentre in alcune realtà metropolitane ci sono senz'altro degli esuberanti, molte realtà periferiche sono invece in sofferenza. La politica regionale tende a non assegnare posti che in teoria potrebbero essere poi dismessi in seguito alla riorganizzazione della rete, ma se oltre che della quantità delle prestazioni vogliamo cominciare a parlare di qualità, occorre che si pensi ad un organico e ad una politica del personale differente.

Recentemente la Corte dei Conti ha messo in rilievo il deficit della sanità lombarda.

E infatti stanno aumentando i controlli regionali sulla spesa. L'importante è che non ci sia squilibrio di regole tra pubblico e privato: volume di spesa concordato, qualità delle prestazioni, valutazione dei Drg devono essere uguali per tutti. Ora è così, ma qualche anno fa le cose andavano diversamente, lo abbiamo visto anche sui giornali. Noi dobbiamo spingere verso la massima razionalizzazione, creando regole uguali per tutti, pubblico e privato accreditato, ma soprattutto migliorando la qualità. Non sono d'accordo ad esempio con chi dice che alcuni Drg erogati in grandi centri di eccellenza devono essere pagati di più rispetto agli stessi Drg erogati in strutture non d'eccellenza, ma ugualmente di buon livello. D'altra parte però bisogna poter valutare tutti i fattori: i Drg sono uguali, ma alcune strutture pubbliche o private non hanno l'urgenza-emergenza, mentre altre hanno la rianimazione, l'unità coronarica e il pronto soccorso, tutte cose che costano molto.

Il prossimo rinnovo contrattuale vedrà senz'altro uno sviluppo della contrattazione regionale. Come dovrà essere utilizzata a suo parere?

Ci deve essere un quadro generale che garantisca, dalla Lombardia alla Sicilia, una sanità unica, come è già stato fatto con i Lea dal punto di vista delle prestazioni. Così a livello contrattuale ci deve essere una forte cornice nazionale, che poi lasci spazio ad un livello sia regionale che aziendale.

INTERVISTA A CARLO BORSANI, ASSESSORE ALLA SANITÀ DELLA REGIONE LOMBARDA

"Un Piano all'insegna della libertà"

Assessore Borsani, può illustrarci le linee strutturali del Pssr 2002-2004 recentemente approvato dal Consiglio regionale lombardo?

Il Piano sociosanitario della regione Lombardia, approvato dal Consiglio regionale il 13 marzo scorso, si caratterizza con il sottotitolo: libertà e innovazione al servizio della salute. Il Pssr si pone come reale strumento entro il quale trovano spazio, e si incontrano, sia la libertà di azione dei soggetti impegnati nell'erogazione dei servizi sia la libertà di scelta del cittadino. Infatti la libertà di azione delle strutture e la responsabilizzazione aziendale è elemento caratterizzante per dare efficaci ed efficienti risposte ai bisogni socio sanitari. Per poter garantire questa libertà, favorendo lo sviluppo del sistema, risulta essenziale rivedere il ruolo che le varie componenti dovranno assumere all'interno del sistema: Regione, aziende sanitarie locali, aziende ospedaliere, strutture private accreditate.

L'approvazione del Pssr è stato preceduta da una lunga battaglia politica in Consiglio e da una trattativa altrettanto lunga con le parti sociali. Quali sono state le modifiche più rilevanti introdotte in questa fase di dibattito?

Il confronto con le associazioni e le parti sociali, a volte anche serrato, è stato improntato da parte dell'assessorato alla massima disponibilità ad accogliere suggerimenti ed anche critiche, consapevoli dell'importanza che un tale documento venisse condiviso e discusso con il più ampio numero di operatori del mondo sanitario. Certo non abbiamo ceduto, soprattutto in sede di discussione consiliare, ai tentativi dell'opposizione di stravolgere il significato del Pssr che intende proseguire nel solco tracciato dalla legge regionale 31/97 riguardante il riordino del sistema sanitario regionale.

Gli emendamenti apportati al testo originario riguardano i seguenti aspetti:

- è stato riproposto il ruolo della Commissione consiliare del Consiglio là dove si sono riscontrate rilevanti valenze programmatiche;
- è stato ulteriormente specificato il ruolo del medico di famiglia e del pediatra di libera scelta secondo quanto richiesto espressamente dalle rappresentanze sindacali di categoria e dagli ordini professionali, mantenendo la possibilità di sperimentare i "gruppi delle cure primarie";
- è stato specificato il ruolo e il significato della Fondazione in relazione alla trasformazione giuridica di alcune aziende ospedaliere ed al mantenimento delle garanzie nei confronti dei dipendenti;
- in materia di esternalizzazione dei servizi da parte delle Asl è stato previsto che per il triennio di vigenza del Piano non si procederà ad esternalizzare i servizi riferenti alla prevenzione e alla veterinaria, fatto salvo quanto già previsto da norme regionali, nazionali e comunitarie;
- è stato specificato il ruolo integrativo rispetto al Ssn di possibili mutue e assicurazioni;
- è stato integrato il paragrafo sulla ricerca sviluppando ulteriormente temi emergenti quali la genetica, la trapiantologia, le neuroscienze.

Sono stati, inoltre, accolte le integrazioni ed i suggerimenti delle so-

cietà scientifiche ed ampliati i progetti innovativi con alcune patologie ad alto impatto sociale.

La Corte dei Conti ha evidenziato come i bilanci della sanità lombarda siano pericolosamente in rosso. Quali sono a suo parere le cause e quali i possibili rimedi?

Come è noto, la maggior parte delle regioni italiane ha registrato disavanzi di gestione sulla spesa sanitaria per l'anno 2001. Non è che le Regioni spendano troppo in campo sanitario, ma esse si sono trovate di fronte ad un'eredità pesante in termini di deficit ed ad una cronica sottostima del reale costo della sanità in Italia. Senza contare che alcune funzioni, ad esempio i contratti di lavoro, sono ancora di pertinenza nazionale e quindi di difficile controllo a livello regionale. La Regione Lombardia ora spende circa il 4,2% del Pil regionale per la sanità, con un disavanzo per l'anno 2001 di 223 milioni di euro, mentre la media nazionale si attesta sul 5,6% del Pil. È quindi necessario da un lato proseguire nell'azione di razionalizzazione delle risorse evitando gli sprechi, ma dall'altro arrivare ad un sistema che comporti la possibilità di trattenerne in Regione una buona parte della ricchezza ivi prodotta, pur facendo salvo il principio di solidarietà con le altre regioni italiane.

Il vostro piano prevede l'accreditamento, con pari dignità, dei soggetti erogatori pubblici e privato. Ciò significa che le strutture private dovranno anche seguire le direttive di programmazione sanitaria, ad esempio per quanto riguarda la riorganizzazione della rete ospedaliera?

Il Consiglio ha votato un ordine del giorno che impegna la Giunta a produrre, entro sei mesi dalla data di approvazione del Pssr, un documento che espliciti criteri e modalità operative di tale riordino e a questo documento stiamo già lavorando. Attualmente il tasso di posti letto ordinari per 100 abitanti è pari al 5,2 su base regionale di cui lo 0,6 per la riabilitazione. Quindi, in base alla legge 405/01, il numero di letti da ridurre è pari a 5.400, di cui circa 1500 p.l. verranno convertiti in posti di riabilitazione per raggiungere l'uno per mille previsto dalla stessa legge. La riduzione dovrà avvenire armonicamente su tutto il territorio regionale, coinvolgendo sia le strutture pubbliche che quelle private attraverso una revisione dei contratti che ogni Asl contrae con gli enti erogatori insistenti sul proprio territorio: parte di questi letti infatti non saranno eliminati, ma potranno essere utilizzati per la libera professione e non essere quindi più a carico del sistema sanitario regionale.

Quale ruolo dovrà avere il livello regionale dei contratti di lavoro?

È necessario che le Regioni assumano un ruolo di cerniera e di armonizzazione tra quello che sarà il quadro stabilito a livello nazionale e la contrattazione aziendale, concordando con le parti sociali gli aspetti che permettano una reale valorizzazione delle risorse umane, agendo in particolare sulla materia degli istituti incentivanti. Nel dibattito che in questi giorni vede impegnate le varie componenti le Regioni hanno il compito di acquisire gli strumenti che permettano loro di arrivare ad una graduale autonomia anche su questo tema, completando così il processo di piena devoluzione al governo regionale della materia sanitaria.



Molise

LA SANITÀ NELLA REGIONE MOLISE

Nuove sinergie e una devolution a "misura di regione"

di Maria Gullo

BASATA SULLA RICERCA DI POSSIBILITÀ DI COESISTENZA DI VALORI APPARENTEMENTE IRRIDUCIBILI STA PRENDENDO IL VIA UNA RADICALE RIFORMA DELLA SANITÀ MOLISANA, NELL'OTTICA DI SALVAGUARDARE ALLO STESSO TEMPO I VALORI DI UN PROGRESSO SOSTENIBILE E DELL'UNIVERSALISMO E DELLA SOLIDARIETÀ. CON UNO SGUARDO ATTENTO ALLE MODALITÀ DI APPLICAZIONE DEL NUOVO PROCESSO FEDERALISTA, CHE NON PENALIZZI LE REGIONI PIÙ PICCOLE DEL PAESE

Si fonda sulla piena consapevolezza della centralità della sanità nei processi di federalismo e nella scala delle aspettative della popolazione la riforma sanitaria molisana in arrivo. Si basa sulla ricerca di elementi di coesistenza e di sintesi tra valori all'apparenza irriducibili – efficienza ed universalità dei diritti; economicità e solidarietà; scarsità di risorse e qualità dei servizi.

Diritti che però, nell'ottica delle istituzioni locali, devono essere necessariamente conciliati, se si vogliono liberare risorse per altri importanti bisogni della comunità locale, se non si vuole inasprire il carico tributario, se non si vogliono bruciare occasioni di sviluppo, se si vogliono salvaguardare, in definitiva, quei valori di progresso sostenibile e di solidarietà.

La politica sanitaria regionale, come delineata nelle "linee-guida per la programmazione sanitaria e per la gestione del sistema", si pone come obiettivo il rilancio del Servizio sanitario regionale. Questo grazie al perseguimento dei Lea, ovvero con lo sviluppo delle prestazioni ora non erogate, allo sviluppo di un piano organico di miglioramento della qualità dei servizi resi, alla riduzione della mobilità passiva a livelli fisiologici, al potenziamento delle attività territoriali, anche al fine di contenere il fenomeno dell'eccesso di ospedalizzazione. Inoltre è previsto il potenziamento dei centri di eccellenza, che possono attirare utenti extra-regionali e, quindi, in tale modo autofinanziarsi, nuove sinergie con l'università, con opportune forme di coordinamento delle attività e con lo strumento delle sperimentazioni gestionali e, in primis, il riordino della rete sanitaria regionale, compresa anche la riduzione del numero delle Asl.

Una manovra congiunturale volta a porre sotto controllo l'evoluzione della spesa sanitaria, con particolare riguardo al contenimento della domanda di prestazioni a rischio di inappropriatazza, in modo da non incidere sui Lea e al superamento delle condizioni di inefficienza.

Ma particolare attenzione viene anche volta alla tempistica e alle modalità di attuazione del federalismo fiscale.

Conditio sine qua non, condivisa con Abruzzo, Basilicata e Umbria, è che si scelga come traguardo le pari opportunità e si tenga conto delle diverse condizioni di partenza.

Una battaglia, quella del Molise, anche contro un eccesso di burocrazia e di discrezionalità di alcuni protagonisti della cosa sanitaria, che impedisce l'avvio dei processi di razionalizzazione secondo gli strumenti individuati.

Un progetto riformatore diretto, nell'intenzione di chi lo ha elaborato, ad incidere profondamente non soltanto sugli assetti strumentali, ma, più in generale, sulla cultura di governo, sull'efficienza e l'economicità degli interventi, sull'impianto strutturale e di sistema del mondo produttivo e delle prestazioni sanitarie, sulla competitività e modernità del territorio.

AZIENDE ASL

Il processo di aziendalizzazione stenta a partire, con delle leggere eccezioni a Campobasso e nella Asl di Agnone.

C'è ancora un monocentrismo fortissimo a livello aziendale, nonostante la cornice normativa, gli strumenti politici, già siano stati predisposti.

A breve, riduzione e revisione della rete Asl, in nome della guerra agli sprechi per rendere più efficiente la gestione: da 4 Asl attuali dovrebbe restarne una.

AZIENDE OSPEDALIERE

Entro novembre il piano di riordino della rete, col fine di evitare duplicazioni e, conseguentemente, di attivare la specializzazione delle diverse strutture; il piano prevede tre strutture per acuti, due per lungodegenti e riabilitative, all'interno delle quali è previsto l'hospice oncologico, una specializzata per le patologie dell'anziano.

La legge urgente di riordino già presentata in Consiglio prevede la creazione dell'Agenzia per i servizi regionali, norme sugli accreditamenti e sulle autorizzazioni, sui contributi agli enti locali per la programmazione sanitaria.

Posti letto. Assicurato per il 2003 l'adeguamento al 4 per mille nelle strutture a carico dell'Amministrazione regionale.

ASSISTENZA TERRITORIALE

L'eccessivo monocentrismo aziendale penalizza la

territorializzazione della medicina e dei servizi.

Distretti. Funzionano più sulla base della volontarietà di alcuni professionisti che si sono attrezzati, medici di medicina generale e ambulatoriali, che non sull'effettiva organizzazione strutturale. Non vengono ancora assegnati i budget ai direttori.

APPROPRIATEZZA

Le Direttive vincolanti per i direttori generali emanate a fine luglio anticipano le regole su riduzione dei ricoveri inappropriati, sull'attivazione dei posti di day-hospital e day-surgery, sulla riduzione delle liste d'attesa, collegate a un sistema premiante o sanzionatorio.

PIANO SANITARIO REGIONALE

I punti prioritari del secondo Psr (2003-2005) del Molise sono già contenuto in nuce nel piano di riordino e nelle linee guida all'esame del Consiglio in questo mese.

Riorganizzazione dei servizi, controllo dell'evoluzione della spesa, con particolare riguardo al contenimento della domanda di prestazioni a rischio di inappropriatazza, in modo da non incidere sui Lea, e superamento delle condizioni di inefficienza anche grazie all'integrazione.

CONTRATTI AZIENDALI

Il quadro regionale dei contratti è incompleto: contratti in porto solo nella Asl di Agnone. Le trattative non si sono ancora sbloccate nel resto delle aziende.

Molise

Popolazione: 316.000 abitanti

Aziende Asl: 4

Aziende Ospedaliere: 1

Medici dipendenti del Ssn: 3.735

Medici in convenzione: Medici di base 298

Pediatri 53

Specialisti 49

Dislocare i servizi ed eliminare la discrezionalità

**INTERVISTA A GIOVANNI PULELLA
SEGRETARIO REGIONALE ANAAO
ASSOMED PER IL MOLISE**

Dottor Pulella, qual è la vostra posizione nei confronti del tentativo di riorganizzazione del sistema e della riduzione del numero delle Asl da 4 a 1 proposta dalla giunta di centrodestra?

Noi vogliamo sottolineare che al cittadino non interessa quante Asl ci sono sul territorio ma la certezza di avere risposte in tempo reale ai propri bisogni di salute. Per questo è necessario procedere alla dislocazione dei servizi sanitari su tutto il territorio regionale e agire sulla qualità delle prestazioni erogate, tenendo ben presente il binomio efficacia/efficienza. Una corretta razionalizzazione dunque che non penalizzi i bisogni sanitari della gente.

Noi siamo per un Ssn che continui a garantire universalismo e accessibilità a tutti, considerando anche che nel Molise la popolazione appartiene in buona parte a fasce di reddito medio-basse.

Ma qual è il quadro della vostra regione? Verso quale modello sanitario vi auspicate si orienterà la riforma sanitaria in partenza e il nuovo Psr che dovrebbe esser pronto agli inizi del prossimo anno?

Nel Molise regna ancora purtroppo una politica di stampo "gattopardesco". Il leit motiv del "cambiare tutto per non cambiare niente" è duro a morire. Ben venga un Piano sanitario regionale. Finora c'è stata la chiara volontà di non programmare per continuare ad agire in piena arbitrarietà secondo metodi fondamentalmente clientelari. I direttori generali procedevano a stipulare contratti in base a scelte personali.

La creazione dell'Agenzia per i servizi regionali potrebbe essere sicuramente uno strumento positivo, a meno che non si trasformi in un business anche quello. C'è assoluto bisogno di una revisione della normativa concorsuale con ritorno a una graduatoria di merito che contrasti fortemente l'eccessiva discrezionalità dei direttori generali. In qualche modo la nostra è una situazione che mi fa venire in mente "Le mani sulla città" di Francesco Rosi, che nel '63 denunciò speculazioni e trasformismi con effetti catastrofici sul sociale!

Parliamo di privato. Il presidente Iorio e l'assessore parlano di "favorire le sinergie tra pubblico e privato", di sperimentazioni gestionali. Si pensa di promuovere in pratica un'assistenza sanitaria integrativa. Siete d'accordo?

Si fa riferimento in particolare all'esperimento in partenza a Campobasso, un tentativo di integrazione tra l'Università Cattolica e l'ospedale Cardarelli. Ai protagonisti tradizionali del rapporto pubblico-privato, e alla classica "gara" per l'accreditamento, se ne aggiunge uno nuovo che è l'università; se si farà un'esperienza gestionale di Asl mista, si farà con questo nuovo elemento che chiaramente beneficia dei finanziamenti del Miur, che può permettersi strumentazioni e investimenti, e il via libera alle carriere.

Già ora con l'Ircs registriamo delle disparità di trattamento rispetto alle altre strutture: l'Ircs è l'unica ad esempio ad avere la Risonanza magnetica. Il punto è, se mi passa una metafora, che la piramide delle connivenze è sempre in piedi e ne è stata smussata solo la punta; le persone sono sempre le stesse, riciclate. Del resto noi siamo una regione dove persiste un clamoroso conflitto di interessi...

A che punto è il processo di aziendalizzazione nella Regione?

Parlare di aziendalizzazione in questa regione è a dir poco arduo. Qui non esiste ancora il concet-

to di aziendalizzazione, non è stato fatto proprio né nella categoria medica, né tantomeno nella dirigenza aziendale. Nonostante i corsi di formazione, la cosa ha preso leggermente piede esclusivamente a Campobasso o nella Asl di Agnone, ma niente di più.

Quali sono i rapporti della dirigenza ospedaliera con le istituzioni regionali?

Le istituzioni regionali hanno dimostrato spesso scarsa sensibilità per le tematiche di ordine sindacale e un'incapacità di confronto, nonostante il nostro essere sempre estremamente propositivi. Inoltre in questi ultimi anni sono state numerose le variazioni normative che hanno limitato il campo di manovra sindacale, ma le nostre capacità sono rimaste inalterate. Serve più con-

cretezza, più attenzione e più presenza. Siamo riusciti ad ottenere a fatica un tavolo di discussione a giugno, e da allora non abbiamo ancora chiuso nessun documento, né per l'articolo 7 sul coordinamento regionale, né sul protocollo per l'Ecm.

Abbiamo avuto notizia delle nuove direttive vincolanti per i direttori generali del 29 luglio in funzione del nuovo Piano sanitario dal Bollettino regionale, ma non sappiamo nulla dei contenuti del previsto Psr: sarebbe il secondo del Molise, unica regione in tutta Italia, dopo quello del 1998. Noi rivendichiamo il diritto all'informazione preventiva, quale unico modo per fare delle proposte adeguate quando, e se, come auspichiamo, si viene consultati.

**INTERVISTA A GIANFRANCO VITAGLIANO
ASSESSORE ALLA SANITÀ DELLA REGIONE MOLISE**

Un Coordinamento per un federalismo più giusto

Assessore Vitagliano, il presidente Iorio ha dichiarato di aver recepito l'orientamento del Governo su contenimento della spesa e dei posti letto e che un documento sul riordino della sanità sarebbe stato discusso ai primi di ottobre, prevedendo tra l'altro una riduzione delle Asl da 4 a 1. Qual è la situazione? Quando e se il tutto confluirà nel Piano sanitario regionale?

Sto partendo dal piano del riordino ospedaliero che è un anticipo del piano sanitario. Prima partirà il riordino, poi il riassetto istituzionale, quindi l'Agenzia per i servizi regionali e la revisione del numero delle Asl; a conclusione il Psr, entro gennaio-febbraio 2003.

Per favorire questo percorso abbiamo presentato una legge urgente di riordino che lo favorisca e abbiamo approvato in Giunta delle linee guida che contengono in nuce il Psr, e sono in attesa di approvazione del Consiglio. Contengono dei punti fermi, come evitare le "duplicazioni", sulla base dei quali il Consiglio elaborerà il Psr. Sia le linee guida che la legge dovrebbero esser approvate entro novembre, a quel punto la Giunta emanerà il piano di riordino.

Avete parlato di favorire le sinergie con il privato, di sperimentazioni gestionali. Come, in sintesi?

A Campobasso ci sarà una forte integrazione regolata, una sperimentazione gestionale cioè, un matrimonio tra l'Università Cattolica, che farà cardiocirurgia e alta oncologia chirurgica, e il Cardarelli che avrà tutte le discipline mediche e tutte le specialità di base. Il privato non va demonizzato, non è tempo di manicheismi; soprattutto se può prestare offerta sanitaria che complementa quella pubblica, che vada ad occupare nicchie lasciate vuote dal pubblico.

Del resto un privato che "copia" il pubblico è destinato a perire.

Così si arriva a un'offerta integrata e questo è nell'interesse comune. Noi registriamo oltre 100 miliardi di lire l'anno di mobilità sanitaria e va recuperata.

Sempre il presidente della Regione ha affer-

mato di voler focalizzare l'attenzione sulla tempestiva e le modalità di attuazione del federalismo fiscale, che non penalizzino le regioni più piccole e più deboli.

In merito c'è un'iniziativa forte e trasversale rispetto agli schieramenti politici; insieme con Basilicata, Abruzzo e Umbria chiediamo che nell'ambito del processo federale si scelga come traguardo le pari opportunità e si tenga conto delle diverse condizioni di partenza.

Questo presuppone quindi un trattamento differenziato alla partenza stessa. Stiamo tentando un coordinamento e abbiamo allertato anche Sirchia su questo discorso, che vuole aprire un tavolo a parte per il 2003.

Il punto è che noi abbiamo una dimensione critica che non consente che ci siano determinate risposte sanitarie (ad esempio una cardiocirurgia nel Molise non regge, la può fare la Cattolica se attrae un bacino più ampio).

Quindi in questo ambito dobbiamo essere risarciti, magari grazie a delle convenzioni di favore con chi ha ciò che ci manca.

I concetti base dell'aziendalizzazione sembra stentino a partire nella vostra regione?

Il sistema aveva tutti i requisiti per poter correre questa corsa. Al contrario di ciò che dicevamo prima, la nostra dimensione è ottimale per questo processo.

Se non si è attuata credo la responsabilità maggiore sia del management aziendale.

La politica aveva creato gli strumenti, c'erano leggi e direttive. È mancato lo sforzo a livello aziendale. Del resto li abbiamo dovuti costringere a metà di quest'anno ad assegnare i budget.

C'è ancora un monocentrismo fortissimo a livello aziendale ed è una delle cause per le quali non è partito il distretto. Il direttore generale che non ha assegnato il budget al capo del distretto ma se lo è tenuto agganciato, è chiaro che ha impedito una effettiva territorializzazione della medicina. Il manager, nelle regioni dove l'aziendalizzazione non cammina, è sostanzialmente appiattito sull'ospedale.

TOSCANA: AREA VASTA

Il pericolo della colonizzazione universitaria nel modello sanitario

di Carlo Palermo*

Il nuovo piano sanitario della Regione Toscana contiene importanti novità sul piano organizzativo e gestionale del modello sanitario. Innanzitutto, attraverso la costituzione delle Società della Salute, è riconosciuto un nuovo ruolo alle autonomie locali nel governo delle politiche sanitarie e socio-sanitarie delle articolazioni territoriali della Toscana (zona-distretto). In concreto la Regione sceglie di delegare la gestione della parte non ospedaliera della sanità, che rappresenta più di metà del proprio bilancio sanitario, a società in cui saranno rappresentate non solo le ASL, ma anche i comuni e le parti sociali, come associazioni, privato imprenditoriale e privato no-profit.

In secondo luogo, mediante la realizzazione dei Consorzi di Area Vasta, viene avviata una seconda fase del processo di aziendalizzazione. Attraverso l'aggregazione di alcune funzioni non sanitarie, come gestione dei magazzini farmaceutici, acquisti di beni e servizi, CUP, uffici paghe e contributi, informatizzazione, si punta a risparmiare circa il 10% delle spese sostenute oggi in questi settori, che ammontano a circa un milione di euro. Le risorse risparmiate dovrebbero essere reinvestite nella prevenzione, nella qualità del sistema e per aumentare i servizi ai cittadini.

Il terzo elemento di novità è quello che interessa più da vicino il mondo ospedaliero: è previsto che la programmazione sanitaria non sia solo regionale, ma che si sviluppi anche una programmazione e una riorganizzazione dei servizi orientata alle cosiddette aree vaste. La Toscana, infatti, è stata divisa in tre macroaree interprovinciali, incentrate sulle tre aziende ospedaliero-universitarie, Firenze, Pisa e Siena. In base ai dati d'attività, in quest'ambito territoriale trova soddisfazione il 93% delle richieste di prestazioni sanitarie dei cittadini residenti. Per questo motivo l'area vasta è stata individuata come il livello ottimale per gli interventi strategici. Lo scopo principale è quello di evitare che vi siano sprechi di risorse con duplicazioni o sovrapposizioni d'offerte nello stesso territorio relativamente alle attività ad alto contenuto tecnologico e professionale e ad elevata complessità organizzativa, che richiedono investimenti rilevanti.

Il piano sanitario regionale al punto 2.4.2 individua i settori specialistici in cui dovrà avviarsi la concertazione di area vasta: cardiologia e cardiocirurgia, neurologia e neurochirurgia, oncologia, emergenza-urgenza, nefrologia e dialisi, riabilitazione, gastroenterologia ed endoscopia digestiva, materno-infantile, radiologia e diagnostica per immagini. È anche esplicitato che l'attività di base rimane compito dell'azienda sani-

taria locale e che l'azienda ospedaliero-universitaria tende a costituirsi come polo di riferimento per le attività di alta specializzazione, che integra con le aziende sanitarie locali del bacino di riferimento al fine di assicurare una qualificazione diffusa delle attività e l'avvio di percorsi assistenziali appropriati ed efficaci.

Le potenzialità e i rischi del nuovo modello sanitario

Questo modello, a parere dell'Anaa Assomed della Toscana, contiene potenzialità positive, ma anche dei rischi non trascurabili, già indicati nell'intervista sul modello sanitario regionale pubblicata nel numero di luglio di "Dirigenza Medica", e su cui tornerò più avanti.

Un'associazione come la nostra che ha scelto di abbracciare un profilo di dirigenza medica caratterizzato da forti contenuti di autonomia professionale, ma anche da un'assunzione di responsabilità nella gestione quotidiana e strategica delle risorse, non può che accettare la sfida dell'appropriatezza organizzativa e della qualità delle procedure diagnostiche e terapeutiche, in particolare nell'ambito dell'alta specializzazione.

Questa assunzione di responsabilità è richiesta:

- dai pazienti, molto più consapevoli rispetto al passato dei propri diritti e molto più informati sulle procedure diagnostiche-terapeutiche;
- dalla rapida evoluzione della tecnologia strumentale e farmacologia che necessita di una attenta valutazione del rapporto costo/efficacia prima di essere trasferita alla pratica clinica quotidiana;
- dalla limitazione reale delle risorse per il cronico sottofinanziamento del Ssn, che impone scelte di priorità nei servizi sanitari pubblici, con lo scopo di limitare sia il sovrautilizzo improprio, perché esso comporta automaticamente la sottrazione di procedure essenziali per altri pazienti, che l'inappropriatezza da sottoutilizzo, per lo spreco di risorse e le conseguenze negative sugli esiti delle procedure in settori come quello della cardiologia interventistica, essendo il buon outcome clinico, come dimostrato da importanti studi clinici, funzione diretta dei volumi di attività della struttura.

In questo processo i medici ospedalieri non possono più essere spettatori inerti o peggio essere ridotti, come affermava Serafino Zucchelli nel recente Congresso di Matera, a "macchina banale, cui affidare semplici mansioni esecutive che non interferiscano con i livelli gestionali, nella logica di non disturba-

re il manovratore". Occorre rivendicare con forza il nostro ruolo di professionisti, mostrando capacità di regolazione autonoma e avanzando proposte basate sulle evidenze scientifiche, rivendicando nello stesso tempo forme di partecipazione alla progettazione dei modelli organizzativi e operativi e alla loro gestione.

Nel contempo non possono sfuggirci alcuni rischi insiti nel processo che s'intende innescare. L'area vasta è, infatti, incentrata sulle Aziende miste, dove il potere dell'università è forte.

L'interpretazione estensiva del D.lgs 517/99, contenuta nel Dpcm 24 maggio 2001, pone, di fatto, sotto il controllo degli universitari i dipartimenti assistenziali integrati delle aziende miste. Purtroppo una recente ed infelice delibera della Giunta Regionale Toscana, la n° 856 del 5 agosto 2002, e ancor più l'atto di indirizzo collegato, estendono questa possibilità di controllo anche ai Dipartimenti gestionali interaziendali di area vasta, che, come è scritto, si "sostituiscono" agli organismi di Coordinamento tecnico-professionale previsti dal Psr.

La posizione dell'Associazione

L'Anaa Assomed della Toscana ha espresso la propria netta contrarietà per tali iniziative perché:

- rappresentano palesemente una distorsione applicativa dei principi ispiratori dell'area vasta e degli stessi indirizzi organizzativi del Psr, che prevedono piuttosto la costituzione di Coordinamenti tecnici per aree omogenee, finalizzati a garantire la crescita in rete del sistema di offerta delle prestazioni specialistiche di 2° livello;
- porterebbero, se realmente attuate, le strutture specialistiche ospedaliere sotto il controllo gestionale dell'Università mediante un processo del tutto autoreferenziale, essendo atteso che "di norma" il direttore del Dipartimento di area vasta venga individuato nel responsabile della corrispondente struttura funzionale dell'azienda ospedaliero-universitaria di riferimento.

Prima ancora di qualsiasi incontro tra soggetti che dovrebbero avere pari dignità, è quindi designato nell'universitario di turno il direttore, a cui si affida la gestione del budget e la realizzazione del piano strategico per l'intera area vasta, e per giunta la scelta avviene a prescindere, come direbbe Totò, eludendo ogni valutazione di merito in termini di valore professionale, scientifico e capacità organizzativa. In base a questi fatti, quali potrebbero essere nel lungo periodo le conseguenze sugli attuali assetti del cosiddetto "modello sanitario toscano"? A mio parere negli

Ospedali delle Asl, da un lato, si andrebbe incontro ad una "colonizzazione" universitaria attraverso il controllo degli incarichi dirigenziali di struttura complessa, dall'altro, si avrebbe una limitazione della crescita professionale dei medici ospedalieri "periferici", sostenuta sia da una centralizzazione delle casistiche verso gli "Ospedali d'eccellenza", ben oltre la reale necessità dell'alta specialità, che da un rallentamento dei processi di trasferimento negli ospedali di zona e provinciali delle nuove tecnologie diagnostiche e terapeutiche, nonostante il tumultuoso sviluppo scientifico renda oggi assolutamente dinamico il concetto di "alta specialità". A livello di area vasta, l'ulteriore accentrimento del potere decisionale in poche mani attraverso la previsione di un Comitato di direttori generali, presieduto da un coordinatore individuato nel responsabile dell'Azienda ospedaliero-universitaria, inevitabilmente avrebbe conseguenze burocratiche e discriminanti, non solo perché si prefigurerebbe ancora una volta una sorta di gerarchia che vede predominare l'Università nei confronti del Servizio sanitario, ma anche per l'emarginazione dei rappresentanti delle autonomie locali nelle scelte strategiche della sanità ospedaliera. Il pericolo, insomma, è rappresentato da uno strano connubio tra una visione iperaziendalistica di stampo liberista, e una visione del servizio sanitario pubblico di stampo burocratico. Alla fine la verticalizzazione estrema del sistema decreterebbe la morte dell'attuale politica sanitaria della Regione Toscana, fondata sullo sviluppo di una rete integrata di Ospedali pubblici, con Ospedali di zona e provinciali capaci di fornire prestazioni specialistiche di eccellente qualità per le popolazioni di riferimento e non solo. Di fronte a questi pericoli, il Consiglio regionale dell'Anaa Assomed all'unanimità ha proclamato lo stato d'agitazione della categoria e insieme alle altre OO.SS. dell'area medica (Cimo, Anpo, Cgil Medici, Umsted, Cisl Medici, Fesmed) ha chiesto alla Regione un deciso cambiamento di rotta nei modelli organizzativi dell'area vasta.

La proposta avanzata dalle OO.SS. mediche prevede la realizzazione dei Dipartimenti gestionali e organizzativi a livello aziendale, come atteso in base al D.lgs 229, con l'adozione di regolamenti partecipativi. A livello d'area vasta si propone la strutturazione di Coordinamenti tecnico-scientifici interaziendali per ogni specialità, come indicato dal Psr. È stato richiesto che tali Coordinamenti siano costruiti in modo democratico, tra parti dotate di pari dignità, prevedendo la partecipazione di diritto dei respon-

continua alla pagina seguente

SENTENZA CORTE DI CASSAZIONE SULLA RESPONSABILITÀ PROFESSIONALE

Le contraddizioni della Corte e il silenzio del legislatore

Necessita invece un'adeguata architettura legislativa che tenga conto delle molteplici sfaccettature della problematica e dell'intima correlazione esistente tra il giudizio penale, e la lentezza del giudizio civile

di Antonio Lepre*

È di alcuni giorni fa la notizia che le Sezioni Unite della Corte di Cassazione – vale a dire il massimo consesso della magistratura ordinaria – hanno sentenziato (sent. n. 27, 10 luglio 2002) su uno dei punti più controversi della responsabilità medica: quando, cioè, può dirsi sussistere il nesso di causalità tra la condotta medica e l'evento lesivo.

Ma è bene, al fine di una precisa comprensione del problema, riportare dal testo della sentenza il quesito posto alle Sezioni unite, che si sono pronunciate sulla controversa questione se “in tema di reato colposo omissivo improprio, la sussistenza del nesso di causalità fra condotta omissiva ed evento, con particolare riguardo alla materia della responsabilità professionale del medico-chirurgo, debba essere ricondotta all'accertamento che con il comportamento dovuto ed omissivo l'evento sarebbe stato impedito con elevato grado di probabilità vicino alla certezza, e cioè in una percentuale di casi quasi prossima a cento, ovvero siano sufficienti, a tal fine, soltanto serie ed apprezzabili probabilità di successo della condotta che avrebbe potuto impedire l'evento”.

Le Sezioni Unite sono intervenute per sanare un contrasto esistente all'interno della Quarta Sezione della stessa Corte di Cassazione. Infatti, secondo l'orientamento maggioritario della predetta sezione vi è il nesso di causalità ogni qual volta l'azione omissiva dal medico avrebbe impedito il verificarsi dell'evento con serie ed apprezzabili probabilità di successo, anche se limitate e con ridotti coefficienti di probabilità, talora indicati in misura anche inferiore al 50%.

A tale orientamento, da ultimo, si è contrapposto altro indirizzo (indubbiamente più favorevole per il medico) secondo cui può dirsi sussistere il nesso eziologico solo quando si provi che l'azione omissiva dal professionista avrebbe impedito il verificarsi dell'evento lesivo con un elevato grado di probabilità prossimo alla certezza, e cioè in una percentuale di casi quasi prossima a cento.

Le Sezioni Unite, quindi, hanno avuto l'arduo compito di risolvere l'indicato contrasto, ma è bene dire subito che, nonostante gli squilli di tromba che hanno annunciato la commentata sentenza, ci sono fondate ragioni per ritenere che, in una qualche misura (e forse perché inevitabile stante l'attuale legislazione), la Suprema Corte abbia, per così dire, deciso di non decidere, incorrendo – a nostro avviso – in palese contraddizione tra le premesse del ragionamento e le conclusioni (vale a dire i principi di diritto enunciati) dello stesso.

Vediamo il perché. In primo luogo, le Sezioni Unite affermano di non condividere il primo orientamento maggioritario, in quanto “con la tralaticia formula delle serie ed apprezzabili probabilità di successo dell'ipotetico intervento salvifico del medico si finisce per esprimere coefficienti di probabilità indeterminati, mutevoli, manipolabili dall'interprete”.

In secondo luogo, i supremi giudici affermano che il nesso di causalità non può farsi discendere solo ed esclusivamente da una meccanicistica applicazione delle regole della probabilità statistica, in quanto deve utilizzarsi il diverso criterio della probabilità logica, che comporta “la verifica aggiuntiva, sulla base dell'intera evidenza disponibile, dell'attendibilità dell'impiego della legge statistica per il singolo evento e della persuasiva e razionale credibilità dell'accertamento giudiziale”, sì da evitare l'utilizzo di “cristallizzati coefficienti numerici”. Sulla base, in estrema sintesi, di queste premesse, le Sezioni Unite affermano i seguenti tre principi di diritto:

a) “il nesso causale può essere ravvisato quando, alla stregua del giudizio controfattuale condotto sulla base di una generalizzata regola di esperienza o di una legge scientifica – universale o statistica – si accerti che, ipotizzandosi come realizzata dal medico la condotta doverosa impeditiva dell'evento *hic et nunc*, questo non si sarebbe verificato, ovvero si sarebbe verificato ma in epoca significativamente posteriore o

con minore intensità lesiva”: è evidente che tale affermazione è tautologica, atteso che il problema da risolvere è proprio come stabilire quando e secondo quali regole può dirsi che l'azione avrebbe impedito l'evento. Problema, quest'ultimo, tuttavia, cui provano a rispondere i successivi di seguito enunciati principi;

b) “non è consentito dedurre automaticamente dal coefficiente di probabilità espresso dalla legge statistica la conferma, o meno, dell'ipotesi accusatoria sull'esistenza del nesso causale, poiché il giudice deve verificarne la validità nel caso concreto, sulla base delle circostanze del fatto e dell'evidenza disponibile, così che, all'esito del ragionamento probatorio che abbia altresì escluso l'interferenza di fattori alternativi, risulti giustificata e processualmente certa la conclusione che la condotta omissiva del medico è stata condizione necessaria dell'evento lesivo con alto o elevato grado di credibilità razionale o probabilità logica”: si ha qui la sensazione che alla tanto criticata tralaticia formula delle serie ed apprezzabili probabilità di successo adottata dall'orientamento maggioritario della Quarta sezione si sostituisca, semplicemente, l'altra e altrettanto generica formula dell'elevato grado di credibilità razionale o probabilità logica, facendo, per così dire, rientrare dalla finestra ciò che si è fatto uscire dalla porta;

c) “l'insufficienza, la contraddittorietà e l'incertezza del riscontro probatorio sulla ricostruzione del nesso causale, quindi il ragionevole dubbio, in base all'evidenza disponibile, sulla reale efficacia condizionante della condotta omissiva del medico rispetto ad altri fattori interagenti nella produzione dell'evento lesivo, comportano la neutralizzazione dell'ipotesi prospettata dall'accusa e l'esito assolutorio del giudizio”.

Anche tale ultimo principio di diritto non deve enfatizzarsi, in quanto, per un ver-

so, non è altro che un richiamo all'art. 530, 2° comma, cod. proc. pen. che prevede, appunto, l'assoluzione per prova insufficiente o contraddittoria; per altro verso, è anch'esso tautologico, in quanto ancora una volta il problema è stabilire come e quando il riscontro probatorio del nesso causale può dirsi insufficiente e/o contraddittorio: anche tale questione, quindi, viene risolta dall'affermazione sub b), con la conseguenza che trova conferma l'idea che, in buona sostanza, ad una formula non si è fatto altro che sostituirla un'altra.

A questo punto alcune considerazioni conclusive sono necessarie.

Forse, le Sezioni Unite difficilmente avrebbero potuto dare risposte più esaurienti, in quanto dovrebbe ormai essere chiaro che – vigente la attuale legislazione – la problematica spinosissima della responsabilità medica non può trovare soddisfacente soluzione in pronunzie giurisdizionali: il giudice, anche il più autorevole, ha sempre dei limiti oltre i quali non gli è consentito andare, e ciò per evidenti ragioni. La questione della responsabilità sanitaria, quindi, può trovare risposte solo in un'adeguata architettura legislativa che tenga conto delle molteplici sfaccettature della problematica in esame e della intima correlazione esistente tra il giudizio penale, sempre più invocato, e la lentezza del giudizio civile: è evidente, infatti, che spesso il primo viene attivato al fine di conseguire un più celere risarcimento dei danni. Ecco perché è assolutamente necessario che il legislatore intervenga favorendo, in primo luogo, la celerità del giudizio civile che – se veloce ed efficace – può rendere inutile o comunque più snello e sereno (quando per il delitto deve procedersi d'ufficio) il giudizio penale, atteso che, quest'ultimo, non vedrebbe la costituzione della parte civile. Si aspetta, in sintesi, il legislatore, che tuttavia è silente; così silente da riportarci alla memoria, come ultima consolazione, il Mascagni e la sua poesia: tutto tace...

* Magistrato

Il pericolo della colonizzazione universitaria nel modello sanitario

sabili delle strutture complesse e anche una componente elettiva indicata dai Consigli dei Sanitari delle singole Aziende. Le funzioni del Coordinamento dovranno essere di programmazione dell'alta specialità nell'area vasta e di elaborazione dei criteri di accreditamento delle strutture

e di valutazione dei risultati. Si esclude quindi una formalizzazione gestionale a questo livello, optando per un ruolo alto di “authority”, con funzioni di indirizzo professionale, culturale e di governo clinico nel settore dell'alta specialità, che per i costi elevati richiede necessariamente una concertazione nella macroarea interprovinciale. Dopo una fase d'aspro scontro a livello sindacale e politico,

che ha avuto una grand'eco sulle pagine della stampa locale, i successivi riscontri avuti nelle sedi di confronto sindacale inducono ad un cauto ottimismo. L'assessorato ha congelato la delibera n° 856 e ritirato il collegato atto d'indirizzo, avviando, con la mediazione della Presidenza della Federazione degli Ordini dei Medici, un confronto con tutte le OO.SS. dell'area medica sulle problematiche del-

l'area vasta, tutt'ora in corso. La possibilità di un nuovo sviluppo del modello sanitario toscano verso una maggiore partecipazione della dirigenza medica alla definizione dell'organizzazione aziendale e di area vasta e al suo governo in base a scelte culturali d'appropriatezza, appare al momento concreta.

* Segretario Anaa Assomed Regione Toscana

MODELLI ORGANIZZATIVI

Il difficile cammino del Dipartimento

Rappresenta l'unico strumento, nell'ambito del governo clinico, che permette di superare la frammentazione dei processi assistenziali, cercando di conciliare le esigenze di specializzazione con quelle di integrazione

Le norme per il riordino del Ssn, in considerazione degli elevati livelli di differenziazione, inter ed intra regionali, sul piano dell'offerta dei servizi sanitari, hanno uniformato le direttive per l'articolazione dei servizi orientando il modello attuativo verso l'organizzazione Dipartimentale di tutte le attività.

Le Aziende sono spinte a valorizzare al meglio le risorse umane e a superare l'articolazione verticale delle gerarchie dei servizi; è un processo che richiede agli operatori di integrarsi in una nuova organizzazione del lavoro e di riconsiderare profondamente il loro "mandato istituzionale". Si tratta essenzialmente di: superare la frammentazione dei processi assistenziali; definire l'utilizzazione efficiente ed efficace delle risorse professionali; individuare le modalità più consone a realizzare l'interscambio di funzione in aree di intervento omogenee.

Effetti di tale organizzazione sono sicuramente un utilizzo ottimale dei posti letto, del personale e delle risorse strumentali in funzione dei risultati attesi, la formulazione e l'applicazione di linee guida diagnostico-terapeutiche, lo sviluppo di iniziative di formazione ed aggiornamento professionale interdisciplinari nonché di ricerca e sperimentazione clinica.

Obiettivo prioritario dell'organizzazione dipartimentale è superare la frammentazione dei processi assistenziali, cercando di conciliare le esigenze di specializzazione (derivanti dalla crescente complessità della ricerca e della pratica clinica) con quelle di integrazione (la tutela della salute è sempre più il risultato di processi di intervento interdisciplinari ed interfunzionali). In passato ha prevalso la specializzazione, che ha indotto, appunto, la frammentazione in unità operative piccole o piccolissime, ha determinato un rapporto medico-paziente in cui quest'ultimo è di proprietà fisica di una singola specializzazione, includendo fenomeni di diffusione, per cui una singola patologia viene trattata in più unità operative appartenenti a differenti discipline, e di variabilità perché spesso coesistono nella stessa azienda per una stessa patologia protocolli diagnostico-terapeutici differenti.

Attualmente, nell'ambito del governo clinico lo strumento che appare più capace di superare l'approccio frammentario alla cura è proprio il Dipartimento.

È opportuno citare le leggi nazionali che ne hanno fatto la storia:

- L.132/1968: consente di sperimentare nuovi modelli organizzativi;
- D.P.R. 128/1969: invita a realizzare negli ospedali "strutture organizzative a tipo dipartimentale";

- L.148/1975: rappresenta il tentativo di introdurre un collegamento tra ospedale e territorio;
- D.M. 8/11/1976: le Regioni devono introdurre i dipartimenti che hanno la funzione di "assicurare la convergenza di competenze, esperienze e risultati nei diversi settori della ricerca, della didattica e dell'assistenza sanitaria";
- L.833/1978: il Dipartimento va istituito in base al principio dell'integrazione tra le divisioni; in base al principio del collegamento tra i servizi ospedalieri e territoriali; allo scopo di valorizzare il lavoro di gruppo;
- L.595/1985: viene introdotto il concetto di aree funzionali omogenee;
- L.412/1992: viene ribadita l'organizzazione in aree funzionali omogenee;
- D.P.R. 27/03/1992: il D.E.A. viene reso obbligatorio negli ospedali;
- D.lgs 502/1992: rende obbligatorio il dipartimento di prevenzione e lo disciplina inoltre l'organizzazione dipartimentale diventa condizione essenziale per lo scorporo dei grandi Ospedali.
- D.lgs 229/1999: "L'organizzazione dipartimentale è il modello ordinario di gestione operativa di tutte le attività delle aziende sanitarie"

Coerente appare l'articolo 27 del Ccnl Area della Dirigenza Medica e Veterinaria, che cui, a proposito di incarichi dirigenziali e valutazione dei dirigenti, precisa:

- l'incarico di direttore di dipartimento rientra tra quelli di struttura complessa;
- tra le strutture complesse per Dipartimento si intendono quelle individuate dall'Azienda per l'attuazione dei processi organizzativi integrati;
- i Dipartimenti svolgono attività professionali e gestionali;
- i Dipartimenti devono essere articolati al loro interno in strutture complesse e semplici a valenza dipartimentale.

Nell'ambito dell'organizzazione dipartimentale, sancita definitivamente con il D.lgs 229/99, tre sono i modelli organizzativi che si riscontrano:

1. Modello Gerarchico
2. Modello Indipendente
3. Modello Strumentale. In quest'ultimo non si parla di una gerarchia assoluta, in quanto è solamente orientata a consentire il funzionamento integrato di più strutture.

Ma, a prescindere dagli aspetti legislativi e formali, quando un dipartimento veramente esiste?

Sicuramente quando si verificano le seguenti condizioni:

- è stato nominato il Direttore del dipartimento;

- è stato approvato il regolamento del Dipartimento, in cui sono chiaramente riportati gli ambiti di autonomia degli organi di direzione (Direttore e Comitato) per delega della Direzione Strategica nonché analiticamente descritte le procedure ed i percorsi decisionali all'interno del dipartimento stesso;
- è stato nominato il Comitato di Dipartimento;
- è stato approvato un regolamento aziendale di decentramento amministrativo che definisce le funzioni del dipartimento, compreso la possibilità di assumere determinate dirigenziali;
- il comitato di Dipartimento si riunisce almeno una volta al mese, verbalizzando gli incontri.

Per quanto riguarda l'autonomia degli organi di direzione del dipartimento, occorre precisare che deve essere assoluta nei seguenti aspetti:

- quantificazione dei posti letto funzionanti;
- organizzazione del lavoro;
- organizzazione del D-H;
- rapporti scientifici e professionali con le altre categorie professionali;
- proposta di assegnazione degli incarichi di tipologia b), c) e d);
- verifiche professionali in prima istanza;
- definizione di linee-guida e di percorsi diagnostico-terapeutici;
- gestione dell'attività libero-professionale e delle liste d'attesa;
- Medical Audit strutturato;
- formazione e l'aggiornamento professionale;
- ricerca clinica.

Inoltre, a tutto ciò non può non aggiungersi l'assegnazione di un "vero" budget e per esserlo, è indispensabile una sua corretta regolamentazione che concretizzi il principio della delega nonché che le sue voci siano significative, vale a dire che riguardino aspetti fondamentali dell'attività dipartimentale:

1. dotazioni organiche;
 2. fondi per l'aggiornamento;
 3. fondi per i sistemi incentivanti;
 4. fondo per lo straordinari;
 5. fondo per le piccole spese;
 6. fondo per l'aggiornamento tecnologico;
 7. fondo per le manutenzioni ordinarie.
- Una recente inchiesta realizzata dall'Anao Assomed ha dimostrato quanto sia ancora bassa, soprattutto nel Sud dell'Italia, l'incidenza di Aziende che hanno efficacemente avviato la trasformazione in senso dipartimentale dell'organizzazione.

La forte resistenza a tale cambiamento organizzativo sta nella scarsa volontà di Amministratori e Dirigenti medici di cedere

pezzi di potere e, per questi ultimi, si aggiungerebbe la preoccupazione di non riuscire ad espletare efficacemente il ruolo di Direttore di Dipartimento.

Senza altro non facilita l'andata a regime di tale nuova organizzazione, la difficoltà che si incontra nel definire il ruolo dei dirigenti medici di Presidio, nell'individuare i criteri e le modalità di accorpamento delle unità operative che compongono il dipartimento stesso, nel definire le strutture semplici ed, infine, nel gestire quelle funzioni svolte trasversalmente da più Dipartimenti.

Ma forse il maggior ostacolo "culturale" alla crescita dei Dipartimenti sta proprio nelle modalità con cui i Direttori di Dipartimento hanno gestito il ruolo; si intuisce come le seguenti tipologie di Direttori di Dipartimento non siano frutto della mia fantasia, quanto una presa d'atto:

1. Il "clinico puro": vuole il prestigio e l'indennità, ma non può perdere tempo con banali problemi di organizzazione;
2. Il "buonista": non intende farsi nemici, dice di esser d'accordo con tutti ma scontenta tutti;
3. Il "menefreghista": ha ricevuto l'incarico perché porta a cena regolarmente il Direttore Generale, ma non intende farsi carico di nessun problema;
4. Il "servo del padrone": il D.G. ha ragione, la contingenza economica è sfavorevole; occorre pertanto ridurre il numero degli infermieri, risparmiare sui fili di sutura e spegnere le luci quando tutti vanno via;
5. Il "professionale": ha seguito un corso pluriennale alla "Bocconi"; sa tutto di management sanitario; decide su tutto in maniera originale e spesso assolutamente deleteria;
6. Il "paternalista": sa di non sapere e quindi si appella alla buona volontà ed al buon senso; affronta i problemi con l'intenzione di risolverli ma è pronto a dimettersi dall'incarico se gli vengono richiesti compromessi inaccettabili.

Ancora una volta viene richiesto ai Medici di favorire il processo di cambiamento in Sanità; ancora una volta affronteremo la difficile transizione con grande impegno.

Mutuando un famoso slogan: "Nel '68 pensavamo di fare la Rivoluzione... ed abbiamo fatto gli ipermercati", vogliamo evitare di dover ammettere, tra qualche anno:

"Pensavamo di fare la Rivoluzione... ed abbiamo fatto le indennità dei capo dipartimento!"

Antonio Delvino
Segreteria Nazionale Anao Assomed

IL PUNTO

Il "NO" dei medici inglesi al contratto di lavoro: un segnale anche per noi?

di Alberto Andrion

Il 69% dei medici del Ssn del Regno Unito ha bocciato, a seguito di un referendum, il recente contratto di lavoro siglato dai rappresentanti della Associazione Medica Britannica (Bma). Gli unici a dichiararsi favorevoli sono stati i medici delle regioni autonome della Scozia e dell'Irlanda del Nord (con poco più del 50%). Il capo-delegazione al contratto della Bma, costretto alle dimissioni, è stato sostituito con un nuovo rappresentante. Quali sono i motivi del rifiuto della maggioranza dei medici britannici? Probabilmente non legati in prima battuta a problemi di ordine economico, tenuto conto del fatto che l'incremento medio stipendiale offerto si aggirava sul 20% a fronte di aumenti medi che negli ultimi anni erano stati del 2-3% e che non veniva intaccata la facoltà di svolgimento dell'attività privata. Dalle dichiarazioni pare di cogliere che il motivo principale risiede nel mancato accoglimento, o meglio, nella mancata risoluzione, dei problemi di organizzazione del lavoro e di quelli legati alla "pressione" sempre più forte che viene esercitata sui medici da parte dei politici e della opinione pubblica in merito a "liste di attesa", "malpractice", "turtela della privacy", ecc.. In definitiva, i medici britannici hanno rifiutato il contratto non già per motivi economici ma bensì per insufficienti garanzie della parte normativa. A fronte del beneficio economico, il contratto bocciato prevedeva fino a 48 ore di lavoro la settimana, una settimana lavorativa "più flessibile" inserendo il lavoro serale e dei week-end nel normale orario di lavoro, e una serie di altri controlli gestionali sull'attività.

Nei prossimi mesi, si riaprirà da noi la fase contrattuale. Quali suggerimenti possiamo e dobbiamo trarne? 1) La grande maggioranza dei medici italiani del Ssn vuole, al pari dei colleghi britannici, una normativa che affronti in termini nuovi l'organizzazione del lavoro (guardie, pronta disponibilità, turni di pronto soccorso, responsabilità professionali, ecc.) e le incombenze gestionali (diritti e doveri) accumulate negli anni di "aziendalizzazione"; 2) Le decisioni "nazionali" dovranno essere vagliate con cura in quanto ciò che viene accettato in una parte del paese potrebbe non esserlo in un'altra. Occuparsi solo o prevalentemente di stipendi o di libera professione, o ritenere di risolvere tutti i problemi a Roma sarebbe - vista l'esperienza inglese - molto miope.

REGNO UNITO

Respinto dai consultant il nuovo contratto di categoria

Dopo 18 mesi di trattative incerte, è arrivato il "no" dei consultant britannici alla bozza del nuovo contratto promossa dal ministro della sanità Alan Milburn nell'ambito della riforma tesa a ridurre sensibilmente le liste di attesa a un massimo di sei mesi entro il 2004. Gli iscritti alla British Medical Association, l'associazione che rappresenta la categoria, hanno respinto, sconfessando il proprio delegato sindacale Peter Hawker, l'offerta del governo che prometteva un aumento salariale di circa il 20% a fronte di un maggiore impegno e flessibilità oraria (vedi Dirigenza Medica di ottobre). La situazione si presenta assai complessa in quanto, nell'ambito del Regno Unito, i consultant della Scozia e dell'Irlanda del Nord hanno approvato con una live maggioranza il contratto, mentre i medici inglesi e gallesi - di gran lunga predominanti numericamente - l'hanno bocciato. "Se rifiuteremo questa proposta dovremo aspettare almeno le prossime elezioni politiche prima di cominciare una nuova trattativa", aveva ammonito Hawker. Nonostante il suo appello, il Dr. Hawker è stato costretto alle dimissioni ed è stato sostituito da un altro rappresentante, il Dr. Derek Machin. Secondo il quotidiano The Times la maggior parte dei medici ospedalieri - un quinto dei quali ha 55 anni o più - sarebbe pronta ad abbandonare gli ospedali se dovessero essere accettate le nuove regole. Una fuga che certo metterebbe ancor più in difficoltà la sanità britannica già alle prese con il non facile reclutamento di professionisti d'Oltre Manica, iniziativa anche questa mirata a ridurre i tempi di attesa. Sul fronte governativo, le posizioni si stanno irrigidendo. Il ministro Alan Milburn ha dichiarato la sua disponibilità a rivedere alcune parti del contratto, ma in termini unilaterali. Milburn ha dichiarato: "Ho sempre affermato che questo è l'unico contratto che è possibile offrire. Non vi sarà riapertura del negoziato. Non vi saranno maggiori risorse economiche. Non vi può essere veto su questa riforma".

AUSTRALIA

Più garanzie per i medici contro le "facili" accuse di malpractice

Anche per i pazienti australiani sarà presto più difficile intentare cause contro i medici per presunti casi di negligenza. Infatti il governo australiano ha in programma di revisionare la normativa che attiene alla negligenza medica, introducendo processi di peer-review e limiti temporali per intraprendere azioni giudiziarie.

Determinante in questo senso il crollo nel maggio scorso della United Medical Protection, la più grande compagnia assicurativa dei medici australiani, che ha costretto il governo federale ad intervenire garantendo una copertura assicurativa ai professionisti fino alla fine dell'anno.

Ricordiamo (vedi Dirigenza Medica del maggio scorso) che la Ump, che assicurava 32mila medici, il 60% dei professionisti australiani, non è riuscita a fronteggiare l'elevatissimo numero di domande di indennizzo in sospeso. Soltanto l'anno passato avrebbe rimborsato 1240 persone per cause di negligenza medica, con un esborso di oltre 50 milioni di euro, il triplo dei rimborsi rispetto al triennio precedente.

La commissione governativa preposta a revisionare la legge ha espresso nel suo primo rapporto la raccomandazione che sia un comitato di medici a stabilire se si possa ravvisare negligenza nell'operato del sanitario ovvero se questo sia in linea con un'opinione medica condivisa. E suggerisce di ridefinire i termini della "negligenza" in campo medico nella direzione della non perseguibilità di quel medico il cui trattamento sia conforme alla "opinione largamente condivisa da un consistente numero di stimati professionisti nel settore, salvo che la Corte la reputi irragionevole".

Altri paletti protettivi potrebbero entrare in vigore a maggior difesa della classe medica: impossibilità di avviare un contenzioso una volta passati più di 3 anni senza che si sia ravvisata alcuna prova di possibile malpractice e la non perseguibilità del medico trascorsi 12 anni dall'incidente su cui si fonda la denuncia.

USA

Assicurazioni troppo care, i neurochirurghi evitano gli interventi ad alto rischio

La copertura assicurativa può costare ai neurochirurghi americani anche 300mila dollari l'anno. E il lievitare dei premi delle polizze per la responsabilità professionale dei medici unitamente a quello dei costi dei risarcimenti è questione ormai approdata anche al Congresso americano. La scorsa settimana la Casa dei Rappresentanti ha approvato un progetto di legge, che dovrà poi passare al Senato, che fissa il limite di 250mila dollari per i risarcimenti delle sofferenze e dolore subiti e di 500mila per i cosiddetti "punitive damages", risarcimenti oltremodo consistenti, inflitti per lo più alle grandi compagnie in via esemplare per ottenere un sostanziale cambiamento nella loro cattiva condotta. Un'indagine svolta dal Congresso dei neurochirurghi, l'Associazione americana di neurochirurghi e il Consiglio delle società di neurochirurgia, e pubblicata per influenzare il dibattito in corso al Congresso per definire i massimali dei risarcimenti nelle cause di malpractice, ha esaminato i dati di oltre 700 neurochirurghi nel biennio 2000-02 con i seguenti risultati. Oltre la metà dei professionisti si è vista aumentare i premi assicurativi finanche del 50%; il 13% ha avuto aumenti tra il 50 e il 100%; il 19% di oltre il 100%, arrivando a pagare anche 300mila dollari l'anno. Come conseguenza, il 43% dei chirurghi ha programmato o sta prendendo in considerazione l'idea di limitare l'attività, il 29% di ritirarsi dalla professione e il 19% di esercitare altrove. "Non si deve sottovalutare l'impatto di questa situazione sui pazienti - dice Stephen Papadopoulos, presidente del Congresso dei neurochirurghi americani - Molti neurochirurghi non intenderebbero più fare alcuni interventi di neurochirurgia ad alto rischio per abbattere i costi della loro polizza per la responsabilità professionale e ridurre i rischi di azioni legali". I maggiori rischi derivanti dall'esercizio della professione hanno una serie di ripercussioni sull'assistenza. "Per il servizio pubblico questo significa che i nostri pazienti potrebbero vedersi rifiutare un trattamento neurochirurgico urgente o dover essere trasferiti a grande distanza, magari in un altro Stato. Quando può essere fatale il tempo perso alla ricerca di una struttura per le emergenze-urgenze disponibile" sottolinea Roberto Heros, presidente dell'Associazione americana dei neurochirurghi. Sia il congresso che l'associazione dei neurochirurghi auspicano l'entrata in vigore del "Help, Efficient, Accessible, Low Cost, Timely Health Care (HEALTH) Act", una normativa federale sul modello del "California's Medical Injury Compensation Reform Act" che ha portato stabilità al mercato assicurativo per la responsabilità professionale garantendo nel contempo il giusto diritto dei pazienti al pieno risarcimento per il danno iatrogeno subito.

FISCO & PREVIDENZA

ENPAM

Deducibilità fiscale dei contributi versati a titolo di riscatto

In questi ultimi tempi sono state poste all'Enpam numerose richieste da parte di consulenti fiscali, i quali si interrogano sull'esatta portata della disposizione contenuta nell'articolo 10, comma 1, lettera e) del testo unico delle imposte dei redditi, approvato con decreto del Presidente della Repubblica 22 dicembre 1986 n. 917, come modificato dall'articolo 13, punto 1, lettera a) del Decreto Legislativo 18 febbraio 2000, n. 47.

Nella norma in parola si prevede la deducibilità fiscale dal reddito complessivo dei contributi previdenziali ed assistenziali versati in ottemperanza a disposizioni di legge, nonché quelli versati facoltativamente alla gestione della forma pensionistica obbligatoria di appartenenza, ivi compresi quelli per la ricongiunzione di periodi assicurativi.

In specie, molti commercialisti ritengono erroneamente che la Fondazione Enpam rientri fra le assicurazioni private, escludendo quindi da ogni beneficio fiscale i contributi facoltativi versati ai Fondi dell'Ente da medici ed odontoiatri.

A tale proposito, occorre invece chiarire che i Fondi di previdenza gestiti dall'Enpam costituiscono forme pensionistiche obbligatorie e pertanto tutti i contributi versati a tali Fondi a titolo di riscatto o di ricongiunzione sono, ai sensi della normativa citata, interamente deducibili dall'imponibile determinato ai fini fiscali, senza alcuna limitazione.

Altri consulenti fiscali richiedono invece maggiori precisazioni in ordine alla deducibilità degli interessi di dilazione sui contributi di riscatto pagati in forma rateale. Va subito puntualizzato che questo argomento non è stato finora affrontato dal-

l'Amministrazione finanziaria con proprie determinazioni scritte (circolari o risoluzioni). Allo stato attuale, anche all'interno del Ministero dell'Economia e delle Finanze i pareri sono discordi.

Alcuni funzionari ritengono infatti che possa essere applicabile l'articolo 1, comma 1 della legge 133/94, laddove è previsto che gli interessi per dilazione di pagamento costituiscono redditi della stessa categoria di quelli da cui derivano i crediti su cui tali interessi sono maturati, e sono pertanto a parità che il beneficiario della deducibilità possa estendersi dalla quota capitale (vero e proprio contributo di riscatto) alla quota interessi.

Altri funzionari dell'Amministrazione finanziaria, applicando in maniera letterale il disposto del citato articolo 10, comma 1, lettera e) del Testo Unico delle imposte sui redditi, affermano invece che la deducibilità prevista dal legislatore si applica esclusivamente ai contributi, e che gli interessi di dilazione in nessun caso possono essere ricompresi in questa categoria.

Ad ogni modo, al fine di evitare qualunque contestazione in ordine alla totale deducibilità dei riscatti pagati in forma rateale (almeno fino a quando il fisco non si pronuncerà univocamente sull'argomento), l'Ente ha disposto che, a partire dal rateo avente scadenza il 31 dicembre 2001, sulle ricevute dei Mav, che costituiscono attestato dell'avvenuto versamento, venga riportato soltanto l'importo complessivo della rata, senza alcuna distinzione fra quota capitale e quota interessi. Allo stesso modo opereranno gli Uffici nel rilascio delle certificazioni in merito.

Claudio Testuzza

AUSTRALIA

Pensione di vecchiaia

Viene concessa al 65° anno in presenza di 10 anni di residenza (dopo il 16° anno) di cui almeno 5 consecutivi. Poiché fino al luglio 1995 l'età prevista per le donne era di 60 anni, è in corso un graduale innalzamento di età per quelle nate tra il luglio 1935 e il dicembre 1948, per le quali sarà possibile il pensionamento tra il luglio 1995 e il luglio 2011.

Pensione di invalidità

Viene concessa per riduzione della capacità di lavoro dell'85% o cecità permanente. Se l'incapacità è insorta all'estero, occorre sia anche soddisfatto il requisito di 10 anni di residenza (di cui almeno 5 consecutivi), se l'evento è invece insorto in Australia, non è previsto alcun requisito minimo di residenza.

Pensione ai superstiti

Spetta alla vedova che abbia compiuto 50 anni; se più giovane solo a determinate condizioni (figli, stato di indigenza ecc.) e agli orfani. Se i coniugi erano residenti in Australia non è richiesto un periodo di assicurazione minimo. Diversamente è necessario far valere 10 anni di residenza in qualsiasi epoca dopo il 16° anno oppure 5 anni di residenza continua appena prima della domanda.

CANADA

Pensione di vecchiaia

La pensione sociale di vecchiaia a carico della "Old Age Security" applicabile all'intero territorio canadese spetta a chi ha 65 anni di età, e può far valere determinati periodi di residenza in Canada o in Italia.

La pensione di ritiro dal lavoro è concessa, sulla base della contribuzione ver-

sata, a chi ha 60 anni e non è più iscritto al regime pensionistico o ha cessato sostanzialmente di lavorare oppure a chi ha già compiuto 65 anni anche se sta lavorando. Il pensionamento prima del 65° anno viene penalizzato con una riduzione permanente dell'importo della pensione.

Tale prestazione è a carico del "Regie des rentes du Quebec" se i contributi sono stati versati in Quebec, mentre è a carico del "Canada Pension Plan" negli altri casi.

Pensione di invalidità

È concessa a chi presenta una invalidità fisica o mentale grave e prolungata, se di età inferiore ai 65 anni. Occorre aver versato contributi al regime pensionistico per almeno 2 anni nell'ultimo triennio (oppure 5 nell'ultimo decennio) tenendo conto eventualmente della contribuzione italiana.

Pensione ai superstiti

È concessa al coniuge di almeno 35 anni; o se più giovane è invalido o ha figli a carico. Occorre che il defunto abbia contribuito al regime pensionistico per un periodo da 3 a 10 anni in base all'età al momento della morte.

È concessa inoltre agli orfani fino a 18 anni (25 se studenti).

STATI UNITI

Pensione di vecchiaia

Spetta al compimento del 65° anno agli uomini e alle donne che hanno versato un numero di contributi pari ad almeno 1 trimestre per ogni anno dal 21° al 62° anno.

È possibile anticipare il pensionamento a partire dal 62° anno, ma con riduzione permanente di importo. Per i nati dopo il 1937 è previsto l'innalzamento graduale dell'età per ottenere la

pensione intera (per i nati dopo il 1959 l'età prevista è di 67 anni). In mancanza del requisito contributivo il pensionamento verrà concesso al 72° anno.

Pensione di invalidità

Spetta al lavoratore incapace di intraprendere un'attività remunerativa a causa di una menomazione fisica o mentale di lunga durata (almeno 12 mesi) o che possa portare alla morte. È concessa all'assicurato che abbia meno di 65 anni e abbia versato almeno 20 trimestri di assicurazione nei dieci anni precedenti l'inizio dell'invalidità, dopo che sia trascorso un periodo di attesa (senza diritto a prestazione) di cinque mesi.

Pensione ai superstiti

Viene concessa al coniuge superstite che abbia 65 anni (pensione piena) a 60 anni (pensione ridotta) oppure abbia figli a carico minori o invalidi, se il defunto era già pensionato o poteva far valere l'assicurazione completa al momento della morte.

Se i superstiti hanno età compresa tra i 50 e i 60 anni, la pensione viene concessa se sono invalidi. Il coniuge superstite, non deve avere una pensione propria superiore alla pensione del defunto, non deve essersi risposato e il matrimonio deve essere durato almeno nove mesi. Alle stesse condizioni la pensione è concessa pure all'ex coniuge se il matrimonio è durato almeno dieci anni. A particolari condizioni spetta anche agli orfani e ai genitori superstiti.

VENEZUELA

Pensione di vecchiaia

Viene concessa al 60° anno per gli uomini (55 donne), con un requisito mi-

nimo di 750 settimane di contribuzione. È prevista un'età inferiore per attività pericolose e insalubri, nonché una riduzione del requisito contributivo minimo a 250 settimane per lavoratori anziani occupati in settori solo recentemente coperti da assicurazione.

Pensione di invalidità

Viene concessa all'assicurato che abbia subito una perdita permanente o prolungata di almeno 2/3 della capacità di lavoro. È richiesto un minimo di 250 contributi settimanali (ridotto di 20 settimane per ciascun anno se si tratta di assicurato di età inferiore ai 35 anni), di cui 100 negli ultimi 3 anni precedenti la domanda. Non è richiesto il suddetto requisito minimo se l'invalidità è stata causata da infortunio avvenuto durante il periodo di assicurazione.

Pensione ai superstiti

Viene concessa se al momento del decesso, l'assicurato defunto poteva far valere i requisiti per ottenere la pensione o era già pensionato. Non è richiesto un periodo minimo di assicurazione se la morte è avvenuta a causa di un infortunio durante il periodo di assicurazione. È previsto un assegno funerario.

C. T.

SANITÀ PRIVATA

Devolution e Ospedalità Privata Accreditata

Alla luce della riforma del titolo V della Costituzione che ha contribuito ad accentuare la piena responsabilità delle Regioni in materia sanitaria, emerge, tra l'altro, in modo estremamente evidente (e per certi versi preoccupante) il disegno di una contrattazione che nei riguardi del personale "dirigente e non" vorrebbe essere fortemente o addirittura completamente decentrata.

Con le Regioni schierate – com'è naturale – per una simile "devoluzione contrattuale" ed una malcelata aspirazione ad una sorta di nuovo centralismo, quello regionale appunto, e le aziende sanitarie pubbliche ben disposte tutto sommato a lasciare ad altri (le regioni) gran parte delle proprie responsabilità.

Soprattutto quando si tratta di problemi inerenti il personale in un'epoca di blocchi del turnover, tagli di bilancio, risparmi, ristrettezze economiche e scelte sofferte.

Questa l'impostazione che, riferita ovviamente alle strutture pubbliche dove il Contratto Nazionale ha comunque valore pieno e l'applicazione diffusa, verrebbe perseguita dalle amministrazioni regionali, in contrasto peraltro con le normative attuali che prevedono accanto ad una forte contrattazione nazionale, un semplice coordinamento regionale ed una trattativa periferico-aziendale aggiuntiva.

Il futuro paventato da molti e auspicato da alcuni potrebbe riservarci una netta divaricazione contrattuale in 21 accordi regionali diversi ed un'ulteriore diversificazione aziendale.

Simile ed insieme differente appare la situazione dell'ospedalità privata accreditata dove, soprattutto per quanto riguarda i Medici, la situazione è caratterizzata da un doppio contratto (di dipendenza e di collaborazione coordinata e continuativa) scarsamente applicato, con una tendenza da parte delle amministrazioni periferiche a misconoscerlo o trascurarlo con estrema propensione alle formulazioni locali, flessibili e personalizzate in relazione alle varie tipologie di attività specialistica.

Queste amministrazioni, pur appartenenti al circuito dell'accreditamento agiscono, infatti, in modo libero da vincoli in materia di per-

sonale ed esercitano la più ampia libertà nella gestione dei rapporti anche col personale medico. E questi ultimi vivono singolarmente con una grande apprensione tale rapporto per una serie di ragioni molto concrete. Dalla scarsa attitudine negoziale, ad una insufficiente cultura contrattualistica, dai timori nei confronti del datore di lavoro, al desiderio di poter esercitare la professione scelta, magari dopo anni di sforzi e sottooccupazione.

Come si vede le apprensioni nutrite da parte dei medici del servizio sanitario pubblico sono per lo più una realtà consolidata per i colleghi del privato accreditato: un eccesso di forte contrattazione periferica in una debole cornice nazionale.

Ma se nella sanità pubblica una simile impostazione potrebbe segnare più di una negatività a cominciare ad esempio dal tentativo di operare un ridimensionamento delle rappresentanze nazionali mediche, nell'ospedalità privata la stessa impostazione rischia di accelerare e favorire l'ingresso nelle case di cura di quella pluralità di rappresentanze cui a livello centrale si oppone Aioip (l'organizzazione cui aderiscono la maggior parte delle case di cura accreditate) ed Aris (la rappresentanza degli istituti sanitari religiosi), fino ad oggi assai impegnati nel tentativo (peraltro fin qui riuscito) di trattare con una sola organizzazione medica per volta, a seconda del tipo di contratto da discutere.

A livello periferico, infatti, diverrebbe difficile "ignorare" le Rappresentanze sindacali mediche locali.

Perché anche il vincolo della ammissione alle trattative periferiche riservata ai firmatari del contratto o degli accordi nazionali, peraltro assai poco applicati, sarebbe in ogni caso superato dall'impostazione devoluzionistica.

Ciò che potrebbe sbloccare alla base quanto da tempo è bloccato al vertice.

In altre parole un possibile passo indietro per i medici ospedalieri delle strutture pubbliche, potrebbe risultare un vantaggio per i medici del privato accreditato.

Fabio Florianello

MEDICI IN PENSIONE

A quando la pensione definitiva?

L'Inpdap, l'istituto di previdenza dei dipendenti pubblici, nel cui ambito è confluita la Cassa per la pensione dei sanitari, dipendenti dal Ssn (Cps) sta cercando di organizzarsi per snellire le procedure per il pagamento della pensione definitiva. Oggi i medici che cessano dal servizio devono attendere anni ed anni, per la pensione definitiva. Tant'è che l'arretrato complessivo dall'ente si aggira, oggi, sulle trecentoventi mila pratiche. Si tratta appunto di ritardi che interessano le trasformazioni delle pensioni dei pubblici dipendenti da provvisoria a definitiva. Nell'ordinamento provvisorio pubblico la pensione provvisoria viene liquidata, nei tempi brevi, un mese circa, nella misura di circa il 90% per cento di quella definitiva, e calcolata sugli importi segnalati dalla amministrazione di appartenenza. Solo successivamente arriva il trattamento definitivo.

Anche l'Inpdap corre ai ripari contro i maxiritardi che sono all'ordine del giorno nelle liquidazioni dei trattamenti pensionistici. Ogni ente previdenziale cerca di ovviare all'inconveniente: l'Inps (per il settore privato) ha escogitato la formula della "pensione subito" raggiungendo così qualche risultato apprezzabile sul piano delle prime liquidazioni delle pensioni di vecchiaia. Non si può dire la stessa cosa per le liquidazio-

ni dei supplementi e per le ricostituzioni delle pensioni, per i quali si registrano invece ritardi quantificabili in diversi anni.

Ora l'Istituto nazionale di previdenza per i dipendenti dell'amministrazione pubblica (Inpdap), il polo previdenziale del settore pubblico, si sta organizzando per snellire le procedure in vista del pagamento tempestivo della pensione definitiva. Oggi i dipendenti pubblici che cessano dal servizio devono attendere anni e anni per la pensione definitiva. Tant'è che l'arretrato si aggira intorno alle 320 mila pratiche (120 mila per enti locali e scuola e almeno 200 mila per le amministrazioni statali cioè ministeriali e militari). Naturalmente, si tratta di ritardi che interessano la trasformazione delle pensioni dei pubblici dipendenti da provvisoria a definitiva. Nell'ordinamento previdenziale pubblico esiste, infatti, a differenza degli altri ordinamenti (Inps, Inpdap e così via), questa caratteristica: la pensione provvisoria viene liquidata, in tempi ragionevoli, nella misura di circa il 90% di quella corrispondente alla definitiva e solo successivamente arrivava il trattamento definitivo.

Vediamo come funziona il duplice calcolo (provvisorio e definitivo) delle pensioni pubbliche. L'Inpdap provvede direttamente al calcolo definitivo delle pensioni sulla scor-

ta della documentazione che riceve dai datori di lavoro. I provvedimenti con il calcolo definitivo della pensione transitano poi da un apposito Centro dell'Inpdap cui spetta il completamento della procedura di calcolo con l'attribuzione delle detrazioni fiscali dei trattamenti di famiglia e delle modalità di pagamento. Tra la comunicazione del provvedimento del calcolo definitivo della pensione e il pagamento trascorre un determinato lasso di tempo. Si tratta di una serie di tempi morti – (fa notare l'Inpdap) – destinati a essere eliminati soprattutto con la costruzione della banca dati unificata e l'introduzione di un nuovo sistema informativo finalizzato all'unificazione di tutte le procedure. Vale la pena esaminare alcuni aspetti interessanti della normativa Inpdap legati alla materia pensionistica. Il calcolo a due vie (provvisorio e definitivo) può comportare anche dei debiti derivanti dal conguaglio tra la pensione provvisoria assegnata dagli enti-datori di lavoro e quella definitiva liquidata dalle strutture periferiche dall'Inpdap. In proposito è emerso che i provvedimenti di addebito emessi dalle sedi periferiche dell'Inpdap non sono sufficientemente chiari e motivati. In altri termini, da questi provvedimenti non derivano in modo inequivocabile, i presupposti di fatto e di diritto in base ai quali l'im-

porto della pensione definitiva è risultato inferiore a quello della pensione provvisoria precedentemente liquidata.

Non va dimenticato che i criteri seguiti dalla pubblica amministrazione devono essere improntati al buon andamento dell'azione amministrativa alla trasparenza e alla possibilità di eliminazione di qualsiasi eventuale possibile "contenzioso". Questo comporta che le sedi Inpdap devono preoccuparsi di motivare i provvedimenti in un debito pensionistico, in modo dettagliato e completo. D'altra parte la motivazione gioca un ruolo fondamentale nel provvedimento tant'è che l'obbligo di motivazione dei provvedimenti amministrativi viene espressamente sancito dall'articolo 3 della legge sulla trasparenza degli atti amministrativi (241/90). La materia dei debiti scaturenti dal conguaglio tra la pensione provvisoria e quella definitiva è regolata dall'articolo 8 del Dpr 538/86 (circolare attuativa 614 del 22 aprile 1987 del ministero del Tesoro, Direzione generale degli istituti di previdenza). Questa norma stabilisce che, al di fuori dell'ipotesi di fatto doloso dell'interessato, l'ente responsabile della comunicazione deve rifondere le somme indebitamente corrisposte, salvo rivalsa verso l'interessato medesimo.

Claudio Testuzza

segue dalla prima

RIFORMA E CONTRATTO

menti partitici, e che ha suscitato consensi più o meno espliciti anche in molti ambienti dell'attuale maggioranza di Governo, ci ha permesso di esprimere un'azione politica efficace senza ricorrere a strumenti di protesta estremi sempre difficili da applicare e mai desiderabili nel mondo della sanità.

Non illudiamoci però. I nemici del Servizio sanitario nazionale, o meglio le lobbies politico finanziarie che prescindono dall'interesse comune e pensano soltanto a ritagliarsi corposi vantaggi di settore, non demorderanno. È troppo appetibile il mondo della sanità che assorbe più di 140 mila miliardi delle vecchie lire, per esser lasciato in pace. La finanziaria, il cui testo sarà noto alla fine di settembre sarà uno dei banchi di prova. Noi non allenteremo l'attenzione e vigileremo affinché le somme derivanti dai contributi fiscali e destinate al sistema sanitario siano spese il più efficacemente possibile nell'interesse generale.

Altro elemento di grande interesse è che, finalmente, in seguito alle reiterate pressioni della categoria, si sta per aprire la stagione del rinnovo contrattuale. Conclusa alla fine di luglio la trattativa sulle code contrattuali, che ci ha portato al recupero dello 0,92% del monte salari, come differenziale inflattivo relativo al 2001, il Comitato di settore sta per firmare l'atto che contiene le indicazioni per l'Aran per il rinnovo del contratto. Preliminare all'avvio delle trattative deve esserci, però, il chiarimento sull'impegno del Governo ad onorare nella finanziaria quanto pattuito nel febbraio ultimo scorso e cioè un incremento dello 0,99% del monte salari.

Anche la nostra Associazione condivide, inoltre, l'opinione universale del mondo sindacale e gli ultimi dati sulla inflazione attestati sul 2,6% rendono impossibile accettare per i rinnovi un'inflazione programmata all'1,4%.

A parte i problemi relativi all'entità degli incrementi salariali, il nuovo contratto, una volta ridotta la preoccupazione del cambiamento del quadro di riferimento generale, dovrà essere l'occasione per affrontare molti dei problemi che affliggono ancora la categoria:

- dalla possibilità di introdurre con intelligenza una maggiore duttilità nel rapporto di lavoro, senza stravolgere quanto di buono per noi e per i cittadini era stato precedentemente deciso, alla eliminazione delle penalizzazioni per chi svolge la stessa quantità di lavoro;
- dalla semplificazione del sistema delle verifiche, alla rivisitazione dei modi del conferimento degli incarichi;
- dal miglioramento delle condizioni di lavoro, con maggiore attenzione per le situazioni di forte disagio, alle guardie, alle reperibilità, all'obsolescenza.

Certo il contratto di lavoro non sarà il libro su cui potremo scrivere tutto quello che vogliamo, ma sarà comunque la sede in cui le pattuizioni a cui giungeremo rappresenteranno la massima espressione delle nostre tendenzialità.

Serafino Zucchelli

Osservatorio Anaa Assomed contro il mobbing dei medici del Ssn

È stata definita una "patologia sociale dilagante" e genera una sindrome complessa, causa del 15% dei suicidi nel nostro Paese, oltre che ben più numerosi e costosi problemi in termini produttivi, sociali e sanitari. È la sindrome di chi viene fatto oggetto di "mobbing".

Il termine, mutuato dall'inglese, definisce una strategia di "accerchiamento", messa in atto da direttori, capo ufficio, responsabili o colleghi, ai danni di un qualsivoglia impiegato di un'azienda e attraverso un progressivo processo di demansionamento e dequalificazione del lavoro svolto. Il mobbing viene sempre esercitato su una vittima designata, sgradita per i motivi più disparati, che viene costretta in condizione di debolezza, e aggredita, più o meno palesemente, da una o più persone in modo sistematico e per un tempo prolungato, con lo scopo e/o la conseguenza di estrometterla.

Un campo in cui queste forme di demansionamento e dequalificazione sono purtroppo frequenti, è quello della medicina, soprattutto in ambito ospedaliero, dove le dinamiche interpersonali e la ricerca di spazi di carriera, non disgiunte da regole e comportamenti arcaici nell'organizzazione del lavoro, favoriscono il fenomeno.

Proprio in considerazione dell'ampia presenza del mobbing all'interno del sistema sanitario nazionale, l'Anaa Assomed si appresta ad istituire un "osservatorio" per monitorare la situazione e per fornire supporto di consulenza giuridica, patrimoniale, medico-legale e psicologica, ai medici vittime del fenomeno.

Nonostante le più recenti normative di riforma del rapporto della dirigenza medica, i ruoli e i rapporti all'interno delle strutture ospedaliere tendono a mantenere intatti tutti i rapporti gerarchici vecchio stile. All'interno delle strutture ospedaliere il "primariato" (termine non più ufficiale ma ancora in uso) rappresenta ancora l'unica maniera di realizzare una piena autonomia professionale, e concentra nelle sue mani anche tutte le possibilità di un soddisfacente sviluppo professionale delle altre figure mediche ad esso legato. Questo è vero soprattutto per chi svolge la propria professione in una specialità chirurgica, laddove le chances di carriera sono, in buona parte, legate alla mole ed alla qualità della casistica operatoria. C'è un atteggiamento molto conservatore, condiviso da amministratori, cittadini e molti dirigenti di strutture complesse, che identifica nel "primario" l'unico componente del-

la struttura cui sia richiesto il "saper fare" necessario al funzionamento; per questo non è motivo di allarme il fatto che ai collaboratori spesso, non venga consentito alcun progresso nel loro "saper fare". Nell'ambito di un'aziendalizzazione del Ssn, è anomalo che attività strategiche per la struttura vengano fatte ruotare attorno ad un singolo professionista.

Tutto ciò è il frutto di una politica miope della formazione e dell'organizzazione. Questi fenomeni sono intimamente connessi con la massa dei singoli professionisti che vedono impedito un normale sviluppo professionale.

Questo comportamento conservatore si ripercuote sia sui medici, impediti nel loro sviluppo professionale e culturale, sia sul cittadino, che viene privato di competenze preziose nella cura della sua salute.

In alcuni casi, non esiste neppure una consapevolezza, da parte dei medici dequalificati, della loro situazione; nella maggior parte dei casi non si riesce ad uscire da una situazione così ristretta. In altri casi, i responsabili della struttura e dell'Azienda riescono ad attuare il controllo della situazione, attraverso la litigiosità interna ai collaboratori subordinati.

A questi casi debbono essere anche aggiunti quelli relativi a direttori di struttura complessa, i quali in seguito a decisioni ingiustificate del Direttore Generale, vengono destinati a compiti di livello inferiore al precedente.

Per quanto riguarda il medico, che subisce una dequalificazione professionale ed una perdita di chances per la propria carriera, esistono attualmente ampi margini giurisdizionali di tutela e di risarcimento.

Specialmente dopo l'uscita della sentenza delle sezioni unite della Corte di Cassazione, (n. 500/1999), che equipara la lesione di un interesse legittimo a quello di lesione di un diritto soggettivo, rendendolo quindi ugualmente risarcibile, la strada del risarcimento equitativo per lesione della propria professionalità, dei conseguenti danni patrimoniali, della perdita di chances e, laddove presente, del danno biologico, le sentenze favorevoli sono numerose.

Di riflesso, la condanna delle Amministrazioni e dei responsabili a risarcire il danno rappresenta sicuramente un ottimo deterrente, purché sufficientemente noto, a modificare tale comportamento. Con conseguente beneficio del cittadino.

segue da pagina 11

LA "DISSOCIAZIONE ISTITUZIONALE"

Formazione quadri Sindacali 2002

Prosegue anche nel 2002 – dopo la valida e utile esperienza dei corsi organizzati nel 2001 – l'attività formativa riservata ai quadri dirigenti dell'Anaa Assomed. Il programma, in fase di definizione, prevede l'organizzazione di tre corsi, suddivisi per aree geografiche, che si svolgeranno tra la fine di novembre e l'inizio di dicembre.

L'argomento prescelto riguarda la valorizzazione delle risorse professionali come strumento per una gestione efficace ed efficiente delle aziende sanitarie.

Le informazioni sulle modalità di partecipazione e il programma definitivo saranno disponibili sul sito dell'Associazione www.anaao.it nella sezione "Corsi di formazione". Sempre in questo spazio, al termine dei corsi, verranno pubblicati i testi delle relazioni riservate solo agli iscritti all'Associazione.

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 Andron, Piero Ciccarelli, Antonio Delvino, Mario Lavecchia

Su questo numero:

Eva Antoniotti, Cesare Fassari, Fabio Florianello, Maria Gullo, Domenico Iscaro, Elisa Pettinelli, Claudio Testuzza

Segreteria di redazione: **Arianna Alberti**

Progetto grafico e impaginazione: **Giordano Anzellotti, Giorgio Rufini**

Abbonamento annuo € 20,66 - Prezzo singola copia € 2,50

Editore

Italpromo Esis Publishing

Via del Commercio 36, 00154 Roma - Telefono 065729981 - fax 0657299821/2

Registrazione al Tribunale di Milano n. 182/2002 del 25.3.2002

Diritto alla riservatezza: "Dirigenza Medica"

garantisce la massima riservatezza dei dati forniti dagli abbonati nel rispetto della legge 675/96

Stampa: Tecnostampa srl - via Le Brece 60025 Loreto (An)

Finito di stampare nel mese di novembre