

# 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

### GIÙ LE MANI DALLE PENSIONI

di **Serafino Zucchelli**

Le ripetute e contraddittorie dichiarazioni di ministri del Governo in carica e di esponenti dei partiti della maggioranza in questa fase di preparazione della legge finanziaria sono state superate dalla presa di posizione del Presidente del Consiglio nel recente discorso tenuto a Bari alla Fiera del Levante. L'Europa ed il bilancio degli enti previdenziali esigono, a detta del Presidente, interventi di tipo strutturale.

La perentorietà di una simile affermazione ci costringe ad assumere un atteggiamento fermo e deciso: attenzione, le pensioni dei medici non si toccano! Diciamo questo non per arroganza o per egoismo categoriale, ma perché pretendiamo il rispetto delle regole e del principio di equità.

Da più di trent'anni i medici dipendenti hanno versato alla propria cassa pensione sanitaria contributi in percentuale del proprio stipendio superiore a quella degli altri lavoratori, assicurando alla CPS condizioni di bilancio floride (circa 1000 miliardi di vecchie lire di attivo-anno negli ultimi anni di vita autonoma), sì da permettere la erogazione delle prestazioni pensionistiche senza problemi.

Durante la riforma del 1996 per senso di responsabilità e di solidarietà nei confronti di altre categorie di cittadini, abbiamo accettato, senza erigere le barricate, una riduzione dei nostri livelli pensionistici e soprattutto la perdita dell'autonomia della nostra cassa pensioni che è confluita nell'Inpdap, contribuendo con i nostri attivi a risanare le passività di altre categorie. Forti di questo atteggiamento responsabile non siamo disposti ad accettare un ulteriore peggioramento del nostro assetto previdenziale ed in particolare non accettiamo, vista la peculiarità del nostro sistema retributivo, la ventilata possibilità di accelerare la equiparazione del sistema pubblico a quello privato. Ciò che sembra apparentemente equo produrrebbe in realtà una grave ingiustizia.

Quanto fin qui detto è indispensabile per difendere con chiarezza i legittimi interessi dei medici che nel 1996 avevano più di 18 anni di contribuzione (compresi gli anni riscattati) e quindi sono rimasti col sistema retributivo.

Per coloro che invece all'epoca avevano meno di 18 anni di contributi o che sono stati assunti dal 1 gennaio 1996 e che sono ora in regime previdenziale contributivo, come più volte abbiamo detto, si impone la necessità di ricorrere a fondi integrativi volontari per incrementare livelli pensionistici che per i neo assunti si prevedono, a fine carriera, non più alti del 50% dell'ultimo stipendio. Tra le varie possibilità oggi esistenti di creare una pensione integrativa: ricorso individuale a fondi bancari o assicurativi, creazione di un fondo categoriale chiuso, c'è anche quella di dar vita ad un fondo di categoria contrattuale (come hanno già fatto gli insegnanti, i metalmeccanici e altri ancora). Stiamo studiando i vantaggi e gli svantaggi di una tale ipotesi che sarebbe comunque volontaria.

Se le convenienze risulteranno evidenti sottoporremo agli organi associativi tale possibilità. In caso di gradimento porremo la questione sul tavolo della prossima trattativa contrattuale.

## L'ASSR PUBBLICA IL PRIMO MONITORAGGIO SUI LEA: COSTI E PRESTAZIONI REGIONE PER REGIONE

### Adesso si cominciano a fare i conti

Il 24 luglio scorso è stata approvata dalla Conferenza Stato-Regioni la Relazione sui costi del Livelli essenziali di assistenza (Lea). Questo lavoro prodotto dall'Agenzia per i servizi sanitari regionali di concerto con le Regioni è importante poiché è la prima rilevazione dei dati riguardanti le tipologie delle prestazioni erogate con relativi costi (per l'anno 2001) nell'ambito della prevenzione, dell'assistenza territoriale e ospedaliera.

“La rilevazione – si legge nel documento – ha avuto carattere sperimentale tenuto conto che il flusso informativo del Ministero della salute non poteva fornire i dati che il Tavolo di monitoraggio dei Lea ha deciso di rilevare, in quanto in corso di adeguamento ai Livelli Essenziali di Assistenza adottati con il Dpcm del 29 novembre 2001”.

Il lavoro è stato particolarmente complesso visto che per la prima volta venivano richiesti alle Regioni, che hanno partecipato attivamente, dati non presenti nei flussi attuali e ciò ha fatto emergere elementi di lacunosità e criticità nell'acquisizione dei dati, oltre ad una variabilità tra le Regioni stesse, a testimonianza di una diversa modalità di informazione che le

Regioni sono impegnate a ridurre. “Ciò evidenzia – secondo la relazione – la necessità di omogeneizzare le tipologie dei servizi e delle prestazioni oggetto di rilevazione”.

Il Tavolo di monitoraggio dei Livelli essenziali di assistenza, di cui fanno parte Regioni, ministero dell'Economia e ministero della Salute, ha inteso presentare questo lavoro come un contributo di studio e di ricerca al dibattito in corso sulla congruità dei costi dei Lea. Lo studio dovrà portare verso “l'individuazione di un set di indicatori da utilizzare all'interno del sistema di monitoraggio per stabilire anche il sistema di regole da rispettare a garanzia dei Lea”.

#### Lo studio

L'analisi dei costi, che come detto ha riguardato l'anno 2001 e per questo motivo le cifre sono espresse in lire, ha interessato 18 Regioni, rappresentative dell'89,95% della popolazione italiana (mancano all'appello Molise, Sicilia, e della Provincia Autonoma di Bolzano che non hanno trasmesso i dati).

PAGINE 2-3 E 4

## REGIONI

*Dove il federalismo è già realtà: le province autonome di Trento e Bolzano a cui questo numero dedica un approfondimento*

PAGINE 8-9

## RELAZIONE STATO SANITARIO 2001/2002

*11 mesi di vita in più. È quanto hanno guadagnato gli italiani dal 1999 al 2002 secondo l'ultima Relazione sullo Stato sanitario del Paese. Si muore meno per le malattie cardiovascolari e per tumore.*

*Ma non per questo gli aggiustamenti al sistema restano meno eludibili. Nella top list la lotta agli sprechi: l'appropriatezza delle prestazioni, soprattutto in ambito ospedaliero*

PAGINA 10-11

## CORSI DI FORMAZIONE QUADRI

### EVENTI ECM

Il Corso di formazione per quadri sindacali del 19 e 20 settembre a Catania, organizzato dalla Fondazione “Pietro Paci” e dal Centro Studi Anaao Assomed è stato accreditato per 12 punti Ecm.

Una vecchia idea, nata nell'Anaao Assomed e portata tenacemente avanti nel corso degli anni, ha visto il riconoscimento da parte della Commissione nazionale Ecm.

L'idea è che tutti i dirigenti medici devono avere nel proprio bagaglio culturale precise conoscenze in ambito organizzativo-gestionale e specificatamente contrattuale.

E se si parla di contratto e di organizzazione siamo in grado di esprimere autorevolmente il nostro punto di vista, cogliendo l'occasione per confrontarci con esperti di chiara fama.

Quella di Catania è la quinta esperienza formativa organizzata dall'Anaao Assomed e rivolta ai quadri sindacali. Abbiamo via via migliorato il programma e l'organizzazione; proseguiamo con il corso che sarà tenuto a Novembre nelle Marche e, forti del riconoscimento Ecm, offriremo analoghi momenti di formazione ad un numero sempre maggiore di iscritti. **Antonio Delvino**

www.anaao.it

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

Chiedi la  
PASSWORD  
d'accesso

**ANA AO ASSOMED**  
ASSOCIAZIONE MEDICI DIRIGENTI

IL MONITORAGGIO DELL'AGENZIA PER I SERVIZI SANITARI REGIONALI

# I conti dei Lea regione per regione

Il Tavolo di monitoraggio ha concluso il primo studio sui costi dei Livelli essenziali di assistenza. Prevenzione, Assistenza territoriale e Assistenza ospedaliera, il complesso delle attività in cui si articola il Servizio sanitario nazionale, sono state poste al centro dell'analisi economica. La regione che spende di più per la salute dei cittadini (quota pro-capite) la Valle d'Aosta, quella che spende di meno la Puglia. L'assistenza ospedaliera assorbe ancora la percentuale maggiore della spesa sanitaria, 48,07%, anche se le indicazioni scaturite dall'accordo sui Lea fanno prevedere che il livello di spesa dovrebbe scendere attestandosi intorno al 45%

di Stefano Simoni

segue dalla prima

Come detto l'importanza dello studio risiede nel fatto che per la prima volta è possibile conoscere la spesa per i singoli livelli di assistenza e conseguentemente sapere quale Regione spende di più e quale di meno per la salute dei cittadini. Entrando nello specifico della spesa (vedi tabella a pag. 4), la media nazionale pro-capite è 2.664.024 lire, la Regione più esosa la Valle d'Aosta con 3.111.985 lire seguita dalla Provincia di Trento con poco più di 3 milioni, Liguria (2.834.040 lire) e Piemonte (2.722.598 lire). Al polo opposto tra le Regioni che spendono di me-

no emerge la Puglia con 2.391.153 lire, poi la Basilicata (2.438.208 lire), la Lombardia (2508337 lire) e l'Umbria (2574513 lire).

### La prevenzione

L'assistenza sanitaria collettiva in ambiente di vita e lavoro è il primo livello dell'analisi e comprende diverse aree di assistenza: attività d'igiene e sanità pubblica; Agenzia Regionale per l'Ambiente; servizi d'igiene degli alimenti e della nutrizione; prevenzione e sicurezza degli ambienti di lavoro; sanità pubblica veterinaria; attività di prevenzione rivolte alla persona; servizio medico legale.

Dalla relazione del tavolo di monitoraggio emerge che "Il valore medio rilevato del costo del livello è pari al 4,32% dei costi complessivi, corrispondente ad un costo medio pro-capite di lire 115.176. Al riguardo - si evidenzia come - dodici Regioni presentano nel 2001 valori superiori al 4%, di cui 4 (Valle d'Aosta, Umbria, Basilicata e Sardegna) presentano valori superiori al 5% (di quest'ultime, due Regioni, presentano valori elevati per gli alti costi della sanità veterinaria e dell'Agenzia Regionale per l'Ambiente)". È comunque da notare che "il valore medio rilevato del 4,32% è sicuramente sottostimato per la difficoltà da parte di

alcune Regioni a determinare i costi relativi alle attività di prevenzione rivolte alla persona e al servizio medico legale".

La regione che spende di meno per la prevenzione è il Friuli Venezia Giulia con 75.161 lire, mentre chi spende di più è la Valle d'Aosta che per ogni cittadino, nel 2001, ha affrontato un costo di 187.633 lire.

### Il territorio

L'assistenza distrettuale rappresenta il secondo livello dopo la prevenzione e al suo interno sono presenti diverse ed importanti aree di assistenza. Vediamo quali: attività di emergenza sa-

## Indicatori di costo, di attività e di struttura per l'assistenza ospedaliera - Anno 2001

Livelli di Assistenza	Indicatori	Regioni Media	Piemonte	Valle D'Aosta	Lombardia	Bolzano	Trento	Veneto	Friuli Ven.Giulia	Liguria	Emilia Romagna	Toscana	Umbria	Marche	Lazio
<b>C ASSISTENZA OSPEDALIERA</b>															
	Posti letto acuti D.O. per 1.000 abitanti	4,13	3,55	-	4,57	-	3,76	3,88	4,44	4,51	4,14	4,16	3,33	4,45	3,98
	Posti letto acuti per D.H. per 1.000 abitanti	0,38	0,45	-	0,41	-	0,31	0,44	0,44	0,49	0,47	0,45	0,53	0,37	0,49
	Posti letto di riabilitazione D.O. per 1.000 abitanti	0,51	1,02	-	0,56	-	0,70	0,54	0,25	0,19	0,29	0,30	0,09	0,35	0,96
	Posti letto di riabilitazione D.H. per 1.000 abitanti	0,03	0,02	-	0,04	-	0,15	0,03	0,01	0,01	0,03	0,02	0,02	0,003	0,06
	Tasso di utilizzo	78,62	77,34	-	-	-	92,23	84,39	69,29	-	82,81	74,30	87,52	79,18	80,66
	Tasso di ospedalizzazione complessivo	217,04	191,58	208,49	216,74	-	206,26	208,76	185,64	247,44	212,63	196,03	237,59	219,43	210,09
	Tasso di ospedalizzazione per D.O.	-	128,90	139,27	138,87	-	143,40	139,07	122,21	154,46	129,23	132,10	136,07	152,89	-
	Tasso di ospedalizzazione per D.H.	-	51,13	55,81	53,06	-	46,64	56,53	39,73	72,26	62,98	48,85	75,57	49,79	-
	Tasso di ospedalizzazione per degenze 0-1 giorno	-	11,55	13,42	24,81	-	16,22	13,16	23,70	20,73	20,42	15,09	25,95	16,75	-
	Degenza media	8,03	9,36	8,90	-	-	8,82	8,74	7,70	-	8,47	7,53	6,47	8,90	8,93
	Costo medio per dimesso	5.667.910	6.275.594	7.703.006	5.121.921	-	5.970.883	6.149.607	7.083.195	5.231.091	5.415.443	5.741.934	5.098.379	5.665.169	5.690.262
	Costo medio per posto letto	245.274.453	233.654.099	-	197.347.469	-	254.383.872	262.220.133	262.880.057	254.380.015	227.909.514	241.871.487	304.729.257	236.870.448	222.821.352
	Costo medio per giornata di degenza	891.919	827.719	1.047.333	-	-	755.662	851.328	1.039.435	-	754.050	891.911	953.900	819.650	756.860
	Peso medio del ricovero dei bambini	0,64	0,60	0,52	-	-	-	-	0,62	0,74	0,83	0,67	0,60	0,60	0,72
	Peso medio del ricovero degli anziani	1,22	1,32	1,31	-	-	-	-	1,08	1,12	1,15	1,35	1,40	1,31	1,28
	Saldo mobilità	-	-1,83	-10,11	5,45	-	-	6,18	2,42	1,97	6,39	5,04	3,15	-1,25	2,19

Note:

- 1: Alcune Regioni non hanno fornito il dato richiesto.
- 2: Per la regione Valle d'Aosta nel numero degli utenti assistiti ADI e ADP è compresa anche l'attività infermieristica a domicilio.
- 3: Per la regione Abruzzo i posti letto sono comprensivi anche di quelli della riabilitazione.
- 4: Per la regione Veneto il numero di utenti del microlivello "assistenza territoriale presso Sert, consultori, ecc" comprende anche gli utenti dell'assistenza semiresidenziale.
- 5: I dati della Provincia Autonoma di Bolzano, della Regione Molise e della Regione Siciliana non sono pervenuti.
- 6: I valori economici sono espressi in lire

nitaria, assistenza farmaceutica, assistenza integrativa, assistenza specialistica ambulatoriale, assistenza protesica, assistenza territoriale ambulatoriale e domiciliare, assistenza territoriale semiresidenziale, assistenza territoriale residenziale, assistenza termale, assistenza penitenziaria. Il valore medio del costo dell'assistenza distrettuale assorbe il 47,60 per cento dei costi complessivi, corrispondente ad un costo medio pro-capite di 1.268.163 lire. L'analisi dei dati riferiti al territorio, nel suo complesso, presenta un andamento piuttosto omogeneo. Secondo lo studio infatti "Nell'assistenza di base non si riscontrano sostanziali differenze tra i costi registrati nelle attività di medicina generale e pediatria delle diverse regioni, in quanto tali aree sono omogeneamente remunerate secondo quanto previsto dalla convenzione nazionale. Alcune limitate variazioni dipendono dal diverso rapporto esistente tra numero di medici e popolazione assistita che influenza alcuni costi variabili e dal numero di prestazioni aggiuntive erogate, in base a previsioni contenute nella disciplina nazionale, regionale e aziendale".

Maggiori differenze sono riscontrabili per quanto riguarda l'attività di guardia medica se consideriamo il rapporto fra numero di medici e popolazione servita ed al relativo costo pro-capite, ed è legata presumibilmente alle particolari caratteristiche del territorio considerato e quindi alla conseguente diversa organizzazione del servizio. Il costo medio pro-capite dell'assistenza di base è pari a 157.231 lire.

Diverso il discorso per l'assistenza farmaceutica che presenta valori molto differenziati. "A fronte di un costo medio pro-capite di 401.256 lire - si può leggere nella relazione - si registra una forbice che va da 301.159 lire della Provincia di Trento a 489.635 lire della Liguria. Ovviamente i costi dell'assistenza farmaceutica han-

no una diretta correlazione con la struttura della popolazione e, in particolare, con i maggiori consumi della popolazione anziana e, pertanto, il costo medio pro-capite sarebbe risultato più significativo se si fosse utilizzata la popolazione pesata. Si deve, inoltre, far presente che i costi, per la maggior parte delle Regioni, sono comprensivi anche di quelli relativi alla distribuzione diretta dei farmaci".

Forte la variabilità nei valori regionali anche per l'assistenza specialistica. Qui le differenze sono attribuibili ad oggettive difficoltà nella quantificazione dei costi complessivi e nella determinazione del numero di prestazioni. Il costo medio pro-capite è di 314.390 lire, il top della spesa è raggiunto dalla Provincia di Trento 414.747 lire, viceversa il minimo (198.620 lire) spetta alla Puglia. Per le aree dell'assistenza territoriale ambulatoriale e domiciliare, semi-residenziale e residenziale va posto in particolare evidenza il più alto grado di variabilità dei dati. In questo settore la disomogeneità è frutto dell'effetto delle politiche di integrazione socio-sanitaria che vedono le Regioni presentare situazioni molto diversificate.

Nello specifico, per l'assistenza territoriale ambulatoriale e domiciliare (assistenza domiciliare, assistenza riabilitativa ambulatoriale e domiciliare, assistenza territoriale ai tossicodipendenti, ai disabili psichiatrici, attività dei consultori) il costo medio pro-capite è di 112.783 lire. Per l'assistenza semiresidenziale (a favore di: anziani non autosufficienti, soggetti con problemi psichiatrici, disabili, tossicodipendenti, malati terminali e persone affette da Aids) il costo-procapite è 70.715 lire.

Per l'assistenza residenziale il costo medio pro-capite è di 142.115 lire, con un minimo di 64.641 lire per la Calabria ed un massimo di 395.942 lire per la Provincia di Trento.

La Relazione sui costi dei Lea fa osservare come

"l'elevata variabilità richiede valutazioni più approfondite su ciò che viene erogato nel livello, anche in considerazione che la residenzialità, particolarmente per gli anziani, diventa di estrema e basilare importanza per raggiungere l'obiettivo delle deospedalizzazione improprie".

**L'ospedale**

Terzo ed ultimo livello è quello dell'assistenza ospedaliera (vedi tabella in queste pagine). Il primo dato che emerge con forza è che l'ospedale assorbe ancora la percentuale maggiore della spesa sanitaria. Infatti, l'incidenza media sul totale dei costi è pari al 48,07%, con un minimo di 43,83% (Emilia Romagna) e un massimo di 53,81% (Valle d'Aosta) e un costo pro-capite medio del livello dell'assistenza ospedaliera di 1.280.686 lire. Entrando nel dettaglio solo due Regioni (Emilia Romagna e Toscana) presentano una incidenza inferiore al 45% (rispettivamente 43,8%, e 44,4%), tre Regioni (Liguria, Marche e Umbria) hanno una incidenza di poco superiore. Delle rimanenti, cinque Regioni (Valle d'Aosta, P.A. Trento, Lazio, Abruzzo e Calabria) presentano una incidenza superiore al 50%.

**Posti letto**

I dati relativi ai posti letto sono stati forniti da 17 Regioni (manca la Valle d'Aosta); la Regione Abruzzo ha comunicato il numero di posti letto per il regime ordinario e di day hospital, senza distinguere tra acuti e riabilitazione. "La normativa vigente - si legge nel documento - prevede una dotazione di posti letto non superiore a cinque per 1000 abitanti, di cui almeno uno di riabilitazione e lungodegenza post-acuzie, indicando una riserva di almeno il 10% dei posti letto per le attività di day hospital. Nel

*segue a pagina 4*

**MAZZELLA FIRMA DUE DECRETI PER LE ASSUNZIONI NELLA SANITÀ**

Il ministro della Funzione Pubblica, Luigi Mazzella, ha firmato, venerdì 12 settembre, due decreti contenenti i criteri e i limiti per le assunzioni a tempo indeterminato nel 2003. I provvedimenti sono già stati trasmessi alla Corte dei Conti e, dopo la pubblicazione sulla Gazzetta Ufficiale, le amministrazioni potranno procedere alle assunzioni. Un decreto interessa le regioni e gli enti del servizio sanitario nazionale; l'altro comuni, province e gli altri enti locali.

**Regioni ed enti del Ssn**

Per le Regioni si prevede la possibilità di assumere personale nei limiti della spesa annua lorda corrispondente al 50% delle cessazioni dal servizio che si sono verificate nel 2002 nonché la possibilità di determinare gli indirizzi generali ed applicativi relativi sempre alle assunzioni per i rispettivi enti strumentali o dipendenti delle stesse regioni. Stessi criteri sono individuati per le Asl, le quali, comunque, devono rispettare i limiti delle risorse finanziarie previste nell'accordo tra Governo, regioni e province autonome dell'8 agosto 2001. Compatibilmente con gli obiettivi di finanza pubblica e con quelli del Patto di stabilità.

**Comuni e province**

Per i comuni e le province la possibilità di assumere dipende dalla classe demografica d'appartenenza individuata. Per i comuni e le province, rispettivamente con popolazioni superiori a 65.000 e 2.000.000 abitanti, si stabilisce che possono procedere ad assumere personale entro percentuali non superiori ai limiti della spesa annua lorda corrispondente al 48% delle cessazioni dal servizio del 2002. Per i comuni e le province con popolazioni inferiori a 65.000 e 2000.000 abitanti il limite è del 50% delle cessazioni dal servizio nel 2002 tenuto conto della classe demografica di appartenenza, dell'incidenza della spesa sulle entrate correnti e della tipologia di servizi.

I Comuni e le Province rispettivamente con popolazione fino a 10.000 e 299.999 abitanti, possono assumere personale applicando specifici parametri che tengono conto della classe demografica di appartenenza, dell'incidenza della spesa sulle entrate correnti e della tipologia di servizi da garantire.

Gli stessi decreti affrontano anche il tema delle dotazioni organiche, definendo l'ambito applicativo delle disposizioni relative alla rideterminazione degli organici. Per le regioni la rideterminazione delle dotazioni organiche definitive possono tenere conto dei posti istituiti tra il 29 settembre e il 31 dicembre 2002, esclusivamente per l'esercizio di funzioni trasferite dallo Stato alle Regioni. Per gli enti del servizio sanitario nazionale la rideterminazione deve tenere conto prioritariamente delle risorse umane necessarie ad erogare le prestazioni dei livelli essenziali di assistenza (Lea), fermo restando il numero complessivo dei posti di organico al 29 settembre 2002 in tutte le strutture sanitarie della regione. Esclusi, in particolare, dagli adempimenti previsti dalla rideterminazione degli organici gli enti terremotati e quelli colpiti da calamità naturali; gli enti in dissesto finanziario e le unioni di comuni e le comunità montane.

I decreti recepiscono l'accordo raggiunto dalla Conferenza Unificata lo scorso giugno.

	Abruzzo	Molise	Campania	Puglia	Basilicata	Calabria	Sicilia	Sardegna
	5,60	-	3,32	4,21	4,19	4,30	-	5,11
	0,06	-	0,18	0,29	0,22	0,43	-	0,03
	-	-	0,53	0,11	-	0,43	-	0,10
	-	-	-	0,01	-	-	-	-
	86,16	-	73,04	73,94	69,72	-	-	-
	-	-	223,66	240,38	229,60	-	-	225,35
	-	-	147,58	174,42	161,38	-	-	139,64
	-	-	44,03	42,11	47,29	-	-	66,86
	-	-	32,06	23,85	20,92	-	-	18,84
	6,35	-	5,85	5,89	6,52	-	-	6,88
	4.679.573	-	5.331.957	4.763.570	4.945.570	-	-	5.487.322
	231.653.728	-	281.066.460	243.393.359	220.404.351	-	-	248.805.650
	736.643	-	1.054.247	901.857	866.061	-	-	1.122.135
	0,56	-	0,59	0,61	0,60	-	-	0,70
	1,17	-	1,20	1,20	1,18	-	-	1,11
	1,06	-	-4,91	-1,85	-12,91	-	-	-3,21

## Ospedale in pillole

I costi dell'assistenza ospedaliera sono ancora troppo alti assorbono, infatti, il 48,07% della spesa sanitaria; il totale dei posti letto (5,05 per 1000 abitanti) è ancora superiore rispetto a quanto previsto. Lo studio, però, fa anche rilevare come da un lato ci sia un eccesso di posti letto per acuti mentre dall'altro lato ci sia carenza di posti dedicati alla riabilitazione. In ogni caso, per entrambe le tipologie i posti letto di day hospital sono insufficienti. Il tasso di ospedalizzazione (217,04 per 1000 abitanti) è molto più elevato di quanto previsto dalla normativa vigente e il peso medio dei ricoveri degli anziani è circa il doppio rispetto a quello dei bambini.

**Costi pro-capite per livelli di assistenza (lire) - Anno 2001**

REGIONI	ASSISTENZA SANITARIA COLLETTIVA COLLETTIVA IN AMBIENTE IN AMBIENTE DI VITA E DI LAVORO	ASSISTENZA DISTRETTUALE	ASSISTENZA OSPEDALIERA (COMPRESIVA DI P.S.)
Piemonte	114.235	1.350.141	1.258.222
Valle D'Aosta	187.633	1.249.903	1.674.449
Lombardia	100.830	1.235.089	1.172.418
Bolzano	-	-	-
Trento	103.597	1.396.450	1.514.326
Veneto	114.447	1.213.021	1.276.836
Friuli Venezia Giulia	75.161	1.255.638	1.318.684
Liguria	90.857	1.452.811	1.290.372
Emilia Romagna	108.006	1.383.454	1.164.027
Toscana	125.531	1.368.552	1.194.229
Umbria	130.250	1.277.737	1.166.526
Marche	107.950	1.337.632	1.185.925
Lazio	79.928	1.258.686	1.346.325
Abruzzo	112.484	1.197.114	1.335.196
Molise	-	-	-
Campania	95.948	1.268.131	1.211.923
Puglia	79.744	1.122.247	1.189.161
Basilicata	158.232	1.130.675	1.149.301
Calabria	117.866	1.176.668	1.300.793
Sicilia	-	-	-
Sardegna	170.465	1.152.983	1.303.628
Media delle Regioni	115.176	1.268.163	1.280.686

Note:  
 1: Per le regioni Piemonte, Trento, Friuli Venezia Giulia, Liguria, Emilia Romagna, Toscana, Lazio, Campania e Sardegna i costi relativi alle attività di prevenzione rivolte alle persone non sono riportati nel livello dell'assistenza sanitaria collettiva ma sono compresi nel livello dell'assistenza distrettuale.  
 2: Per la regione Emilia-Romagna i costi relativi all'assistenza riabilitativa ambulatoriale non sono compresi nel microlivello "assistenza territoriale ambulatoriale e domiciliare" ma nel livello della specialistica.  
 3: Nella voce "Altro" sono compresi i costi relativi a "Attività di emergenza sanitaria", "Assistenza integrativa", "Assistenza protesica", "Assistenza termale", "Assistenza penitenziaria"  
 4: Per la Provincia Autonoma di Trento il valore negativo nella voce "Altro" si riferisce al solo saldo della mobilità in quanto i relativi costi sono compresi negli altri livelli di assistenza.  
 5: I dati della Provincia Autonoma di Bolzano, della Regione Molise e della Regione Siciliana non sono pervenuti.

gruppo di Regioni considerate il complessivo numero di posti letto, ottenuto sommando il numero di posti letto per acuti e di riabilitazione-lungodegenza, è pari a 5,05 per 1000 abitanti, quindi leggermente superiore al valore previsto dalla normativa, con un minimo di 3,97 posti letto (Umbria) ed un massimo di 5,66 posti letto (Abruzzo). Per quanto riguarda la riabilitazione, con l'eccezione di 2 Regioni (Piemonte e Lazio) che dispongono di oltre un posto letto per 1000 abitanti, in tutte le altre il numero è inferiore all'unità".

**Tasso di ospedalizzazione**

Il tasso di ospedalizzazione complessivo (217,04

per 1000 abitanti) è decisamente superiore a quanto previsto dalla normativa (160 per 1000 abitanti); "tuttavia - avverte il documento - occorre tener presente che tale indicatore risente sia dell'inclusione dei ricoveri relativi ai neonati sani in occasione della nascita, sia delle modalità di compilazione della scheda di dimissione per il day hospital medico (frequentemente, ancorché la normativa preveda la compilazione di una scheda per ciclo di accessi, viene compilata una scheda per ciascun accesso, in tal modo moltiplicando fittiziamente il numero di ricoveri)".

Il tasso di ospedalizzazione è variabile, si passa da un minimo di 185,6 ricoveri ogni 1000 a-

bitanti del Friuli, ad un massimo di 247,4 per la Liguria.

Con riferimento ai ricoveri con durata di degenza di una giornata, il tasso di ospedalizzazione varia tra l'11,5 del Piemonte e il 32,1 della Campania. Ulteriore elemento di valutazione preso in esame dalla Relazione è il peso medio dei ricoveri con un'avvertenza: questo dato è disponibile solo per bambini ed anziani.

Il peso medio per i bambini è pari a 0,64 (il minimo è rilevabile in Valle d'Aosta con uno 0,52 e il massimo 0,83 in Emilia Romagna), mentre il peso medio per anziani è circa il doppio con 1,22 (minimo 1,08 Friuli; massimo 1,40 Umbria).

**L'Agenzia per i servizi sanitari regionali**

L'Agenzia per i servizi sanitari regionali (Assr) è un ente nazionale con personalità giuridica di diritto pubblico, sottoposto a vigilanza del Ministero della Salute. I compiti che svolge sono essenzialmente di collaborazione con le Regioni e le Province Autonome in materia sanitaria, anche a supporto delle loro iniziative di auto coordinamento, nonché compiti di rilevazione, analisi, valutazione, proposte in materia di organizzazione dei servizi, innovazione e sperimentazione di nuovi modelli gestionali, di qualità e costi dell'assistenza. La sua attività è svolta in stretta collaborazione con il Ministero della Salute e con le Regioni, sulla base di indirizzi della Conferenza Stato-Regioni unificata con la Conferenza Stato-Città e autonomie locali. Il Regolamento dell'Agenzia, approvato con il decreto interministeriale del 31 mag-

gio 2001, individua sei aree tematiche di attività, che comprendono tutti i problemi che interessano la sanità italiana: monitoraggio della spesa sanitaria; livelli di assistenza; organizzazione dei servizi sanitari; qualità e accreditamento; innovazione, sperimentazione e sviluppo; documentazione, informazione e comunicazione. Nell'ambito di queste aree di impegno, l'Agenzia svolge inoltre attività di ricerca, sia partecipando a ricerche finalizzate finanziate dal Ministero della Salute sia fornendo supporto ad iniziative regionali.

*Lo studio sui Lea che qui abbiamo presentato è disponibile sul numero 5 della rivista "Monitor", bimestrale dell'Assr. La rivista è interamente scaricabile in formato pdf sul sito stesso dell'Agenzia: [www.assr.it](http://www.assr.it)*

**Dipartimenti oggi si può, anzi si deve**

di Franco Verde\*

Napoli, 1971: Auditorium della Farmitalia, l'Anaa organizza il primo grande Convegno sui Dipartimenti Ospedalieri con relazione del compianto Prof. Giancarlo Mainardi.

Anno 2003: i Dipartimenti stentano a dispiegare una funzione viva e vitale, ma l'Anaa a tutti i livelli crede ancora in questo modello organizzativo e forse oggi esistono le condizioni per una svolta e tenterò di spiegare il perché.

Dipartimento vuol dire circolazione di idee, sinergia, abolizione delle sedimentazioni talora invalicabili tra strutture complesse, strutture dipartimentali e strutture semplici, utilizzo ottimale e concordato di risorse umane, tecniche e strutturali, definizione di protocolli diagnostico terapeutici, elaborazioni di cultura medica interdisciplinare, capacità di mettere in rete energie e tecnologie inter e intra dipartimentali, riconoscimento senza pregiudizi del valore dell'individuo, mettersi in discussione quotidianamente, far prevalere l'autorevolezza sull'autoritarismo. È vero che la legislazione non sempre ha tradotto in norma la quintessenza dell'Istituto Dipartimentale in quanto, per amore di verità, la categoria medica non ha certamente brillato nella realizzazione del modello organizzativo dipartimentale. È innegabile, infatti, che i valori di cui sopra, raramente sono stati interpretati da una categoria lacerata da personalismi ed arretratezza; laddove Dipartimento vuol dire acquisizione di una visione e di una cultura che nasce dalla sinergia delle coscienze dei singoli operatori.

Pur con queste premesse che potrebbero sembrare catastrofiche, oggi esistono a parer mio le condizioni affinché l'istituto dipartimentale possa finalmente vivere, condizioni che sono riconducibili a due fondamentali questioni.

**1. Risorse** - La inveterata ed ingravescente scarsità di risorse deve accelerare una presa di coscienza sulla necessità di sinergizzare evitando sprechi ed utilizzando le risorse in maniera ottimale, realizzandosi, quindi, per necessità automaticamente una convenienza per tutti gli operatori, definendosi quindi la creazione di una nuova cultura dipartimentale.

**2. Norme legislative e stato giuridico** - Introduzione di livelli di autonomia gestionale e professionali per strutture complesse, per strutture dipartimentali e strutture semplici in uno con controlli di efficacia, qualità e produttività (già previsti dalla legge),

# Dipartimenti gestionali e governo clinico: ancora una speranza?

Sta per partire una nuova indagine dell'Anaa Assomed sullo stato di attuazione in Italia dei Dipartimenti gestionali e dei Collegi di Direzione

di Giuseppe Montante\*

Secondo l'Oms la qualità di una organizzazione sanitaria è determinata da diversi fattori fra i quali assumono particolare rilevanza soprattutto la capacità professionale (qualità tecnica), l'uso appropriato delle risorse (efficienza), la politica di contenimento del rischio di malattia (prevenzione) e la soddisfazione del paziente. L'esperienza ormai maturata in molti Stati ha reso possibile tutto questo solamente coinvolgendo i professionisti medici ed attribuendo loro le responsabilità della qualità clinica delle prestazioni e delle risorse utilizzate. La realizzazione dei principi enunciati dall'Oms ha trovato per molti anni in Italia una attuazione limitata e distorta: l'attenzione del mondo politico e delle aziende sanitarie era centrata sui problemi di bilancio e sull'esigenza imperativa verso un aumento quantitativo della produttività.

In conseguenza di questo si è realizzata all'interno delle aziende una prevalenza nell'organizzazione di funzioni burocratiche-amministrative a scapito di quelle sanitarie. L'attuazione distorta dei principi enunciati dall'Oms, ha contribuito a determinare nei medici un forte "disagio" associato ad una sensazione crescente di emarginazione ed al conseguente scetticismo e nelle aziende un'evidente inadeguatezza a raggiungere il loro fine (fornitura di prestazioni sanitarie appropriate e di elevata qualità in relazione alle risorse assegnate).

Nel 1999 il Legislatore nazionale si è reso conto che il modello di aziendalismo sanitario fino ad allora esistente in realtà rendeva difficile l'attuazione dei principi sopra enunciati e del governo del Servizio sanitario nazionale; era necessario infatti coinvolgere i medici nel "governo clinico" delle aziende sanitarie.

Per attuare questo era necessario modificare radicalmente l'organizzazione del lavoro e riorientarla verso la qualità delle prestazioni e proprio per questo fu introdotto con il dlgs 229/99 l'obbligo per le aziende sanitarie di istituire i dipartimenti gestionali ed i collegi di direzione.

L'Anaa Assomed fin dall'inizio si è resa conto dell'importanza strategica della organizzazione dipartimentale e

dei collegi di direzione nella risoluzione del disagio medico ma contemporaneamente era consapevole che l'introduzione del governo clinico da parte dei medici avrebbe determinato delle forti resistenze soprattutto da parte della dirigenza amministrativa-burocratica.

Poco o tanto si sarebbe inciso sulle abitudini e sugli assetti di potere all'interno delle aziende e come è ovvio tutto questo non sarebbe stato gradito a quella che era stata fino ad allora la "classe eletta".

Si confidava però sulla ineluttabilità del dettato legislativo e dei principi affermati dall'Oms e sulla determinazione dell'associazione a tutti i livelli.

Forte di questa determinazione nei primi mesi del 2001 l'Anaa Assomed ha eseguito a livello nazionale un'indagine sullo stato di applicazione dei dipartimenti gestionali e dei collegi di direzione al fine di smascherare tutte le possibili resistenze.

I risultati di tale indagine furono resi noti in un convegno nazionale organizzato dalla stessa associazione a Roma il 18 Aprile del 2001, che aveva come titolo: "Dipartimenti gestionali e governo clinico: speranza o realtà?", e successivamente pubblicati sulla stampa nazionale specializzata. Da tale indagine risultò un dato molto preciso: vi era in atto allora in gran parte delle aziende sanitarie una forte resistenza all'introduzione del governo clinico ed all'attuazione degli strumenti ad esso connessi (dipartimento gestionale e collegi di direzione) che si esprimeva, più che con una resistenza frontale al cambiamento, soprattutto mediante operazioni gattopardesche miranti solo a qualche cambiamento di facciata purché tutto rimanesse come prima.

In parole povere si tendeva ad attuare solamente alcuni aspetti formali dell'organizzazione dipartimentale omettendo però spesso di attivare gli strumenti previsti al suo interno per la partecipazione dei medici al governo della pratica clinica e della gestione dei dipartimenti.

I collegi di direzione subivano nella maggior parte dei casi un destino ben peggiore perché o non venivano attuati o venivano scientemente svuotati dei loro compiti e dei

loro doveri. Tutto questo a parere dell'Associazione allora avveniva con la complicità almeno passiva delle Regioni che omettevano nella maggior parte dei casi dai loro compiti di indirizzo e sorveglianza.

In quel convegno, presenti anche i rappresentanti delle Istituzioni politiche e di governo nazionale e regionale nonché i rappresentanti dei Direttori generali, fu denunciato tutto questo.

I presenti furono costretti ad ammettere che fino ad allora c'era stata da parte delle Istituzioni pubbliche una quasi diffusa sottovalutazione del problema e furono costretti altresì ad assumere l'impegno politico di modificare la situazione.

Oggi, a distanza di quasi due anni e mezzo da quel convegno e di circa quattro anni e mezzo dall'emanazione del dlgs 229/99, si ha la sensazione netta che "il disagio medico" non è diminuito, ma anzi si è accentuato, e che poco si è fatto da parte pubblica per onorare correttamente il dettato legislativo ed il successivo impegno politico preso.

Qualcuno potrebbe obiettare che sulle sensazioni non è giusto costruire un giudizio politico tanto negativo.

Proprio per evitare di dare fiato a tale accusa ed al fine di calibrare meglio la prossima azione sindacale da parte dell'Associazione, sia a livello contrattuale che legislativo, non solamente su sensazioni ma su fatti ben precisi la Segreteria Nazionale dell'Anaa Assomed ha deciso di promuovere una nuova indagine conoscitiva capillare su tutte le aziende per fotografare l'attuale realtà.

È bene però che sia chiaro a tutti che i medici dipendenti italiani non intendono dimenticare o glissare sul patto che hanno contratto con il Paese, che prevedeva un loro impegno esclusivo per le aziende a fronte non solo di maggiori remunerazioni ma anche e soprattutto di radicali cambiamenti nell'organizzazione del lavoro.

Chi opera contro questo patto, opera scientemente e senza attenuanti contro il servizio sanitario pubblico.

\*Componente Segreteria Nazionale

e la reversibilità nelle attribuzioni di responsabilità consentiranno di valutare il lavoro dei singoli o dell'equipe apportando rimodulazioni, incentivazioni e comminatorie in una visione di efficienza aziendale. In definitiva il Dipartimento non sarà tale se i medici non verranno coinvolti assumendo responsabilità gestionali con verifiche e controlli e questo modello si individua nel cosiddetto "Dipartimento gestionale" le cui caratteristiche sono ben definite a livello delle Regioni e degli atti aziendali. Nel dipartimento gestionale il medico esce dal guscio in cui vive, retaggio di una anacronistica visione elitaria, abbandona l'attuale triste condizione di essere responsabile senza avere gli strumenti per esercitare questa responsabilità e può partecipare all'ambito governo clinico della sanità, cimentandosi con le responsabilità dirette nella gestione dei Dipartimenti. Si tratta in altre parole di un atto di coraggio anche da parte delle aziende e soprattutto delle direzioni sanitarie aziendali, affidando ai Dipartimenti ed ai capi dipartimento in particolare le seguenti funzioni:

a) attribuzione di personale paramedico in comune, as-

segnato secondo i parametri definiti dalla legge sancendo che le carenze eventuali siano distribuite tra tutte le strutture;

- b) indicazioni da parte del Dipartimento di linee guida per rotazione del personale paramedico ai fini di una formazione completa; linee guida per l'Ecm di tutto il personale medico e non;
- c) definizione delle priorità nell'acquisto delle attrezzature partendo da attribuzioni alle Uoc risultate più produttive;
- d) linee guida per guardiania e trasporti infermi;
- e) modalità per pronto intervento nella piccola manutenzione ordinaria;
- f) assegnazione budget e distinzione dei compiti rispetto al provveditorato nel senso che i Dipartimenti indicheranno priorità, necessità di risorse tecnologiche strutturali, laddove il provveditorato e l'ufficio tecnico si adopereranno per dette acquisizioni;
- g) modalità per una efficace programmazione temporale della verifica delle strutture in cui si articola il Di-

partimento con criteri di incentivazione economica legati alla produttività;

- h) attribuzione di un fondo mensile di 5.000 euro per la gestione ordinaria;
- i) più razionale utilizzo degli spazi disponibili del Dipartimento.

Resta fermo che, definiti i principi sopra indicati per quel che concerne il personale infermieristico e che sia necessaria la presenza di un vice Direttore Sanitario e di personale amministrativo. Col Dipartimento gestionale si può realizzare una sfida che può esaltare il ruolo del medico nel governo clinico, coinvolgendo nelle responsabilità e valutandolo. Ma tocca ai Direttori generali avere coraggio e porre in essere il Dipartimento gestionale: certamente l'Anaa Assomed continuerà a fare di tutto perché i dipartimenti si realizzino nella maniera più compiuta.

\* Coordinatore interaziendale Provinciale di Napoli Anaa Assomed

## ASSICURAZIONI

# Un'azione legale per denunciare le Regioni inadempienti

L'articolo 24 del vigente Ccnl, sottoscritto nel giugno 2000, prevede una copertura assicurativa omogenea e generalizzata per tutti i dirigenti del Ssn attraverso uno specifico fondo costituito da una somma media pro-capite di 50.000 mensili di vecchie lire trattenute sulla retribuzione di ciascun dirigente. Al fine di attivare tale disposto contrattuale era prevista l'istituzione di una commissione paritetica nazionale, formata dai rappresentanti di tutte le Regioni e delle Organizzazioni Sindacali firmatarie del contratto, che aveva lo scopo di indicare le modalità di costituzione, gli organi di gestione, le modalità di funzionamento, il sistema dei controlli e le decorrenze dei versamenti.

Occorre evidenziare che ancor prima della costituzione di tale commissione, l'articolo 24 è stato oggetto di segnalazione da parte dell'Autorità Garante della concorrenza e del mercato che, lamentando una sua non chiara formulazione, ipotizzava possibili interpretazioni non conformi alle regole della concorrenza in sede di selezione delle imprese di assicurazione.

La commissione paritetica fu attivata, su pressante insistenza dell'Anaa Assomed, nel marzo 2001 ed era costituita da tutti i rappresentanti delle Organizzazioni sindacali della dirigenza del Ssn firmatarie del con-

tratto nonché dai dirigenti amministrativi delle regioni Emilia Romagna, Lombardia e Veneto in rappresentanza di tutte le Regioni.

La Commissione ha concluso il proprio lavoro, trasferito in un protocollo d'intesa sottoscritto all'unanimità, in data 21 dicembre 2001; tale protocollo è stato consegnato al Presidente della stessa Commissione affinché ne garantisse il recepimento da parte di tutte le Regioni in sede di Conferenza delle Regioni.

La difficoltà ingenerata dalla presa di posizione dell'Autorità Garante della concorrenza e del mercato nonché la volontà di rispettare le diverse realtà regionali, hanno indotto la commissione ad identificare l'ambito regionale quale punto di coniugazione delle varie realtà aziendali.

Il protocollo d'intesa prevede, infatti, che ogni singola Regione attivi un'unica gara per tutte le Aziende sanitarie ed ospedaliere della Regione finalizzata alla stipula di un contratto per la copertura assicurativa di cui all'articolo 24. Le singole Regioni, pertanto, avrebbero dovuto impartire precise direttive alle singole aziende in merito alla scadenza di polizze già attive e, quindi, allineare tutte le aziende ad un "anno zero" in cui sarebbe partito il sistema previsto dalla commissione.

Nel protocollo si è, anche, inteso specificare che le ri-

sorse disponibili per la costituzione dello specifico fondo sono rappresentate dagli apporti economici già a carico delle singole aziende e destinate alla copertura assicurativa già in atto, fatte salve eventuali implementazioni da parte delle stesse aziende; a tali risorse vanno ad aggiungersi quelle derivanti dalla trattenuta della quota di 50.000 mensili pro capite delle vecchie lire per ciascun dirigente di ogni singola azienda.

La commissione ha anche previsto, fra l'altro, l'istituzione di una commissione di vigilanza regionale per il monitoraggio ed il controllo del sistema.

Prendiamo atto, però, che nonostante tale protocollo sia stato ufficialmente recepito, da oltre un anno e mezzo, dalla Conferenza delle Regioni soltanto la Toscana e l'Emilia Romagna stanno dando seguito agli adempimenti in esso previsti.

Le Regioni omissive, a nostro parere, stanno attuando una vera e propria inadempienza contrattuale per la quale, nel breve, l'Anaa Assomed, considerati vani i solleciti sindacali attuati, sarà costretta ad intraprendere una specifica azione legale di fronte alla competente A.G. per la tutela di diritti contrattualmente sanciti dal vigente Ccnl.

Gianluigi Scaffidi

## Notizie brevi

### Caldo: 4.175 morti in più tra gli anziani; a Torino raddoppiati

Sono 4.175 in più rispetto al 2002, gli anziani morti a causa del caldo tra il 16 luglio e il 15 agosto del 2003. Questo il dato fornito dall'Istituto superiore della sanità (Iss) secondo cui l'incremento maggiore è avvenuto a Torino, dove è stato rilevato un raddoppio di decessi fra gli ultrasessantacinquenni (incremento del 108%).

Subito a seguire, incrementi rilevanti si sono registrati a L'Aquila (105,3%), Genova (79,4%), Perugia (75,4%), Milano (69,3%), Bologna (54,5%) e Roma (51,5%).

In controtendenza invece Campobasso (-25%), Aosta (-21,7%) e Catanzaro (-15,2%).

In tutta Italia, si afferma nello studio presentato lo scorso 11 settembre a Roma, si stima un eccesso di mortalità e le relazioni mostrano un'evidente correlazione con i picchi delle temperature. Nelle 21 città campionate si è passati da 6.241 decessi in ogni classe di età nel 2002 a 8.485 nel 2003, con un incremento di 2.244 decessi, pari al 36%. L'incremento maggiore (2.127 decessi,

pari al 40,2%) è stato osservato fra gli ultrasessantacinquenni ed ancora di più negli ultrasessantacinquenni con 1.992 morti in più (49,1%). Proprio in questa classe di età le maggiori vittime si sono registrate nel nord-ovest con 975 decessi pari all'81,4%, seguito dal centro (563 decessi, pari al 43,8%) e dal nord-est (206 decessi, pari al 33,8%) e dal sud (248 decessi, (25,6%).

### Wto: approvato accordo su farmaci salvavita

146 Paesi membri dell'Organizzazione mondiale del commercio (Wto) hanno approvato lo scorso 30 agosto a Ginevra un accordo sui farmaci salvavita che mira ad agevolare da parte dei Paesi poveri, privi di industria farmaceutica, le importazioni di farmaci generici a buon mercato grazie a specifiche deroghe al diritto sui brevetti.

L'accordo si basa sulla Dichiarazione di Doha adottata dalla Wto nel novembre 2001, che stabiliva il principio della priorità della salute pubblica rispetto ai diritti di proprietà intellettuale.

Per applicare pienamente la Dichiarazione bisognava tuttavia trovare una soluzione alla situazione

di quei Paesi poveri che non dispongono delle capacità manifatturiere per produrre equivalenti generici dei farmaci brevettati. L'intesa odierna autorizza tali Paesi ad importare farmaci prodotti a basso prezzo in altre nazioni.

Il documento è comunque accompagnato da una dichiarazione destinata a placare i timori degli Usa e dell'industria farmaceutica contro eventuali re-importazioni nei Paesi ricchi dei farmaci a basso prezzo destinati ai Paesi poveri. Il testo precisa misure di controllo per combattere eventuali abusi, chiedendo anche ai produttori di generici per i Paesi poveri di adattare le confezioni del prodotto. Il documento contiene poi una lista dei Paesi, tra cui l'Italia, dotati di capacità per produrre farmaci e che quindi si autoescludono dal sistema di importazioni.

Per Medici Senza Frontiere (Msf), però, l'accordo non costituisce una risposta adeguata al problema dell'accesso dei medicinali per i Paesi poveri, perché "le regole sui brevetti continueranno a fissare i prezzi delle medicine", ha affermato Ellen 't Hoen di Msf. L'Ue ha comunque accolto con grande soddisfazione l'accordo. Secondo il com-

missario Ue al commercio il francese Pascal Lamy, infatti, "l'importazione dei prodotti generici per i Paesi poveri è ora un diritto protetto dal Wto".

### Spesa farmaceutica in calo: -9,2% primo semestre. Lo registrano i dati di Federfarma

Ancora in calo la spesa farmaceutica: secondo i dati registrati dalla Federfarma (Federazione dei titolari di farmacie italiane), nel primo trimestre 2003 si è registrato un -9,2% rispetto allo stesso periodo dello scorso anno. La diminuzione, rileva la Federfarma, è da correlarsi ad un calo del numero delle ricette (-5,8%) rispetto allo stesso periodo del 2002.

Nel mese di giugno, infatti, la spesa netta a carico del Servizio sanitario nazionale si è attestata a 892 milioni di euro, con un calo del 4,6% rispetto a giugno 2002. La riduzione è stata inferiore a quella registrata nel periodo gennaio-maggio (-10%), in quanto i dati sono stati confrontati con quelli relativi a mesi del 2002 nei quali erano già state introdotte misure che riducevano la spesa, come la riduzione dei prezzi dei far-

maci e l'applicazione del ticket in diverse Regioni.

Sempre in giugno si è ridotto anche il numero delle ricette: è stato infatti registrato il -5,8% rispetto a giugno dello scorso anno. Secondo i dati della Federfarma sono stati prescritte 34 milioni 856mila ricette (-2,7%), in media 0,60 ricette per ogni cittadino.

Il valore medio netto di una ricetta è stato pari a 25,60 euro e l'incidenza media del ticket sulla spesa lorda è stata del 5,1%.

Nel periodo gennaio-giugno 2003 la spesa a carico del Ssn si è attestata a 5 miliardi 630 milioni di euro, con una riduzione del 9,2% rispetto allo stesso periodo del 2002. Nei primi sei mesi di quest'anno sono state inoltre prescritte 224 milioni di ricette (-5,8%), in media 3,86 per ogni cittadino (-6%).

I dati relativi al primo semestre 2003, secondo la Federfarma, lasciano prevedere che anche nei prossimi mesi è da attendersi una progressiva riduzione, dovuta soprattutto all'effetto di contenimento delle misure applicate sia a livello nazionale (riduzione dei prezzi al 7% e revisione del prontuario dal 16 gennaio, rimborso di riferimento) che regionale (ticket).

# Se e quando si concluderà il tanto atteso riordino degli Irccs?

di Danilo Morini\*

Il 4 agosto u.s., data inderogabile di scadenza per l'esercizio della delega relativa al riordino degli Irccs prevista dall'art. 42 della Legge 16 Gennaio 2003 n. 3 "Disposizioni ordinamentali in materia di pubblica amministrazione", è trascorso senza che si verificasse questo evento, atteso da ben nove anni.

Ma il Governo ed il Ministro Sirchia hanno fortunatamente ottenuto una proroga di tre mesi, inserendo attraverso un emendamento - tra il 29 luglio ed il 31 luglio, prima al Senato e poi alla Camera - un comma, per l'esattezza il 5°, nell'articolo unico della Legge 1° agosto 2003 n. 200, che reca "Conversione in legge, con modificazioni, del decreto-legge 24 giugno 2003, n. 147, recante "Proroga di termini e disposizioni urgenti ordinamentali" (c.d. Mille Proroghe).

Questa proroga era assolutamente necessaria al Ministro Sirchia in quanto, dopo aver ottenuto la delega dal Parlamento (art. 42 della L. 3/2003), aveva temporeggiato per cinque mesi ed aveva portato, in ritardo sui tempi prescritti, solamente il 27 giugno in Consiglio dei Ministri per il prescritto esame preliminare, lo Schema di Decreto Legislativo che andava adottato entro, e non oltre, il 4 agosto u.s..

Così gli Irccs, che attendono dal 1° luglio 1994 - e quindi ormai da nove anni - di conoscere la loro sorte tra competenze regionali e competenze statali, rimanendo in un limbo di rapporti assolutamente pregiudizievole per loro attività sia assistenziale, che di ricerca, debbono ancora aspettare.

Ma sarà un'attesa utile?

Si deve al riguardo rilevare che lo Schema di Decreto predisposto dal Ministro Sirchia, non ha trovato però molti consensi nelle sedi ove è stato inviato per il necessario parere obbligatorio.

La Commissione Affari Sociali della Camera, ove è stato avviato l'esame sin dal giorno 15 luglio per poi riprenderlo negli ultimi giorni del mese tra violente polemiche fra l'ex Ministro Bindi e il Ministro Sirchia, non è riuscita, comunque, a giungere ad esprimere alcun parere.

La Conferenza Stato-Regioni, ha espresso sì il parere richiesto, ma lo ha espresso in modo radicalmente contrario e la XII Commissione Igiene e Sanità del Senato ha sì espresso a maggioranza un parere favorevole nella seduta del 31 luglio, condito però da ben 18 osservazioni di carattere sostanziale e 4 di carattere formale, che concernono in particolare i seguenti aspetti:

1. si rileva la necessità di eliminare la definizione degli Irccs quali "enti nazionali". Questa definizione non è infatti presente nella delega (art. 42 della L. 3/2003) e porterebbe gli Irccs nell'ambito della competenza legislativa esclusiva dello Stato;
2. riguardo alla riserva di competenze legislative regionali, in base al nuovo Titolo V della Costituzione, essa dovrebbe concernere, in termini identici, anche l'attività di ricerca degli Irccs e che occorrerebbe limitare il richiamo della "normativa vigente in materia di ricerca biomedica e tutela della salute" ai soli "principi fondamentali in materia";
3. sembra opportuno, nei casi in cui il decreto legislativo menzioni la "regione competente" o "interessata", specificare che si fa riferimento alla regione in cui l'Istituto abbia la sede prevalente di attività clinica e di ricerca;
4. sulla trasformazione in fondazioni e sull'adozione del relativo statuto - ovvero del regolamento, per gli Irccs di diritto pubblico non trasformati, si segnala l'esigenza, da un lato, di specificare e garantire meglio il livello di autonomia di tali atti rispetto agli schemi generali (definiti dalla Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano), dall'altro, di definire direttamente nella disciplina legislativa alcuni elementi dell'organizzazione, quali, per esempio, il rapporto fiduciario tra consiglio di amministrazione e direttore generale;
5. si rileva che mentre la normativa di delega specifica che "resta ferma la natura pubblica degli Irccs trasformati in fondazioni", tale precisazione non viene ribadita nello schema di decreto, come invece sembra opportuno. Occorrerebbe inoltre chiarire a) se la natura pubblica escluda o meno l'applicazione della disciplina civilistica delle fondazioni, o-

ve compatibile con quella speciale definita dal presente decreto legislativo, b) se la suddetta normativa la trasformazione avvenga ad opera del Ministro della Salute, "d'intesa con la regione interessata", mentre lo Schema prevede solo che la procedura si avvii "su istanza" di quest'ultima;

6. deve inoltre essere riequilibrata la rappresentanza delle regioni negli organi previsti nelle istituende fondazioni;
7. occorre meglio precisare la disciplina (sia per la nomina che per i requisiti richiesti) della scelta dei membri del consiglio di amministrazione deputato ad adottare lo statuto od il regolamento;
8. è necessario definire, d'intesa con le regioni, le modalità di copertura finanziaria dei disavanzi maturati dagli Irccs a decorrere dall'esercizio finanziario 2001, posto che i commissari che li hanno gestiti siano stati nominati dal Governo;
9. sembra opportuno esplicitare che (in conformità alla disciplina vigente) l'attività di ricerca può essere finanziata - oltre che dallo Stato - anche dalle regioni e da altri organismi;
10. la disciplina di delega fa riferimento alla data della trasformazione in fondazione come criterio di distinzione del personale già in servizio (rispetto ai nuovi dipendenti per i quali è stabilita in via tassativa la natura privatistica del rapporto). Lo Schema proposto da Sirchia limita, invece, l'ambito dei dipendenti aventi il diritto di opzione a quelli in servizio al 4 febbraio 2003. Appare quindi opportuna la definizione di tale profilo in conformità con la normativa di delega;
11. il decreto legislativo dovrebbe definire, per la fattispecie di estinzione degli Irccs di diritto pubblico (ivi compresi quelli trasformati in fondazioni), il principio di devoluzione del patrimonio in favore di altri Irccs di diritto pubblico aventi analoghe finalità.

A conclusione del parere la Commissione del Senato ha scritto, viste: "...le numerose e puntuali osservazioni formulate anche dalla Conferenza permanente Stato-Regioni, al fine di evitare un controproducente contenzioso tra lo Stato e le Regioni, vere responsabili del procedimento di trasformazione e della gestione degli Irccs, si invita il Governo a ripresentare alle Camere il testo conseguente al recepimento dei diversi rilievi."

Ma il contenzioso Stato-Regioni che, secondo il Senato andrebbe evitato, esiste già; infatti ben tre Regioni, Sicilia, Marche ed Emilia-Romagna hanno già avanzato corposi e tempestivi ricorsi alla Corte Costituzionale avverso l'art. 42 della Legge 3/2003, cui faranno ovviamente e conseguentemente seguito altrettanti ricorsi avverso l'adottando decreto legislativo, una volta pubblicato sulla Gazzetta Ufficiale.

A questo punto sarebbe auspicabile, anzi diventa necessario, l'intervento chiarificatore della Corte Costituzionale per delineare i confini tra competenze regionali e statali.

D'altra parte, la Corte Costituzionale con la sentenza n. 338/1994 è già positivamente intervenuta a delineare i confini, in materia di Irccs, tra Stato e Regioni, sostanzialmente respingendo allora i ricorsi delle Regioni avverso il D.Lgs. 269/1993 felicemente predisposto dall'allora Ministro della Sanità Garavaglia ed infelicemente bloccato e vanificato dal successivo Ministro Costa (1° Governo Berlusconi). Ma in quel tempo la funzione di ricerca, che contraddistingue gli Irccs inscindibilmente con l'assistenza, era di chiara ed esclusiva competenza statale.

Ma altrettanto può dirsi oggi dopo l'entrata in vigore della ben nota Legge Costituzionale n. 3/2001 (così detto "Federalismo"), che con la nuova versione dell'art. 117 della Costituzione potrebbe aver inserito anche questo genere d'attività di ricerca nella competenza regionale?

Si tratta di un interrogativo che lascia tuttora perplessi anche molti cultori del diritto costituzionale e che necessita di essere chiarito in modo netto e con assoluta urgenza dall'unica autorità competente in materia, che è la Corte Costituzionale.

\* Commissario straordinario Istituti Ortopedici Rizzoli, Bologna

# PROVINCIA AUTONOMA DI *Trento*

INTERVISTA A ROMANO NARDELLI, SEGRETARIO ANAAO PER LA PROVINCIA AUTONOMA DI TRENTO

## Il privilegio dell'autonomia

di Eva Antoniotti

CON LE DUE PROVINCE AUTONOME TARENTINE, CHE ANDRANNO AL RINNOVO DELLE RISPETTIVE GIUNTE IL PROSSIMO 26 OTTOBRE, COMPLETIAMO IL "VIAGGIO" ATTRAVERSO I SISTEMI SANITARI DELLE REGIONI ITALIANE AVVIATO DUE ANNI FA.

LA REALTÀ "STRAORDINARIA" DEL TARENTINO STA NELLA COMBINAZIONE TRA UN TERRITORIO PICCOLO, E DUNQUE GESTIBILE, E UNA LUNGA STORIA DI AUTONOMIA AMMINISTRATIVA, CHE SI TRADUCE ANCHE IN QUALCHE FINANZIAMENTO IN PIÙ

Un'unica Azienda sanitaria, un ospedale con caratteristiche e bacino d'utenza provinciale a Trento e uno a Rovereto, otto ospedali "di valle" e tredici distretti territoriali. In estrema sintesi sono questi i numeri che definiscono la sanità della Provincia Autonoma di Trento. Abbiamo chiesto a Romano Nardelli di illustrarcela meglio, in attesa di poter avere un confronto con l'assessore alla Sanità, che sarà nominato sulla base dei risultati delle prossime elezioni provinciali.

**Dottor Nardelli, il Trentino ha sperimentato con largo anticipo rispetto alle altre Regioni italiane, una condizione di autonomia, che oggi potremmo definire di "devoluzione avanzata". Come si ripercuote questa situazione sulla sanità e in particolare sulla realtà dei medici ospedalieri?**

Il Trentino Alto Adige è una Regione autonoma e già da tempo il nostro interlocutore è l'assessore e non il ministro. Questo comporta, ad esempio, che il contratto dei medici sia un contratto provinciale, diverso da quello di tutti gli altri medici italiani, sebbene riprenda il contratto nazionale nelle linee generali. La più macroscopica risultante di questa particolare situazione è l'aver ottenuto, con il contratto siglato nel '98, la "indennità trentina", che è poi stata confermata nel contratto del 2000. Si tratta di una voce stipendiale che rientra nella quota pensionabile, scollegata cioè dalle quote di risultato. Una conquista che ci differenzia da tutte le altre Regioni e che certamente ci è molto invidiata dai colleghi. Alla fine dei conti probabilmente oggi non ci sono differenze enormi tra lo stipendio del medico trentino e quello degli altri, ma resta il fatto che noi abbiamo una base pensionabile più alta.

**La scelta di avere un'unica azienda sanitaria è efficace?**

Avendo un'unica azienda, il livello di contrattazione aziendale e provinciale di fatto coincidono e la trattativa si risolve in un con-

tatto diretto tra i vertici aziendali e i vertici sindacali. Occorre ricordare che gli abitanti del Trentino sono in tutto 450 mila, ovvero quanti ne hanno un quartiere di Roma o di Milano. Questo è certamente un vantaggio sotto molti aspetti, ma può anche diventare un problema.

**Com'è organizzata la vostra rete ospedaliera?**

L'organizzazione ospedaliera del Trentino si fonda su due strutture di riferimento, l'ospedale di Trento e quello di Rovereto, collegate con le strutture periferiche ovvero con gli ospedali di valle. Questi ospedali hanno un bacino di utenza variabile, che può essere intorno alle trentamila persone in alcuni periodi dell'anno ma che cresce oltre le centomila nei periodi di vacanza estivi e invernali. Si tratta quindi di strutture intermedie, che certamente non hanno la completezza delle specialità degli ospedali maggiori, ma che devono essere in grado di affrontare carichi periodici abbastanza sostanziosi.

**Queste oscillazioni nell'utenza hanno un riscontro nell'organizzazione del lavoro dei medici ospedalieri?**

Con l'ultimo contratto siamo riusciti ad inserire dei riconoscimenti economici che tengono conto di diversi parametri, dal fatto che il costo della vita è più alto per chi vive in località turistiche alla crescita periodica dei carichi di lavoro. Per questo sono state inserite delle voci specifiche nelle tabelle di valutazione in base alle quali vengono distribuite le quote di risultato, che tengono conto di queste situazioni. Inoltre sono state previste anche particolari incentivazioni in alcune specialità, come la radiologia, l'anestesia e la ginecologia sulle quali abbiamo delle croniche carenze di personale medico. E questo aspetto sarà uno dei temi che cercheremo di inserire in maniera più organica e precisa nel prossimo contratto.

**Dal quadro che ci ha fat-**

**to, mi sembra che in Trentino non si realizzi la politica in atto sul piano nazionale che punta alla chiusura dei piccoli ospedali.**

Certamente da noi non si pensa ad alcuna chiusura degli ospedali di valle. Innanzi tutto c'è un problema reale, dato dall'orografia del nostro territorio: le distanze sono relative ma, soprattutto in alcuni periodi, possono essere molto impegnative. Tutt'al più, visto che attualmente sugli ospedali di Trento e di Rovereto pesa gran parte dell'attività ospedaliera trentina, si può pensare ad una riconversione di alcune strutture utilizzando, anche grazie alla dipartimentalizzazione, delle linee guida per il ricovero dei pazienti nelle strutture ospedaliere più opportune o pertinenti alla patologia riscontrata.

**Il sistema trentino riesce a sostenere economicamente tutte queste strutture?**

Fino a qualche anno fa eravamo supportati bene dallo Stato centrale e quindi ce lo potevamo permettere. Ma adesso la situazione sta cambiando anche per le autonomie e non ci sono più grandi disponibilità.

**Quali saranno le questioni che porterete avanti alla ripresa delle trattative per il rinnovo del contratto?**

In realtà abbiamo appena concluso la discussione del contratto, scaduto nel 2000 ma entrato in vigore solo nel giugno di quest'anno. Ora aspettiamo i risultati delle elezioni provinciali per conoscere quale sarà l'interlocutore, ma per riaprire la trattativa sul nuovo contratto dovremo attendere anche la stipula del contratto nazionale, perché il nostro contratto è una sorta di "derivazione" di quello.

Per ora stiamo finendo di trattare il codice di comportamento sul rapporto tra attività istituzionale e libera professione, in particolare mirando a stabilire regole e criteri sull'intramoenia di equipe, come ad esempio quella dell'area chirurgica. È una questione importante, perché in Trentino sono pochissimi i colleghi che hanno scelto di fare l'attività extramoenia, meno di venti sul totale di quasi ottocento medici ospedalieri. E sono ancora meno quelli che fanno l'intramoenia allargata.

Ma nel prossimo contratto ci proponiamo una revisione sull'attribuzione delle quote di risultato, a vantaggio delle percentuali garantite alle Unità operative, mentre oggi quasi il 40% è in mano direttamente al Direttore generale. E poi cercheremo di rafforzare la nostra "originalità", rimpinguando l'indennità "trentina", soprattutto in prospettiva della pensione.

### Provincia Autonoma di Trento

**Popolazione:** 468.399

**Azienda:** esiste un'unica azienda, l'Azienda Provinciale per i Servizi sanitari

**Distretti:** 13 (Fiemme, Primiero, Bassa Valsugana e Tesino, Alta Valsugana, Trento e Valle dei laghi, Rotaliana-Paganella, Valle di Cembra, Valle di Non, Valle di Sole, Giudicarie e Rendina, Alto Garda e Ledro, Vallagarina, Fassa)

**Ospedali:** 2 Ospedali (Trento e Rovereto) e 9 presidi ospedalieri (Mezzolombardo, Pergine Valsugana, Ala, Cavalese, Tione, Borgo Valsugana, Cles, Arco, Riva)

**Medici dipendenti del Ssn:** 800 circa

**Medici in convenzione:** 1.200 circa

PROVINCIA  
AUTONOMA DI **Bolzano**

INTERVISTA A MARIO TAGNIN RESPONSABILE ANAAO PROVINCIA DI BOLZANO

# La partita non è ancora conclusa

di Stefano Simoni

**N**ella provincia di Bolzano il nuovo contratto dei dirigenti ospedalieri è entrato in vigore il primo gennaio 2003. L'Anaa localmente si è opposta a quel contratto giudicandolo insoddisfacente sia da un punto di vista normativo sia da un punto di vista economico, ma non avendo i numeri non c'è stato nulla da fare. Adesso però le cose stanno cambiando: l'Anaa sta crescendo, gli iscritti aumentano giorno dopo giorno e per novembre, il mese della conta delle rappresentanze sindacali, è probabile che raggiunga il 50% degli iscritti. A quel punto la Provincia, giocoforza, dovrà riaprire il tavolo. Nel frattempo per ottobre è in programma uno sciopero per ribadire i motivi della protesta. In quest'intervista Mario Tagnin, da aprile nuovo responsabile Anaa per la provincia di Bolzano, illustra le ragioni che hanno portato il sindacato a non firmare il contratto.

**Dottor Tagnin, il vecchio direttivo dell'Anaa ha portato avanti la trattative per circa tre anni poi la base si è rifiutata di firmare il contratto, da qui il cambio del vertice e la sua nomina a responsabile per la provincia di Bolzano. Su quali punti c'è stata la rottura?**

Diciamo subito che il nostro contratto è molto complicato da un punto di vista normativo-economico. Comunque, lo scorso contratto prevedeva 38 ore di lavoro, 34 ore erano di attività clinica secondo la normativa nazionale e poi c'erano 4 ore di aggiornamento settimanali. A queste c'erano da aggiungere da un minimo di due ad un massimo di sei ore di plus orario che consentivano quasi di raddoppiare lo stipendio quindi da un punto di vista economico eravamo molto soddisfatti.

Ora è tutto cambiato. Il nuovo contratto infatti prevede un taglio, meglio dire un dimezzamento, del plus orario per cui chi faceva 6 ore adesso non può farne più di 3 con un effetto a cascata sullo stipendio che ovviamente non è più quello di prima. Il danno maggiore è per i più giovani che per cercare di raggiungere la stessa cifra economica sono costretti a fare lo stesso numero di prestazioni in un minore numero di ore.

Tra l'altro, noi non abbiamo la libera professione siamo esclusivisti completi c'è un tentativo di apertura alla libera professione ma è più teorica che di fatto.

**In pratica questo che vuol dire?**

In concreto significa che per fare la libera professione occorre essere autorizzati dal direttore generale il quale può anche revocare questo permesso in qualsiasi momento.

Per fare l'intramoenia il medico deve rinunciare alle ore di plusorario per cui si ferma allo stipendio base non riscendo a introitare la somma che guadagnerebbe con le ore di plus orario.

Aggiungo che su questo pensavamo di far ricorso alla Corte Europea perché a nostro giudizio tutti questi paletti messi dalla Provincia, relativo allo svolgimento della libera professione, violano i nostri diritti

**Il nuovo contratto che cosa prevede in materia di aggiornamento?**

Questo è un altro punto dolente. Nelle 38 ore previste dal contratto sono state abolite le 4 di aggiornamento. La giustificazione della controparte è che ci garantisce l'Ecm per tutti i medici ospedalieri.

L'aggiornamento ufficialmente ancora non è partito, probabilmente visto che i soldi sono pochi organizzeranno dei corsi provinciali per cui i crediti formativi varranno solo a livello provinciale. La cosa ci preoccupa perché, se così dovesse essere, il rischio è che un collega decidendo di spostarsi in qualunque altra parte del Paese rischia di non vedersi riconosciuti i crediti.

**Quali altri elementi non vi hanno soddisfatto al punto da non firmare?**

Sicuramente la normativa in materia di guardie. Mi spiego. Le guardie all'80% sono fatte fuori orario, il contratto prevede che si possono fare in orario salvo esigenze di servizio. Ora, le esigenze di servizio sono tali che in tutti gli ospedali l'80/90% dei medici deve fare le guardie fuori orario altrimenti non si riesce a coprire quella che è la normale attività.

**Mediamente quante ore di guardia fate?**

Abbiamo i turni di guardia che superano quasi sempre le 12 ore, a Bolzano ci sono turni di 12 ore notturni seguiti per esigenze di servizio dal normale lavoro diurno. Spesso il medico che fa la guardia di notte non può smontare e deve rimanere in ospedale fermarsi fino a mezzogiorno o alle due o addirittura alle cinque a seconda delle esigenze di servizio. Negli ospedali periferici, Merano, Brunico, Bressanone, San Candido e via via quelli più piccoli ci sono turni a volte anche di 36 ore continuative. Per cui il carico di lavoro è enorme.

Nelle trattative pre-contrattuali, c'era scritto che di norma le guardie potevano essere fatte in orario di lavoro e si poteva recuperare il tempo trascorso in guardia. Invece, nel contratto tutto è rimasto vago e questa poca chiarezza fa sì che l'interpretazione sul servizio sia del tipo: "oltre il normale servizio di disponibilità c'è il servizio di guardia".

C'è una recente sentenza della Corte europea, che dà ragione al ricorso di un medico tedesco il quale chiedeva di fare le guardie in orario di servizio. Questo pronunciamento ci fa ben sperare, visto che il nostro sistema si ispira a quello tedesco. Su questo la Provincia dovrà rimettere mano al contratto, pare addirittura che si rincontreranno le parti che hanno firmato perché si sono resi conto che le guardie fuori orario senza recupero sono illegali.

Il problema nostro è questo: la maggioranza dei medici preferisce comunque fare le guardie fuori orario perché è l'unico motivo di guadagno extra, il problema è la tutela di quel 20-30% di medici che le vuole fare in orario, questo è un discorso di diritto del singolo.

**La vostra è dunque una "battaglia" di diritto, su questo punto come si comportano le altre sigle?**

Prima della firma del contratto eravamo soli, adesso anche il sindacato omologo di lingua tedesca il Bsk,

che fa capo al partito di maggioranza il Südtirol-Volkspartei, per non perdere iscritti, mentre noi stiamo aumentando in maniera vertiginosa in queste ultime settimane sta venendo sulle nostre posizioni. Stesso discorso per l'Aaroi (il sindacato degli anestesisti rianimatori), anche loro stanno venendo sulle nostre posizioni visto che stiamo drenando iscritti anche da loro.

Se dovesse continuare, così credo che si potrebbe azzardare visto che novembre è il mese dei conteggi degli iscritti alle sigle sindacali, una maggioranza assoluta da parte dell'Anaa. I colleghi degli altri sindacati vedendo come ci stiamo muovendo ci seguono, tutti tranne l'Anpo (il sindacato dei primari ospedalieri) poiché il contratto è stato fatto a misura di primario con stipendi da favola. L'Anaa ha fomentato la rivolta e se continua ad andare come è andata finora non escludo che si possa arrivare al 50%: a quel punto si potrebbe anche ipotizzare di far cadere il contratto. Io sono fiducioso.

**La situazione è quindi in rapida evoluzione, c'è fermento, c'è interesse da parte dei medici su quello che state facendo al punto che state aumentando le iscrizioni al vostro sindacato. È possibile ipotizzare delle iniziative da parte vostra nei confronti della Provincia?**

Per la prima metà di ottobre abbiamo previsto uno sciopero dopo vent'anni che non ne facevamo. I motivi, oltre a quelli che ho spiegato finora, sono anche di natura economica in quanto per raggiungere lo stipendio di prima bisogna fare le stesse prestazioni in meno tempo, quindi con un carico di lavoro eccessivo, considerato che noi siamo in una situazione di sotto organico.

## Provincia Autonoma di Bolzano

**Popolazione:** 446.182

**Aziende speciali Usi:**

4 (Bolzano, Merano, Bressanone, Brunico)

**Ospedali pubblici:**

7 (1 centrale, 3 aziendali, 3 di base)

**Medici convenzionati con il Ssn:**

283 (237 medici di famiglia e 46 pediatri di libera scelta)

**Medici ospedalieri:** 689

**Posti letto per acuti in strutture provinciali:** 2.518

**Posti letto ordinari:** 2.405

**Posti letto per riabilitazione e lungodegenza:** 200

PRESENTATA LA "RELAZIONE SULLO STATO SANITARIO DEL PAESE 2001-2002"

# Italia sempre più longeva. Ma per Sirchia il 25% delle prestazioni è inappropriato

di Riccardo Tomassetti

Undici mesi in media di speranza di vita in più: è quanto hanno guadagnato gli italiani dal 1999 al 2002 secondo la Relazione sullo Stato sanitario del Paese 2001-2002. E se la mortalità per malattie cardiovascolari, la prima causa di morte, è diminuita dell'1% nell'ultimo biennio, dal '98 a oggi si muore meno anche di tumore (-1,4% per gli uomini e -1,5% per le donne).

Ma affianco a queste buone notizie, la Relazione mette in guardia dai nuovi pericoli che minacciano il benessere degli italiani. È la povertà il "singolo fattore più importante nel determinare le cattive condizioni di salute. E in Italia diversi milioni di individui sono al di sotto del reddito adatto ad assicurare condizioni di sufficienza".

## Lotta agli sprechi

E così, mentre da una parte al singolo cittadino (che diventa sempre più sensibile alle tematiche della salute) si indirizzano i messaggi di prevenzione e attenzione, agli operatori del Ssn si richiede una maggiore "appropriatezza" nell'erogazione delle prestazioni. Sotto osservazione in primo luogo l'assistenza ospedaliera: tra acuti, riabilitazione e lungodegenza nel 2000 i costi hanno sfiorato i 34 milioni di euro con un'incidenza pro-capite di 588 euro. Una cifra da ridimensionare, secondo il ministro della salute Girolamo Sirchia che ritiene che circa un quarto di queste prestazioni sia inutile o inappropriato: "eliminarle servirebbe a risparmiare 8 miliardi da investire altrove" ha dichiarato.

## Un medico ogni due posti letto

L'organico del Ssn è costituito dalle 421.752 unità delle Asl (Aziende sanitarie locali), compresi gli Istituti di cura a gestione diretta, e dal personale delle Aziende ospedaliere (216.881). Nel 2001 tale personale ammonta a 648.633 unità e risulta così ripartito: il 67% ruolo sanitario, il 21% tecnico, il 10% amministrativo e lo 0,2% professionale. Nelle strutture di ricovero delle Asl, nell'ambito del ruolo sanitario, il personale medico è costituito da 46.225 unità, pari a 4,5 medici ogni 10 posti letto, e quello infermieristico da 120.310 unità (pari a 11,7 infermieri ogni 10 posti letto). Nelle aziende ospedaliere operano invece 38.148 medici e 94.144 infermieri pari rispettivamente a 5,2 medici e 12,8 infermieri ogni 10 posti letto.

## La gestione delle emergenze

Ancora poco diffusa l'ospedalizzazione domiciliare (erogata solo da 64 servizi corrispondenti a poco più dell'8% delle strutture ospedaliere esistenti), mentre i 7.981 posti letto dedicati alle emergenze (circa 13,8 per ogni 100.000 abitanti) costituiscono il 3,3% complessivo dei posti letto utilizzati per acuti, coerentemente con quanto stabilito dalle linee guida nazionali del '96. Sempre nel 2001, il 37,7% degli ospedali risulta dotato di un dipartimento di emergenza e circa la metà del totale degli istituti si avvale di un servizio di rianimazione. Il pronto soccorso è presente nell'83% circa degli ospedali. Nel dettaglio, tra istituti pubblici e privati accreditati, disponiamo di 3.930 posti letto di terapia intensiva (6,7 per 100.000 abitanti), 1.186 di terapia intensiva neonatale (2,3 per 1.000 nati vivi) e 2.687 di unità coronarica (4,6 per 100.000 abitanti).

## Il boom dei day hospital

Oltre 9 milioni di ricoveri per un totale di circa 70 milioni di giornate di degenza: così nel 2001 sono stati utilizzati i circa 260.000 posti letto disponibili per degenza ordinaria di cui il 19% nelle strutture private accreditate e quasi 25 mila per day hospital, quasi totalmente pubblici (93%), messi a disposizione dai 1.410 Istituti di ricovero e cura di cui si avvale il nostro Ssn di cui 778 (il 55%) appartengono al settore pubblico. Le recenti politiche di riorganizzazione della rete ospedaliera hanno ridotto del 18% i posti letto per la degenza ordinaria mentre quelli di day hospital sono aumentati del 50% anche se, con un'incidenza complessiva pari all'8,9% sul

totale, non raggiungono ancora lo standard fissato nel 1992. Umbria (14%), Provincia autonoma di Trento (11,7), Piemonte (10,6), Emilia Romagna (10,4), Lazio e Sicilia (10,1) le regioni che superano il valore previsto del 10%. Addirittura inferiore al 5% il rapporto raggiunto dal Molise e dalla Provincia autonoma di Bolzano.

## Da una regione all'altra

Ma è in termini di posti letto per abitante e di spesa procapite che si evidenziano le maggiori differenze regionali. Si va infatti dai 3,1 letti per degenza ordinaria del Friuli ai 4,8 di Bolzano, con un generale sottodimensionamento delle strutture del sud. Mentre la più elevata spesa procapite per l'assistenza ospedaliera si registra in Valle d'Aosta (con 797 euro), seguita dalla Provincia autonoma di Bolzano (793) e dall'Abruzzo (754), il minimo è raggiunto dalla Toscana con una spesa di soli 524 euro procapite. Risultati inferiori alla media nazionale sono raggiunti anche dalle isole, da Emilia Romagna, Lombardia e Marche.

## Guardie mediche: più numerose al Sud

In media, ogni medico di base ha un carico potenziale di 1.059 adulti e ogni pediatra di 1.080 bambini, ma con notevoli differenziazioni

## Dica trentatré... lo stato di salute degli italiani

Lo dice l'Oms: l'Italia è il paese con il più intenso e veloce tasso di invecchiamento della popolazione. Negli ultimi 4 anni la speranza di vita dei cittadini italiani è cresciuta di quasi undici mesi passando da 75,8 anni per gli uomini e 82 per le donne rispettivamente a 76,7 e 82,9. Con il record delle Marche dove uomini e donne hanno una speranza di vita di circa due anni superiore alla media nazionale e l'eccezione della Campania (-2 anni in media). Dal 1999 si è registrata una diminuzione dei decessi dell'1,25% all'anno, soprattutto nelle età avanzate (tra i 75 e gli 84 anni), mentre aumenta la mortalità negli ultraottantacinquenni. I progressi registrati negli ultimi cinque anni mostrano che gli anziani possono non solo aspettarsi di vivere di più ma soprattutto di farlo conducendo una vita con una proporzione maggiore di anni liberi da disabilità. I problemi gravi emergono in genere tra i "grandi anziani", cioè gli ultrasettantacinquenni.

Inoltre, sempre più bambini nascono sani e si mantengono in salute: decre-

scono le morti per cause materne, perinatali e infantili (il tasso di mortalità infantile, in particolare, è sceso dallo 0,5 allo 0,4% per ogni 10 mila nati vivi). La quasi totalità (99,6%) delle donne è stata seguita da un operatore sanitario durante la gravidanza e si è sottoposta a controlli nei primi mesi di gestazione (entro il terzo mese il 93% ha effettuato la prima visita e l'84% l'ecografia). Prosegue il trend della riduzione della mortalità per il complesso di tutti i tumori: aumenta la sopravvivenza relativa per tutte le neoplasie maligne a 5 anni dalla diagnosi dal 27% al 40% negli uomini e dal 45% al 56% nelle donne, grazie soprattutto a diagnosi più precoci. Si muore di meno anche di cuore: dal '96 a oggi si è registrata una diminuzione complessiva dell'1% (per uomini e donne), anche se i più colpiti restano gli uomini. Mentre il primato spetta alle donne (soprattutto del nord) per quanto riguarda la mortalità per cause cerebrovascolari. Queste malattie, oltre a rappresentare la terza causa di morte, costituiscono la prima causa di disabilità permanente nell'adulto.

a livello regionale. Differenze territoriali che riguardano anche la distribuzione dei 2.999 punti di guardia medica censiti nel 2002 (lo 0,8% in più rispetto all'anno precedente) in cui trovano occupazione 14.035 medici titolari (+2,4% rispetto al 2001), pari a 24,26 ogni 100.000 abitanti. A parte la Valle d'Aosta e la Provincia autonoma di Trento, che presentano quasi 7 punti di guardia medica ogni 100.000 abitanti, per quasi tutte le Regioni dell'Italia nord-centrale si registrano valori inferiori alla media nazionale di 5,18.

**La rete palliativa**

Aumenta l'attenzione dedicata ai malati terminali. Mediante i finanziamenti statali previsti dall'apposito programma, è prevista in totale l'attivazione di oltre 2.000 posti letto in strutture residenziali apposite, gli hospice. Che completano il "pacchetto" di offerte di assistenza per i malati terminali, basato principalmente sull'assistenza a domicilio, sede privilegiata preferita dal malato e dal nucleo familiare nel 75-85% dei casi. Si ricorre agli hospice per quel 15-25% di malati non assistibili a casa. Si stima che in Italia ogni anno il 90% degli oltre 157 mila malati che muoiono di malattia neoplastica passino per una fase terminale che necessita di palliazione. A cui si aggiungono i malati non neoplastici che, secondo le stime, dovrebbero costituire un bacino di utenza potenziale di cure palliative pari al 50-100% dei 141.300 utenti potenziali per malattia neoplastica. La fase terminale richiede livelli assistenziali a complessità differenziata, adeguati alle necessita del malato che mutano in modo rapido e imprevedibile. Per questo è necessario programmare un sistema a rete che offra la massima possibilità di integrazione tra i diversi modelli di intervento e i soggetti professionali coinvolti.

**Italia in vetta per le donazioni. La rimonta del centro-sud**

Non solo con 18,1 donatori per milione di abitanti abbiamo raggiunto e superato la media europea, passando dai 329 donatori del 1992 ai 945 del 2002, ma i dati raccolti nella Relazione dimostrano che la qualità del sistema trapianti in Italia è assolutamente elevata e in grado di garantire buone performance in tutti i centri attualmente operativi. Aumentate del 15% solo nell'ultimo anno le donazioni registrate nel centro-sud. Tra i risultati positivi, particolare attenzione alla riabilitazione dei pazienti trapiantati: la stragrande maggioranza torna a svolgere una normale attività, compatibile con la propria età biologica. Ma, nonostante i 2.681 pazienti trapiantati nel 2002, ancora 7.451 malati aspettano un rene (tempo medio d'attesa 3,2 anni), 1.440 un fegato (1,6 anni), 788 un cuore (1,9 anni) e 242 un polmone (1,8 anni l'attesa media).

**Costo dell'assistenza ospedaliera**

Regioni	Complessivo (euro)	pro-capite (euro)
Piemonte	2.407.015.034	561
Valle D'Aosta	95.910.178	797
Lombardia	4.962.944.217	547
P.A. Bolzano	367.007.184	793
P.A. Trento	304.378.005	643
Veneto	2.965.080.800	657
Friuli Venezia Giulia	754.853.920	637
Liguria	1.122.101.773	690
Emilia Romagna	2.154.433.008	541
Toscana	1.854.126.232	524
Umbria	490.897.964	588
Marche	777.249.041	532
Lazio	3.850.242.477	731
Abruzzo	963.811.865	754
Molise	196.765.947	600
Campania	3.191.135.534	552
Puglia	2.342.537.972	573
Basilicata	393.081.543	648
Calabria	1.151.027.491	561
Sicilia	2.702.226.446	531
Sardegna	875.722.911	530
<b>ITALIA</b>	<b>33.922.549.541</b>	<b>588</b>

Per Lombardia, Abruzzo, Campania, Calabria, Sicilia il dato è stato stimato a partire dal 1999. I dati si riferiscono ai costi effettivamente sostenuti sul territorio della regione. I costi dell'assistenza ospedaliera sono al netto dei costi amministrativi imputabile a tale livello, il cui importo è pari a 3.616.051.000 euro.

Fonte: Ministero della Salute D.G. della Programmazione Sanitaria

**Tassi di ospedalizzazione per degenza ordinaria e day hospital. Anno 2000**  
**Strutture di ricovero pubbliche e private accreditate. Discipline per acuti**

Regioni	Tasso di ospedalizzazione degenza ordinaria	Tasso di ospedalizzazione day hospital	Tasso complessivo di ospedalizzazione
Piemonte	135,8	48,0	183,8
Valle d'Aosta	150,5	53,3	203,8
Lombardia	156,5	49,8	206,3
Prov. Aut. di Bolzano	183,4	16,1	199,5
Prov. Aut. di Trento	156,9	46,2	203,1
Veneto	142,9	49,8	192,7
Friuli Venezia Giulia	145,1	39,0	184,1
Liguria	169,1	71,4	240,5
Emilia Romagna	146,9	59,1	206,0
Toscana	143,6	43,8	187,4
Umbria	157,5	60,9	218,4
Marche	166,9	43,4	210,3
Lazio	152,7	43,5	196,2
Abruzzo	203,4	42,5	245,9
Molise	192,8	13,9	206,7
Campania	168,3	39,1	207,4
Puglia	196,8	35,4	232,2
Basilicata	180,3	40,2	220,5
Calabria	176,7	38,0	214,7
Sicilia	151,0	49,8	200,8
Sardegna	160,9	62,7	223,6
<b>ITALIA</b>	<b>158,6</b>	<b>46,8</b>	<b>205,4</b>

Fonte: Sistema Informativo Sanitario - SDO

## MOBILITÀ VOLONTARIA

# È illegittima la sospensione del trasferimento

Il sopraggiungere di difficoltà finanziarie dell'azienda non la esonera dal far fronte agli obblighi retributivi

Il nostro ordinamento subordina la possibilità per il datore di lavoro di trasferire il proprio dipendente da un'unità produttiva ad un'altra al ricorrere di comprovate ragioni di carattere tecnico, produttivo od organizzativo, ma tace in merito all'esistenza, in capo al lavoratore, di un generalizzato diritto ad ottenere il mutamento della sede di lavoro. Le uniche norme dalle quali può ricavarsi il diritto del prestatore di lavoro subordinato ad ottenere il trasferimento, sempre che ciò risulti possibile in relazione alle esigenze organizzative dell'impresa, concernono infatti i lavoratori portatori di handicap ed i lavoratori che abbiano la necessità di assistere con continuità un familiare disabile non ricoverato presso centri terapeutici specializzati, i quali possono scegliere la sede di lavoro più vicina al proprio domicilio.

Ciò non esclude, d'altra parte, che la contrattazione collettiva possa prevedere una disciplina del trasferimento che attribuisca al lavoratore la possibilità di ottenere il mutamento dell'unità produttiva nella quale svolgere le mansioni di competenza.

Per quanto riguarda l'area della dirigenza medica del Servizio sanitario nazionale, il contratto collettivo vigente attribuisce al lavoratore, sia pure al ricorrere di taluni particolari presupposti, un autentico diritto soggettivo ad ottenere il trasferimento verso uno degli altri enti del Comparto Sanità, anche se ubicati in regioni diverse.

Più specificamente, occorre in primo luogo che il dirigente, superato il periodo di prova, ottenga sia il nulla osta dell'azienda presso la quale svolge le proprie mansioni che l'assenso dell'ente di destinazione. In secondo luogo, presso quest'ultima struttura deve essersi verificata una carenza di organico che abbia ad oggetto una posizione professionale compatibile con l'area o la disciplina del lavoratore che intende trasferirsi.

Il contratto collettivo, allo scopo di evitare che il trasferimento pregiudichi l'organizzazione della struttura alla quale appartiene il dirigente, pone inoltre alcune norme procedurali idonee a contemperare la legittima pretesa del lavoratore e la continuità del rapporto tra il medico ed i pazienti. Va infatti tenuto presente che il nulla osta dell'azienda di provenienza deve essere rilasciato nel termine di dieci giorni dalla richiesta e che in sua assenza l'autorizzazione della direzione aziendale è sostituita da un periodo di preavviso di tre mesi.

Una volta perfezionatosi il trasferimento il rapporto di lavoro prosegue per il dirigente senza alcuna soluzione di continuità, con la conseguenza, ad esempio, che il lavoratore interessato avrà diritto alla conservazione dell'anzianità di servizio maturata e che gli eventuali addebiti disciplinari relativi a comportamenti posti in essere nell'ex struttura di appartenenza costituiscono precedenti valutabili dalla direzione dell'ente di destinazione.

Ad ogni modo, il trasferimento volontario si perfeziona nel momento in cui si avverano tutte le condizioni previste dalla contrattazione collettiva. Pertanto, avendo ricevuto l'accettazione dell'istanza di trasferimento da parte dell'azienda nella quale ci si intende trasferire, resta da ottenere il rilascio del nulla osta della struttura di provenienza.

Se tale autorizzazione non perviene al dirigente entro dieci giorni dalla richiesta, l'assenso della direzione aziendale di provenienza è sostituito da un periodo di preavviso di tre mesi. Durante tale periodo il rapporto di lavoro continua a tutti gli effetti con l'azienda di provenienza, salvo l'eventuale rilascio, prima della scadenza dei tre mesi, del nulla osta che consente il perfezionamento del trasferimento. In ogni caso, alla scadenza del periodo di preavviso, anche in assenza di autorizzazione da parte dell'Azienda di provenienza, il trasferimento si considera perfezionato.

Pertanto, in materia di conferimento degli incarichi la regola della continuità del rapporto di impiego del dirigente trasferito deve essere coordinata con la necessità, coerente col principio costituzionale del buon andamento dell'azione amministrativa, di integrare utilmente il lavoratore nell'azienda di destinazione.

Va premesso, in proposito, che il Testo Unico in materia di lavoro pubblico ed il contratto collettivo per l'Area della Dirigenza Sanitaria stabiliscono che per il conferimento di ciascun incarico di funzione dirigenziale si debba tenere conto delle attitudini e delle capacità professionali del singolo dirigente, valutate anche in considerazione dei risultati conseguiti con riferimento agli obiettivi fissati nella direttiva annuale, e che nel passaggio ad incarichi diversi non si applica la normativa ordinaria in materia di divieto di demansionamento e di adibizione a mansioni superiori.

Inoltre, allo scopo di consentire all'azienda di destinazione di disporre della più ampia libertà nell'attribuzione delle responsabilità e dei carichi di lavoro, lo stesso contratto collettivo stabilisce che il dirigente a cui era stata attribuita, prima di ottenere il trasferimento, la responsabilità di unità operativa complessa perde, a seguito del trasferimento stesso, tale incarico.

La medesima disposizione precisa, infine, che l'azienda di destinazione provvederà ad affidare al dirigente trasferito, sulla base delle pregresse esperienze di lavoro, un incarico di direzione di struttura semplice ovvero un incarico di natura professionale anche di alta specializzazione, di consulenza, studio, ricerca, ispezione verifica o controllo. La responsabilità della struttura complessa, invece, potrà essere eventualmente conferito dalla nuova azienda nel rispetto delle ordinarie procedure di assegnazione.

## Illegittimità del provvedimento di sospensione del trasferimento

Quanto esposto finora in merito alla natura di diritto soggettivo da assegnare al trasferimento volontario induce a ritenere che l'azienda sanitaria, ricorrendo i menzionati requisiti sia tenuta ad inserire il lavoratore nel proprio organigramma e a versare allo stesso le relative retribuzioni a partire dalla data di decorrenza del mutamento di sede.

Né l'Ente di destinazione può sottrarsi a tale effetto invocando il sopraggiungere di difficoltà finanziarie che non gli consentano di fare fronte agli obblighi retributivi. Va infatti considerato che al datore di lavoro non è consentito sospendere il rapporto di lavoro e conseguentemente il versamento delle retribuzioni a causa della generica indisponibilità di risorse economiche. Semmai, l'azienda sanitaria potrebbe decidere di non avvalersi della collaborazione del dirigente trasferito nel proprio organico ricorrendo alle vigenti normative in materia di eccedenza di personale nelle pubbliche amministrazioni. Resta fermo, in ogni caso, che nelle more della procedura di messa in mobilità il rapporto di lavoro del dirigente prosegue senza soluzione di continuità.

Di conseguenza il lavoratore, al fine di ottenere il diritto a percepire le retribuzioni di sua spettanza, è semplicemente tenuto ad offrire all'Azienda di destinazione le proprie prestazioni presentandosi sul posto di lavoro a partire dalla data di decorrenza del trasferimento.

L'azienda sanitaria, peraltro, oltre a versare le retribuzioni, deve conferire al dirigente trasferito un incarico confacente alla sua professionalità, non potendo limitarsi a mantenere il dipendente in una condizione di mera disponibilità.

In caso contrario, il dirigente potrebbe legittimamente adire l'autorità giudiziaria allo scopo di vedersi riconosciuto il diritto al risarcimento del danno alla professionalità, atteso che tale specifico pregiudizio sussiste non solo in caso di assegnazione a mansioni inferiori dal punto di vista qualitativo, ma anche quando il lavoratore, pur non subendo alcuna diminuzione sul piano retributivo, sia lasciato in condizioni di forzata inattività ovvero senza assegnazione di compiti.

Va poi considerato che la professionalità acquista connotati più estesi rispetto al tradizionale significato di insieme delle capacità professionali e delle conoscenze tecniche che rendono idoneo il lavoratore a svolgere le mansioni affidate. Pertanto, risulta meritevole di una specifica tutela risarcitoria anche il danno patrimoniale futuro provocato dal ridimensionamento delle possibilità di carriera e di guadagno, ovvero, in altri termini, dalla cosiddetta perdita di chances.

La dequalificazione professionale, inoltre, può provocare l'obbligo del datore di lavoro di risarcire al lavoratore interessato l'eventuale danno biologico, e cioè la lesione dell'integrità psico-fisica della persona. Va infine segnalato che recentemente alle categorie di danno appena viste si è aggiunta quella ulteriore costituita dal cosiddetto danno esistenziale. In questo modo, la giurisprudenza è giunta ad ammettere la risarcibilità della sofferenza, cagionata dalle condotte demansionanti del datore di lavoro, che non raggiunge una intensità tale da dare origine a quella lesione psicofisica costituente danno biologico, ovvero, nei casi prescritti dalla legge penale, danno morale.

**Virgilio Notari**

Anaao-Cref

Servizio Tutela Lavoro

## IL PUNTO

## Eliminare gli interventi chirurgici sugli anziani: una proposta inqualificabile

di Alberto Andrion

In Germania, alcuni rispettabili (?) professori e rappresentanti politici hanno proposto di contribuire al risanamento dei costi sanitari interrompendo la prassi di eseguire interventi chirurgici sugli anziani. Secondo alcuni su tutti gli anziani over 75, secondo altri selezionando la casistica, ad esempio non eseguendo più protesi d'anca sugli over 85. Che questo comportamento possa significare una vera e propria condanna a morte di una persona (vedi il caso di una frattura di femore) pare purtroppo essere stato elemento di secondaria importanza nelle valutazioni di carattere economico miranti "al bene comune" delle finanze pubbliche. Fortunatamente, la reazione dei medici e del ministro tedesco della sanità è stata di immediata condanna della proposta, ma rimane il fatto inquietante che la brillante idea sia stata pensata, elaborata nelle sue caratteristiche tecniche e diffusamente pubblicizzata. Nella realtà di tutti i giorni, la salute e la qualità della vita paiono – contrariamente a quanto dichiarato negli spot pubblicitari dei politici – valori in regressione. Ad esempio, all'inizio di settembre il ministro degli interni tedesco ha dichiarato in una intervista al quotidiano "La Stampa" che l'età pensionabile deve essere innalzata in quanto non ci si può permettere che un 60enne in buona salute possa andare in pensione e poi giocare a tennis per altri 15 anni a Maiorca (sic!). La quadratura del cerchio potrebbe essere: lavorare sino a 75 anni, andare in pensione ammalandosi quasi subito, rientrare nella fascia degli "inoperabili" e passare quindi a miglior vita. In questo modo il problema del welfare sarebbe risolto alla radice e lo stato potrebbe pure guadagnarci. Fantapolitica denigratoria? Può darsi: ma se fidarsi è bene, non fidarsi è meglio!

## EU

## Byrne: è urgente il decollo dell'ECDC

La Sars è stata più che un campanello di allarme per l'Europa e ha mostrato come l'Unione europea abbia sì un meccanismo per monitorare la diffusione del virus, ma nessun sistema efficace di controllo delle malattie trasmissibili a livello europeo – ha ricordato il commissario europeo per la Salute e la Protezione dei consumatori, David Byrne, in occasione della proposta adottata a fine luglio dalla Commissione europea per la creazione del European Centre for Disease Prevention and Control (Ecdc). Centro di cui Byrne da tempo auspicava la nascita e che ora la nuova minaccia sanitaria ha reso di così urgente realizzazione. Le malattie trasmissibili non rispettano i confini nazionali e in un'Europa dove ogni giorno milioni di cittadini si spostano attraverso i confini nazionali c'è bisogno di un'azione rapida e coordinata in caso di minaccia sanitaria è stato ribadito in sede di Commissione. Il primo obiettivo dell'Ecdc è quello di mettere insieme l'expertise scientifico europeo e rinforzare i sistemi nazionali di allerta per rispondere più rapidamente ed efficacemente al diffondersi di una malattia e per essere meglio preparati in caso di epidemie e attacchi terroristici. L'attuale network europeo per le malattie trasmissibili, gestito dalla Commissione europea e basato sulla cooperazione ad hoc tra gli Stati membri, operativo sin dal 1991, non è più sufficiente e il maggio scorso i ministri europei della sanità hanno riconosciuto l'urgenza di rafforzare le sinergie tra gli attuali centri nazionali di controllo delle malattie. L'Ecdc, dopo l'approvazione del Parlamento e del Consiglio europeo, potrebbe essere operativo già nel 2005 divenendo così un'agenzia europea indipendente. Al decollo potrà contare su uno staff ridotto a 15 persone - con un'estesa rete di contatti con istituti e accademie scientifiche europee - e su un budget iniziale di 3,7 milioni di euro per poi disporre entro il 2007 di un budget di 8,5 milioni di euro e di 70 funzionari. Come primo passo svilupperà la sorveglianza a livello europeo per poi assumersi i compiti attualmente svolti dal network europeo per le malattie trasmissibili, il che comporterà fin da subito un'armonizzazione dei metodi di sorveglianza sanitaria e una maggiore compatibilità dei dati raccolti. La Commissione tiene a sottolineare che l'attività del Centro non comporterà né aggravii burocratici ("non vogliamo creare l'equivalente dei Centri statunitensi di Atlanta per il controllo delle malattie con uno staff di 850 persone e un budget di 6,5 miliardi di dollari" afferma Byrne) né sminuirà la responsabilità delle singole autorità nazionali in tema di salute pubblica.

## UK

## Contratto: fumata nera. La Bma dà il via al riesame di 4 anni di trattative

Si ricomincia. Non sembra più così vicino il sì dei medici al nuovo contratto (cfr. Dirigenza Medica N. 6/2003). Imbarazzata la Bma, l'Ordine dei medici britannico, nell'ultima seduta ha dovuto prendere atto del rifiuto degli iscritti al contratto negoziato per gli specialisti ospedalieri e i medici di famiglia, nonostante i buoni risultati ottenuti dalla trattativa. Il processo di revisione denominato "Learning the Lessons" è così iniziato e la Bma intende passare al vaglio i tre contratti negoziati negli ultimi 4 anni dai comitati di categoria per specialisti ospedalieri, junior doctors e medici di famiglia. I risultati del riesame saranno pronti a gennaio 2004. Per quanto riguarda il contratto proposto dal comitato di categoria ai medici di famiglia, era stato rifiutato a larga maggioranza il maggio scorso dopo

che la Bma aveva distribuito un "prontuario dei conti" per il calcolo del reddito che aveva "smontato" l'allettante incremento medio del 33 per cento che sembrava offrire l'accordo. E il 70 per cento dei medici che lo aveva utilizzato aveva scoperto che avrebbe guadagnato meno denaro di prima. Il voto fu così posticipato e il ministero della Sanità con la Bma dovettero negoziare un "reddito minimo garantito" per l'esercizio professionale che desse ai medici la garanzia che non ci avrebbero rimesso economicamente con l'accordo. Il contratto fu poi approvato in giugno con un largo margine. La storia del contratto degli specialisti ospedalieri è ancor più irta di ostacoli non ancora superati. Il no al contratto, proposto loro l'ottobre scorso, era sfociato nelle dimissioni del presidente del

comitato di categoria Peter Hawker, cui è succeduto il più battagliero Paul Miller. Successivamente il comitato tentò di rinegoziare i termini, ma l'allora ministro della Sanità Alain Milburn oppose un rifiuto e anzi suggerì di pervenire a degli accordi a livello locale.

La collera degli specialisti ospedalieri non tardò ad arrivare e si cominciò a parlare di interruzione delle attività in segno di protesta. Con la nomina di John Reid, dopo le dimissioni del ministro Milburn (per motivi non correlati al contratto) sono riprese le trattative. Il problema della disparità di trattamento per quanto riguarda le ore lavorative sembra parzialmente risolto, ma la data del voto per il nuovo contratto, con le ulteriori modifiche, non è ancora stata stabilita.

## GERMANIA

## Nel dibattito sul contenimento della spesa malcontento per i "tagli" agli anziani

Non si è spento nel periodo estivo il dibattito sulle misure per il contenimento dei costi sanitari in Germania, alle prese con una difficile congiuntura economica. Se la riforma di razionalizzazione del sistema sanitario, presentata dal governo il 2 agosto scorso, dovrebbe, almeno nell'immediato, evitare il collasso delle compagnie di assicurazione resta ferma la necessità, ribadita da esperti e politici, di "ricostruire" l'intera assistenza sanitaria tedesca. Le misure proposte in particolare intendono arginare l'esplosione dei costi nelle aree dell'assistenza agli anziani affetti da patologie e dei fondi pensione che dovranno essere necessariamente sostenuti dalle nuove generazioni.

Con la riforma – giudicata la più radicale dal dopoguerra – il governo conta di apportare tagli al budget sanitario per 9,9 miliardi di euro, per arrivare a un risparmio di oltre 23,1 miliardi entro il 2007. Va ricordato che la spesa sanitaria pubblica totale della Germania, escludendo Usa e Svizzera, è tra le più alte e ammonta a 143 miliardi di dollari l'anno (dato 2001). Altri punti importanti riguardano gli aumenti dei ticket per farmaci e prestazioni e l'obbligatorietà per i medici di seguire regolari corsi di aggiornamento professionale, con sanzioni per la mancata frequenza che vanno dal decurtamento dello stipendio alla cancellazione dall'Albo.

A questa operazione di risanamento dei conti in sanità sarebbe contrario – secondo un recente sondaggio – circa il 64 per cento dei tedeschi, anche se le misure dovrebbero far loro risparmiare, abbassando di un punto percentuale l'attuale costo dell'assistenza sanitaria che per il cittadino si attesta sul 14 per cento del reddito lordo.

Ma a riscaldare gli animi hanno contribuito in particolare due proposte che prevedono tagli sulle prestazioni agli anziani. La recentissima del ventitreenne Philip Missfelder, a capo dell'organizzazione giovanile del partito Cristiano democratico di opposizione, che propone non vengano più fornite nuove dentiere e protesi all'anca agli over 85. E quella lanciata al governo, all'inizio dell'estate, in un programma televisivo da Joachim Wiemeyer, teologo e professore della Bochum University, e Friedrich Breyer della Konstanz University che ipotizza "l'astensione" dagli interventi chirurgici sui pazienti ultrasettantacinquenni. Unanime la pubblica condanna da parte di medici e politici, ministro della Sanità Ulla Schmidt compresa. Il professor Breyer, che pure ha preso le distanze dalla trasmissione televisiva che lo avrebbe a suo giudizio mal rappresentato, tuttavia non ha aggiustato il tiro in una sua lettera aperta in cui, nel mentre chiede un dibattito pubblico che porti a regole chiare in materia di razionalizzazione, precisa che tali regole dovrebbero essere dettate dai politici piuttosto che dalla classe medica. Se la Germania continuerà a fornire gli attuali livelli di assistenza "illimitata" – prevede Breyer – entro il 2020 il 30 per cento del reddito se ne andrà in tasse per l'assicurazione sanitaria. Sulle pagine del settimanale Spiegel non è mancata la replica dei medici che sottolineano come gli interventi di protesi all'anca siano una procedura standard per gli over 85 con fratture, i quali se immobilizzati potrebbero morire se fosse loro negata l'operazione. E semmai devono essere il paziente e il medico a scartare l'ipotesi di un intervento chirurgico per ragioni mediche o di altro tipo, ma non certo economiche.

Alcuni esperti di sanità pubblica suggeriscono di puntare sugli aumenti della contribuzione alla spesa per i farmaci e le cure ospedaliere. Attualmente i cittadini tedeschi che godono di una assicurazione sanitaria obbligatoria, se non ne sono esonerati per reddito o malattia cronica, devono contribuire ad alcune prestazioni, ad esempio con un importo di 4-5 euro per l'acquisto di ogni confezione di medicinali, mentre per l'assistenza ospedaliera e in strutture riabilitative il contributo giornaliero ammonta a 9 euro al giorno per i primi 14 giorni.

Per le cure dentistiche e protesi dentarie l'assicurato paga fino al 50 per cento, che nel caso di regolari visite preventive scende al 40 o 35 per cento.

Secondo altri, le misure proposte non sono troppo utili in quanto gli sprechi sarebbero ovunque nella sanità, altri ancora ritengono si spenda troppo denaro per trattare le malattie acute mentre i pazienti con malattie croniche sono trascurati. Stein Husebo, professore alla Vienna University è categorico: "chi sta per morire di tumore può disporre dei migliori medici e ospedali – ma guai a chi è colpito da demenza, oppure ha una cardiopatia cronica o una malattia ai polmoni".

# OSPEDALITÀ PRIVATA

## Diritti sindacali e ospedalità privata accreditata

Il Contratto collettivo nazionale di lavoro (Ccnl) dei medici dipendenti dell'ospedalità privata accreditata dedica l'intero Titolo XI all'istituto dei diritti sindacali. In particolare gli articoli 32,33,34,35 e 36.

### Rappresentanza Sindacale Medica – Rsm (articolo 32)

Promuove la costituzione di un organismo unitario – Rsm – composto da non più di 3 membri per le strutture sanitarie che abbiano fino a 15 medici, cui competono i compiti di tutela degli interessi dei Medici per la corretta applicazione delle leggi e del Ccnl, nonché il mantenimento dei rapporti con le amministrazioni ed il direttore sanitario.

Tale organismo espleta i suoi compiti nell'ambito previsto dalla Legge 300/70.

### Assemblea (articolo 33)

È previsto il diritto di riunione al di fuori dell'orario di lavoro, nonché durante l'orario di lavoro nei limiti di 15 ore/anno con corresponsione della normale retribuzione. Le riunioni sono indette dalla Rsm con un preavviso di almeno 24 ore. Alle riunioni possono partecipare "dirigenti esterni all'organizzazione sindacali firmataria", previa comunicazione all'amministrazione. Lo svolgimento delle Assemblee non dovrà "creare pregiudizi alle esigenze assistenziali" con il mantenimento dei turni di guardia e l'espletamento delle eventuali prestazioni di emergenza.

### Permessi per cariche sindacali (articolo 34)

"I medici componenti i consigli direttivi nazionale e regionale della Cimop (unica associazione sindacale ammessa alla sottoscrizione del Ccnl, ndr) hanno diritto a permessi sindacali retribuiti" per un massimo annuo di 10 e 8 giorni rispettivamente. "Inoltre a 3

componenti degli organi centrali della stessa organizzazione che verranno nominativamente indicati alle sedi nazionali delle associazioni datoriali firmatarie verranno accordati a loro richiesta altri 10 giorni, per ciascuno, di permessi retribuiti".

### Trattenute sindacali (articolo 35)

"Le strutture sanitarie provvedono mensilmente alla trattenuta della quota sindacale sulle competenze dei medici deleganti (allegato 1)". Dette trattenute verranno versate all'organizzazione sindacale entro il mese successivo a quello di competenza.

### Conservazione del posto di lavoro (articolo 36)

"Nel caso di mutamenti clinico-assistenziali della struttura sanitaria il medico in servizio avrà titolo per la conservazione del suo posto di lavoro, ove consentito dalla nuova struttura e dalla reale possibilità di utilizzazione del medico e sempre che non vi ostino normative o disposizioni vincolanti". I cinque articoli dedicati ai diritti sindacali sottolineano come nel mondo del privato accreditato si voglia sostanzialmente continuare ad imporre un governo "dirigista" del sistema, negando ruolo e funzione a chi non abbia una partecipazione diretta economico-finanziaria. Ne emerge uno scenario sconcertante, per certi versi avvilente, permeato di una visione "old style" dei rapporti professionali.

Nessun cenno alla modalità di relazioni sindacali, nessun cenno alle materie oggetto di negoziazione tra le parti, nessun cenno ad una partecipazione se non altro informativa circa la gestione da parte della amministrazione.

Non è previsto un percorso di applicazione del Ccnl, né la stipula di accordi decentrati. Men che meno si

accenna al ruolo centrale del medico nell'ambito dell'esercizio della prestazione sanitaria, ma nemmeno alla sua indispensabile presenza per il mantenimento in esercizio della struttura sanitaria.

Non si fa nessuna menzione delle normative di accreditamento che, tuttavia, consentono nella gran parte dei casi di svolgere un servizio per il Servizio sanitario nazionale, vitale per la sopravvivenza delle strutture (ma d'altra parte l'accreditamento prevede oltre ai diritti dei doveri...).

Non si prevede alcun momento informativo ed in un solo passaggio si menzionano i "rapporti" con l'amministrazione (art. 32). Senza specificare quale sia l'oggetto di tali "rapporti".

In altre parole si nega qualsiasi ruolo e funzione alla rappresentanza medica. La quale, a sua volta, dovrebbe essere costituita in Rsm per poter oltremodo ridurre le sue possibilità di presenza e apporto.

In coerenza con tutta l'impostazione si menziona un'unica organizzazione sindacale di cui si pone in allegato in modo davvero singolare, oltre che di dubbia legittimità, il modulo di iscrizione/delega.

Un'ultima notazione va fatta circa la "conservazione del posto di lavoro" (art. 36). Che è prevista in occasione di eventuali "mutamenti clinico-assistenziali" della struttura, tutt'altro che infrequente di questi tempi.

Il medico in servizio avrà titolo per la conservazione del suo posto di lavoro "ove consentito dalla nuova struttura". È questo l'ultimo degli articoli riguardanti i "diritti" sindacali.

Ogni commento è davvero superfluo.

**Fabio Florianello**

## PREVIDENZA

### Dalla ricongiunzione alla totalizzazione: un vantaggio per il lavoratore

Se per congiungere fra loro vari spezzoni di contributi previdenziali è necessario, il più delle volte, sottoporsi ad un vero e proprio salasso economico, la totalizzazione rappresenta uno strumento non oneroso. Il meccanismo della totalizzazione consente al dipendente che non abbia maturato il diritto a pensione in nessuna delle gestioni pensionistiche presso le quali ha versato i contributi, di poter utilizzare l'unificazione dei vari periodi per l'ottenimento del trattamento pensionistico.

La legge finanziaria 2001 ha limitato tale condizione solamente per il raggiungimento del diritto a pensione di vecchiaia oppure di mobilità. Resta, ancora, esclusa l'applicazione ai fini del raggiungimento dei limiti previsti per la pensione di anzianità.

Esiste poi un'ulteriore limitazione: la totalizzazione non è consentita quando l'interessato abbia già raggiunto il diritto a pensione presso un ente previdenziale. Il fatto di non poter utilizzare il sistema della totalizzazione ai fini del conseguimento della pensione d'anzianità, riduce fortemente l'interesse, di molti, ad applicare il nuovo metodo. Metodo che vari interventi (Consiglio di Stato, Cassazione, Corte Costituzionale) hanno sollecitato, invece di applicare a sostituzione della ricongiunzione onerosa. Infatti per la pensione d'anzianità occorrono, attualmente, almeno 35 anni di contribuzione che, per chi abbia svolto diverse tipologie di lavoro (pubblico, privato) diventano praticamente irraggiungibili, avendo versato contributi in più casse o fondi previdenziali.

Stessa considerazione negativa riguarda l'altro limite, imposto dalla disciplina, quello di non aver raggiunto il diritto a pensione in nessuno dei fondi in cui sono stati versati i contributi.

È da ritenere che queste condizioni, restrittive, debbano poter trovare una giusta e specifica soluzione più favorevole essendo l'assunto prodotto, con l'introduzione della totalizzazione, un metodo alternativo alla ricongiunzione, sollecitato, appunto, al fine di annullare l'eccessivo costo a carico dell'interessato. Intanto è stata approvata nei termini indicati dalla finanziaria 2001 la normativa regolamentare sulla totalizzazione (Decreto 7 febbraio 2003 pubblicato sulla Gazzetta Ufficiale n. 80 del 5 aprile 2003) anche se si parla di una necessaria sua modifica. Per quanto riguarda in particolare i professionisti, è stato presentato un disegno di legge in Senato (AS 577) dal parlamentare Luigi Campagna (Ccd-Cdu). Il disegno di legge pone una soluzione alle resi-

stenze prodotte dagli istituti previdenziali, privatizzati, che in merito alla totalizzazione avevano avanzato dubbi sulla possibilità di copertura economica alla totalizzazione operata con il sistema retributivo.

Se, infatti, le nuove norme fossero confermate, ogni ente dovrebbe erogare la quota parte di pensione spettante, con il metodo di calcolo retributivo, con un forte aggravio finanziario.

La proposta è, invece, di estendere a tutti i lavoratori il sistema contributivo per il calcolo delle prestazioni da totalizzare.

Unico correttivo al contributivo generalizzato l'anzianità di almeno 18 anni nello stesso ente.

Un'altra condizione, più favorevole agli enti interessati, è la specifica richiesta ad ogni ente interessato, che assolverebbe con un rimborso immediato, pro quota, alla liquidazione prodotta dall'ultimo ente di iscrizione. Il disegno di legge che si indirizza, principalmente, verso i compensi di amministratori e sindaci, e tassazione della società di avvocati, risolve anche la problematica attuale del versamento del contributo del 10-13 per cento all'Inps, stabilendo che l'attività di amministratore, revisore o sindaco, svolta da un professionista iscritto all'albo, costituisce reddito di lavoro autonomo, e quindi va ricondotto (sotto il profilo fiscale e previdenziale) all'oggetto della prestazione svolta in via principale. Tale indirizzo trova rispondenza in una risoluzione approvata, in un recente passato, dalla Commissione Finanza della Camera dei deputati, e che eviterebbe il frazionamento della posizione previdenziale dei professionisti.

Un chiarimento ed una integrazione che sancisca anche per le pensioni di anzianità la possibilità del criterio della totalizzazione, accanto a quello già attuale della ricongiunzione, è auspicabile che venga introdotto nella futura legge finanziaria. Ricordiamo che, comunque, la totalizzazione non dà diritto ad una pensione unica, come avviene, invece, con la ricongiunzione, ma attribuisce ad ogni ente, presso cui siano stati versati contributi previdenziali, l'obbligo di attribuire la propria quota di pensione.

In conclusione si avranno diverse quote di pensione, pagate, pro quota, da ogni ente interessato. In alternativa, la ricongiunzione avrebbe, ed ha, a tutt'oggi, il merito di dare una pensione unica, ma a caro prezzo per l'interessato.

**Claudio Testuzza**

# GIURISPRUDENZA *sentenze e ordinanze*

## Corte di Cassazione

**Terza sezione civile**  
**Sentenza n. 11316/2003**  
**Responsabilità professionale:**  
**ai medici l'onere probatorio**

In tema di responsabilità professionale del medico – chirurgo, dipendente di una struttura ospedaliera, compete al medico e non al paziente, dimostrare che l'insuccesso del suo intervento è stato incolpevole, tutte le volte che il caso affidatogli non sia di particolare difficoltà.

Lo ha deciso la Corte di Cassazione nella sentenza n.11316, nella quale i Giudici ribadiscono alcuni principi fondamentali in tema di responsabilità professionale.

Il caso sottoposto alla Suprema Corte riguardava un bimbo che, per aver sofferto di anossia alla nascita, era rimasto invalido al 100% per microcefalie e una tetraparesi spastica, condizione nella quale era vissuto fino al sopraggiungere della morte undici anni dopo.

La Suprema Corte, dando ragione ai genitori (il bambino avrebbe dovuto essere intubato e sorvegliato dallo stesso ginecologo che avrebbe dovuto, se necessario, disporre l'immediato trasferimento in un centro specializzato), con sentenza di rinvio, ha però, rimesso alla Corte di Appello il chiarimento su un aspetto fondamentale e cioè l'individuazione del reale confine dovere del ginecologo nella fase post-partum, in base ad un accordo di natura privatistica con la madre del nascituro che lo obbliga ad informare la paziente della inadeguatezza anche contingente della struttura, soprattutto quando la scelta di quest'ultima sia effettuata proprio in ragione dell'inserimento di quel medico in quella struttura.

La sentenza detta altre due precisazioni in materia.

La prima in ordine alle fonti di prova con la possibilità di ricorrere a presunzioni logiche nell'ipotesi di una difettosa tenuta della cartella clinica: l'incompletezza del documento clinico non può infatti pregiudicare il paziente.

La seconda in ordine ai doveri del professionista, che, deve adoperarsi al raggiungimento del risultato, nonostante non possano essergli addebitate le carenze della struttura ospedaliera in cui opera, né la condotta colposa di altri dipendenti dell'ospedale.

## Consiglio di Stato

**Sezione sesta**  
**Sentenza n. 4769 /2003**  
**Medici universitari:**  
**per il conferimento**  
**delle mansioni di aiuto**  
**è necessario un decreto rettorale**

Per il conferimento delle mansioni temporanee di aiuto a medici universitari "è necessario un decreto del Rettore, non essendo sufficiente il parere favorevole del Consiglio di Facoltà". Nessuna valenza è infatti da riconoscere alle deliberazioni del Consiglio di Facoltà che si esprimono favorevolmente al conferimento delle qualifiche superiori, in quanto esse costituiscono esclusivamente una fase del procedimento destinato a concludersi con il decreto Rettorale. Lo ha deciso il Consiglio di Stato con sentenza n.4769/2003, con la quale i giudici hanno respinto il ricorso in appello proposto contro l'Università di Bologna da un gruppo di ricercatori confermati presso i relativi istituti e cliniche della facoltà di medicina, i quali avevano chiesto la corresponsione dei compensi connessi alla qualifica superiore di aiuto per il periodo in cui tali mansioni erano state effettivamente svolte "e ciò indipendentemente dalla mancanza di posti vacanti nell'organico globale convenzionato". Palazzo Spada ha negato la natura ricognitiva e costitutiva delle delibere, perché, come dispone il Dpr concernente il riordinamento della docenza universitaria, l'attribuzione della qualifica superiore è deliberata annualmente dal Rettore, su parere motivato del Consiglio di Facoltà; parere dunque, equiparabile a mera dichiarazione di giudizio, non riconducibile ad "una schema logico-formale di una dichiarazione volitiva". Per il Consiglio di Stato, inoltre "neanche le dichiarazioni dei singoli direttori delle cliniche convenzionate relative allo svolgimento in via di fatto delle mansioni di aiuto potevano in alcun caso assumere l'efficacia e la validità dell'atto formale attributivo della qualifica superiore".

**Sezione quinta**  
**Sentenza n. 4740 /2003**  
**Concorsi Asl: la specializzazione**  
**va provata con il documento che**  
**attesti tale requisito**

Il medico che, al fine di partecipare a un concorso Asl, dichiara nel curriculum di essere in possesso di una particolare specializzazione "deve allegare alla domanda il documento che attesti tale requisito". Lo ha affermato il Consiglio di Stato con sentenza n. 4740/2003 con la quale i giudici

hanno dato torto ad un medico partecipante al concorso bandito da una Asl per la copertura di un posto di primario di radiologia. Il ricorrente aveva lamentato la mancata attribuzione, nella valutazione dei titoli, del punteggio per il possesso del diploma di specializzazione in radiologia diagnostica, avendo semplicemente dichiarato nel curriculum di essere in possesso di tale specializzazione: quindi il possesso di tale titolo, poteva essere desunto implicitamente dalla "attestazione della idoneità

nazionale a primario di radiologia". Palazzo Spada, specificando che non può essere onere dell'amministrazione "l'acquisizione del titolo che l'interessato ha dichiarato di possedere, perché a tutela della par condicio tra i concorrenti di un concorso pubblico possono essere valutati i soli titoli presentati entro il termine stabilito", ha dichiarato che l'idoneità primaria "non presuppone necessariamente una correlativa specializzazione".

*I testi delle sentenze citate sono disponibili sul sito [www.anaao.it](http://www.anaao.it)*

## La depressione può invalidare le dimissioni

**S**e da un canto la Cassazione, con una recente sentenza (n. 12256) ha affermato che i malati di depressione hanno diritto all'assegno di invalidità versato dall'Inps, la stessa Corte ha sentenziato (n. 7485) che le dimissioni presentate da un lavoratore depresso possono essere invalide. Sembra, infatti, essere questo l'orientamento in tema di annullamento delle dimissioni per incapacità di intendere e di volere, in base all'articolo 428 del Codice Civile. Di fatto viene consentito al dipendente di ripensare alle decisioni già prese e comunicate alla propria azienda e quindi di ritornare sui propri passi. Ricordiamo che le dimissioni del lavoratore sostituiscono un atto unilaterale recettizio, idoneo a determinare la risoluzione del rapporto nel momento in cui sono portate a conoscenza del datore di lavoro (pubblico o privato) ed indipendentemente dalla volontà di quest'ultimo. La natura recettizia comporta, inoltre, che, per l'efficacia delle dimissioni, contrariamente a quanto in genere ritenuto, sia sufficiente che della scelta abbia notizia il destinatario, essendo del tutto irrilevante l'eventuale accettazione da parte di quest'ultimo. Importante, poi, è che il dipendente che voglia rendere invalide le proprie dimissioni, per nullità, possa dimostrare che l'incapacità di intendere e di volere sussista al momento della presentazione della domanda. L'accertamento dei vizi del consenso deve essere preciso e rigoroso e non affidato a semplici presunzioni. Pertanto lo stato di depressione dovrà essere tale da arrecare al soggetto un notevole stato di turbamento psichico, idoneo a far venir meno le sue capacità di autodeterminazione e la consapevolezza dell'atto che sta per compiere.

Appare importante rilevare che la sentenza della Cassazione ha in gran parte modificato l'orientamento della stessa Corte che sembrava essersi ormai consolidato in giurisprudenza.

Infatti, nel caso in specie, il dipendente, affetto da una grave forma di depressione al momento della presentazione delle dimissioni, le ha successivamente impugnate sostenendo che la patologia di cui era affetto aveva condizionato la sua decisione. I giudici hanno condiviso la tesi del ricorrente, e pertanto hanno dichiarato la nullità delle dimissioni, considerando che un atto di tale importanza non potesse essere efficacemente compiuto in un momento di non completa lucidità, e di scarsa obiettività.

Dunque, la sussistenza dello stato di ansia evidenziato, provocato da un esaurimento nervoso, viene ritenuto di per sé sufficiente a determinare la totale, per quanto momentanea, incapacità di intendere e di volere del lavoratore, consentendo al lavoratore stesso di ottenere la riammissione in servizio. Il recesso volontario è stato pertanto considerato come un atto nullo o invalido.

**Claudio Testuzza**

### **Massima della sentenza n.7485 del 14 maggio 2003**

*Perché l'incapacità naturale del dipendente possa rilevare come causa di annullamento delle sue dimissioni, non è necessario che si abbia la totale privazione delle facoltà intellettive e volitive, ma è sufficiente che tali facoltà risultino diminuite in modo tale da impedire od ostacolare una seria valutazione dell'atto e la formazione di una volontà cosciente, facendo quindi venire meno la capacità di autodeterminazione del soggetto e la consapevolezza in ordine all'atto che sta per compiere; la valutazione in ordine alla gravità della diminuzione di tali capacità è riservata al giudice di merito e non è censurabile in casazione se adeguatamente motivata.*

## MINISTERO DELLA SALUTE: IL NUOVO ORGANIGRAMMA

In seguito al nuovo regolamento del Ministero della Salute, il 1° settembre scorso, il Ministro Girolamo Sirchia, con uno specifico decreto, ha conferito i seguenti incarichi:

**Dr. Raffaele D'Ari**

Capo Dipartimento della Qualità

**Dr. Filippo Palumbo**

Direttore generale della programmazione sanitaria, dei livelli di assistenza e dei principi etici di sistema

**Dr. Claudio Mastrocola**

Direttore generale delle risorse umane e delle professioni sanitarie

**Dr. Walter Bergamaschi**

Direttore generale del sistema informativo

**D.ssa Paola Pulga Leggio**

Segreteria generale del Consiglio Superiore di Sanità

**Prof. Vittorio Silano**

Capo Dipartimento dell'Innovazione

**Dr. Nello Martini**

Direttore generale dei farmaci e dei dispositivi medici

**Dr. Giovanni Zotta**

Direttore generale della ricerca scientifica e tecnologica

**Dr. Giuseppe Celotto**

Direttore generale del personale, organizzazione e bilancio

**D.ssa Antonella Cinque**

Capo Dipartimento della prevenzione e della comunicazione

**Dr. Fabrizio Oleari**

Direttore generale della prevenzione sanitaria

**Dr. Romano Marabelli**

Direttore generale della sanità veterinaria e degli alimenti

**Dr. Roberto Iadicicco**

Direttore generale della comunicazione e relazioni istituzionali

**Dr. Claudio De Giuli**

Direttore generale per i rapporti con l'Unione europea e per i rapporti internazionali

**D.ssa Magda Fossati**

Direttore del Servizio di controllo interno

## "TUTELA LAVORO": NUOVO SERVIZIO PER GLI ASSOCIATI

Dal mese di aprile 2003 è attivo un nuovo servizio "TUTELA LAVORO" per gli Associati Anaa Assomed che potenzia l'attuale "L'Esperto Risponde" e l'Assistenza giudiziaria. Il nuovo servizio, a cura del CReF (Centro Ricerche e Formazione), offre assistenza e consulenza per la soluzione delle problematiche legali e sindacali del dirigente medico in materia di rapporti di lavoro.

A tal fine è istituito un help desk telefonico con i seguenti orari:

- **martedì dalle ore 14 alle ore 16** presso la sede nazionale di Roma dell'Anaa Assomed, sita in Via Barberini, 3 - 00187 - Telefono 064820154 - fax 0648903523.
- **mercoledì dalle ore 12 alle ore 14**, presso la sede CReF-Anaa Assomed di Campobasso sita in Piazza della Vittoria, 6 - 86100 - Telefono 0874318877.

Gli esperti del CReF possono inoltre essere contattati attraverso la casella di posta elettronica: [cref@anaao.it](mailto:cref@anaao.it).

Si ricorda che, qualora a seguito del servizio di consulenza si ritenesse opportuno adire le vie legali (conciliazione, Tar, giudice del lavoro), sarà necessario attivare le procedure del servizio di Tutela Legale Anaa Assomed compilando l'apposito modulo di richiesta, disponibile sia sul sito [www.anaao.it](http://www.anaao.it) che presso le Segreterie regionali o la Segreteria nazionale Amministrativa.

### Fondazione Onlus "Pietro Paci"

in collaborazione con

Centro Studi Anaa Assomed, Società Italiana Igiene, Medicina Preventiva e Sanità Pubblica, Società Nazionale Operatori della Prevenzione

## SEMINARIO NAZIONALE

IL RUOLO DEL MEDICO NEL SISTEMA DELLA PREVENZIONE  
TRA ESIGENZE DI VALORIZZAZIONE,  
INTEGRAZIONE, EFFICACIA/EFFICIENZA

Evento Ecm: 5 crediti

Roma, 24 ottobre 2003

Auditorium Cassa Forense - Via Ennio Quirino Visconti 6, Roma

### PROGRAMMA

8,00

Registrazione dei partecipanti,  
consegna materiale didattico

#### I SESSIONE

COORDINATORE: TOMMASO TRENTI

9,00

I Dipartimenti di Prevenzione tra esigenze di  
Efficienza/efficacia, sviluppo e consenso:  
linee guida ed esempi

Giovanni Renga, Presidente Siti (Società Italiana Igiene, Medicina Preventiva e Sanità Pubblica)

9.30

Il medico della Prevenzione  
e il governo clinico

Gian Luca Giovanardi  
AUSL Parma

10.00

La ricerca biomedica e una prevenzione  
sempre più basata su prove di efficacia

Aligi Gardini  
Vice Presidente SNOP (Società Nazionale Operatori della Prevenzione)

10.30

Promozione della salute e protezione  
ambientale: idee per l'integrazione

Stefano Beccastrini  
ARPAT Toscana

11.00

Integrazione intersettoriale per l'azione a  
livello locale: cosa è possibile fare e cosa si  
dovrebbe poter fare

Donato Greco  
Iss (Istituto Superiore di Sanità)

11.30

Considerazioni e proposte per un nuovo profilo  
di medico nella rete della Prevenzione

Eolo Parodi  
Responsabile Sanità Forza Italia

12.00

La prevenzione ambientale e sanitaria  
come opportunità per politiche di solidarietà,  
sviluppo sostenibile e di efficienza

Altero Matteoli  
Ministro Ambiente

12.30

Discussione

#### II SESSIONE

COORDINATORE: PAOLO LAURIOLA

14.00

Tavola rotonda: Il ruolo del medico  
nel sistema della prevenzione:  
stato e prospettive in Italia

Moderatore  
Ennio Cadum  
ARPA Regione Piemonte

Partecipano

Antonio Tomassini,  
Presidente Commissione Igiene e Sanità Senato  
Rosy Bindi  
Responsabile sanità Margherita  
Marco Verzaschi  
Assessore Sanità Regione Lazio  
Giovanni Bissoni  
Assessore Sanità Regione Emilia Romagna  
Edolo Minarelli  
Presidente AssoARPA  
Paolo Cadrobbi  
Direttore Generale ARPA Veneto

16.30

Discussione

17.00

Conclusioni

Serafino Zucchelli  
AUSL Modena

19.00

Chiusura lavori

### INFORMAZIONI

- La quota di partecipazione è di Euro 50,00 e comprende la frequenza al corso, il materiale didattico, la colazione di lavoro. Per i soci Anaa Assomed la quota è di Euro 30,00 (previa presentazione dell'ANAAO CARD).
- Per iscriversi inviare una e-mail a: [fondazionepietropaci@libero.it](mailto:fondazionepietropaci@libero.it)

### 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](mailto:dirigenza.medica@anaao.it)  
[www.anaao.it](http://www.anaao.it)

direttore  
**Serafino Zucchelli**

direttore responsabile  
**Silvia Procaccini**

comitato di redazione:  
**Alberto Andron, Piero Ciccarelli,  
Antonio Delvino,  
Mario Lavecchia**

Hanno collaborato:  
**Arianna Alberti, Eva Antoniotti,  
Paola Carnevale, Fabio Florianello,  
Giuseppe Montante, Danilo Morini,  
Virgilio Notari, Gianluigi Scaffidi,  
Stefano Simoni, Claudio Testuzza,  
Riccardo Tomassetti, Franco Verde**

Progetto grafico  
e impaginazione:  
**Giordano Anzellotti**  
(art director),  
**Daniele Lucia**

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 settembre 2003