

DIRIGENZA MEDICA

Il mensile dell'Anaa Assomed

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

Editoriale

SENZA I MEDICI NON SI FA SANITÀ

di Domenico Iscaro

Siamo nel mezzo di un profondo, e non sappiamo ancora quanto travolgente, cambiamento di guida politica del Paese, che, visto l'esito della consultazione elettorale, appare tuttora incerto. Ci sembra, quindi, quanto mai opportuno ribadire le nostre priorità, affermare le nostre aspettative.

La nostra prima e più importante preoccupazione è per la sorte del Ssn. L'indebitamento corre apparentemente irrefrenabile, la forbice tra spesa e finanziamento appare sempre più marcata con il passare dei mesi e la crescita della spesa dopo essere stata del 4,8% in media nel triennio 2003-2005, con un disavanzo pari a 10 miliardi di euro, raggiunge l'8,4% nel 2006, con un tendenziale di spesa che nel Dpef 2006-2009 prevede 107 miliardi nel 2009.

Sono cifre da capogiro tanto che le Regioni lanciano appelli sempre più allarmanti e chiedono per il 2007 un finanziamento di 100 miliardi di euro, ben 9 miliardi in più rispetto a quello del 2006. Sempre le Regioni bloccano l'applicazione economica del contratto del comparto rifiutando di accollarsi la maggiore spesa prevista, che il Governo scarica sui loro bilanci e stiamo parlando di 570.000 dipendenti che vedono restare in sospenso una loro legittima conquista. Dico siamo preoccupati perché il Ssn è il riferimento primario della nostra professione e perché il suo progressivo indebolimento significa compromettere spazi del diritto alla salute di tutti i cittadini, significa minacciare i contenuti solidaristici ed universali che costituiscono il suo codice genetico. Le parole d'ordine fino ad oggi usate, come "risparmio di spesa e recupero di efficienza del sistema" si sono rivelate, alla conta dei fatti, insufficienti a risolvere i nodi della crisi e ormai appaiono ai nostri occhi buone intenzioni, ma prive di credibilità. È urgente, al contrario, una forte risposta di politica sanitaria che, non trascurando l'obiettivo del contenimento dei costi, rilanci progetti di intervento a medio-lungo termine basati sulla programmazione dei bisogni e sulla pianificazione di nuovi investimenti.

I problemi che attendono il nuovo Governo richiedono una fermezza di intenti ed una chiarezza di strategie che la debolezza della coalizione uscente dalle elezioni minaccia seriamente di vanificare. Il problema è sempre lo stesso: il Paese spende per la sanità più di quanto produce ed è fondamentale uscire da quella rigida contrapposizione tra risorse disponibili e spesa, come fossero due fossili immutabili. I bisogni sono cambiati (si pensi all'invecchiamento della popolazione che produrrà nel 2040 il 33% della popolazione di ultra sessantacinquenni e il

segue a pag. 9

IL NUOVO PRESIDENTE APRE IL CONSIGLIO NAZIONALE DELLA FNOMCEO

Bianco: più passione per realizzare il programma unitario

Una relazione che diventa un documento programmatico per il prossimo triennio. Al centro le tre grandi questioni contenute nel programma elettorale che ha raccolto tutte le componenti dei medici e degli odontoiatri: la revisione della legge istitutiva degli Ordini, i nodi posti dalla questione Ecm, l'esigenza di concludere la revisione del Codice deontologico. In apertura, Bianco ha ringraziato tutti i membri del Comitato Centrale di garanzia, a cominciare dal presidente Aristide Paci, invitando tutti a misurarsi con i grandi problemi aperti con "più passione, più partecipazione, più responsabilità"

La relazione è alle pagine 2, 3 e 4

L'INTERVISTA

Intervista a Guido Riva, presidente della Commissione Sanità di Confindustria: "Se saltasse il sistema sanitario pubblico ne pagheremmo tutti le conseguenze". E una ricerca dell'associazione degli industriali mostra che la sanità produce l'11% del Pil

A PAGINA 6-7

20° congresso nazionale
anaao assomed
genova 11-15 giugno 2006

sempre
con te
per i tuoi
diritti.

✓ Più risorse in sanità
✓ Più sviluppo nel Paese

I medici per un servizio pubblico accessibile, efficace, appropriato

ANAAO ASSOMED
ASSOCIAZIONE MEDICI DIRIGENTI

ATTUALITÀ

I dati sulle strutture di ricovero elaborati dall'Assr: quanti sono i posti letto per specialità, tipologia e Regione

ALLE PAGINE 8-9

PRIMO PIANO

Sono 53 i medici eletti in Parlamento, 12 al Senato e 41 alla Camera. Nella scorsa legislatura erano il 30% in più. L'elenco di tutti i camici bianchi che siederanno a Montecitorio e a Palazzo Madama

A PAGINA 5

LA RELAZIONE DEL NUOVO PRESIDENTE DELLA FNOMCEO AL CONSIGLIO NAZIONALE

Il rispetto del nostro passato, per migliorare il nostro futuro

A oltre due mesi dall'insediamento del nuovo Comitato centrale della Fnomceo e del suo Presidente, Amedeo Bianco, vogliamo proporre le linee programmatiche che governeranno la Federazione nel prossimo triennio, riassunte nella relazione del Presidente in occasione del primo Consiglio Nazionale successivo al rinnovo delle cariche, della quale riportiamo i passaggi principali

di **Amedeo Bianco**

Non possiamo permetterci ulteriori pause oltre quelle che hanno segnato la vita della Fnomceo negli ultimi mesi ed ovviamente non mi riferisco a quelli gestiti dal Comitato Centrale reinsediato a norma di Regolamento interno, la cui unica mission era garantire un democratico e trasparente confronto elettorale a livello federativo, dopo lo scampato pericolo di un commissariamento ministeriale.

Noi tutti dobbiamo molto allo spirito di servizio che ha animato il Comitato Centrale di garanzia e soprattutto dobbiamo ringraziare personalità come Aristide Paci, Michele Olivetti, Benito Meledandri e Roberto Gozzi per come hanno guidato una transizione democratica non facile perché densa di passioni e visusti politici.

Sono certo di interpretare il pensiero di tutti gli amici dell'attuale Comitato Centrale se aggiungo che ogni altra considerazione politica sul passato recente deve servirci unicamente a migliorare il nostro futuro prossimo ed in questo senso tutta la nostra storia e tutti gli uomini che l'hanno interpretata ci appartengono, sono un pezzo della nostra storia a cui guardare con rigore critico ma anche con doveroso rispetto.

Con questo spirito abbiamo affrontato in Comitato Centrale alcune delle grandi questioni che oggi vi proponiamo, certi che saranno al centro dei lavori di questo Consiglio nazionale e che i Vostri orientamenti saranno preziosi nel determinare le scelte conseguenti.

LE TRE GRANDI QUESTIONI DEL PROGRAMMA ELETTORALE UNITARIO

In buona sostanza alla sobrietà dei mezzi, dovremmo tutti noi supplire spendendo più passione, più partecipazione, più responsabilità perché l'agenda politica è densa di impegni e necessita di una scelta sulle priorità che definiscono un progetto organico.

Innanzitutto dobbiamo ridefinire le nostre posizioni sulle tre grandi questioni che hanno costituito l'architrave del programma unitario presentato alle ultime elezioni Fnomceo; proverò a riproporveli con alcune nuove considerazioni.

A) REVISIONE DELLA LEGGE ISTITUTIVA O.....ALTRO!

Vorrei farvi partecipi di alcune forti preoccupazioni di questi ultimi mesi, perché a fronte di un'incertezza politica sulle reali volontà del nuovo Governo e del nuovo Parlamento di procedere ad una revisione legislativa sistematica degli ordini professionali, nello specifico marcia a tappe sforzate la delega prevista dalle legge 43/2006 per l'istituzione di nuovi Ordini per le nuove professioni sanitarie (si parla di sei nuovi Ordini) e della trasformazione degli ex Collegi in Ordini per le più tradizionali professioni sanitarie (infermieri, ostetriche, tecnici di radiologia).

In buona sostanza se da una parte rischiamo l'ennesima elusione legislati-

va o peggio una normativa penalizzante in ossequio ai venti di tempesta europei e nostrani, che periodicamente si abbattono sul ruolo degli Ordini Professionali quali soggetti che violano le regole della concorrenza e del mercato, dall'altra potremmo paradossalmente subire, senza neppure averle potute discutere, norme derivate dalla delega sui nuovi Ordini.

In attesa del protagonista politico, il nuovo Ministro della Salute, abbiamo rappresentato alla Dirigenza del Ministero, che cortesemente ci ha reso recentemente visita, la nostra assoluta indisponibilità a subire normative non discusse né concordate ed a tale scopo abbiamo condiviso e ufficializzato questa posizione in un incontro con i rappresentanti della Federazione dei Farmacisti e dei Medici Veterinari.

Se risultasse impraticabile un percorso lineare di modifica legislativa occorrerà percorrere altre strade, dotandosi di una buona dose di pragmatismo fondato sulla scelta degli strumenti e delle occasioni più idonee per conseguire singoli obiettivi specifici da inserire, però, in una cornice di coerente modernizzazione normativa e giuridica delle nostre istituzioni.

La revisione del DPR 221/50 e del Regolamento interno della Federazione: il gruppo di lavoro

Ad esempio la creazione di nuovi Ordini delle professioni sanitarie sicuramente renderà, anche sotto il piano formale, inadeguato il Regolamento attuativo della legge istitutiva, cioè il DPR 221/50 e dello stesso Regolamento interno della Federazione. In altre parole potremmo ritornare su questi dispositivi intanto per conseguire i seguenti obiettivi che non sono oggetto di specifica norma legislativa ex DLCPS n. 233/46 e

q u i n d i

modificabili con provvedimenti regolamentari:

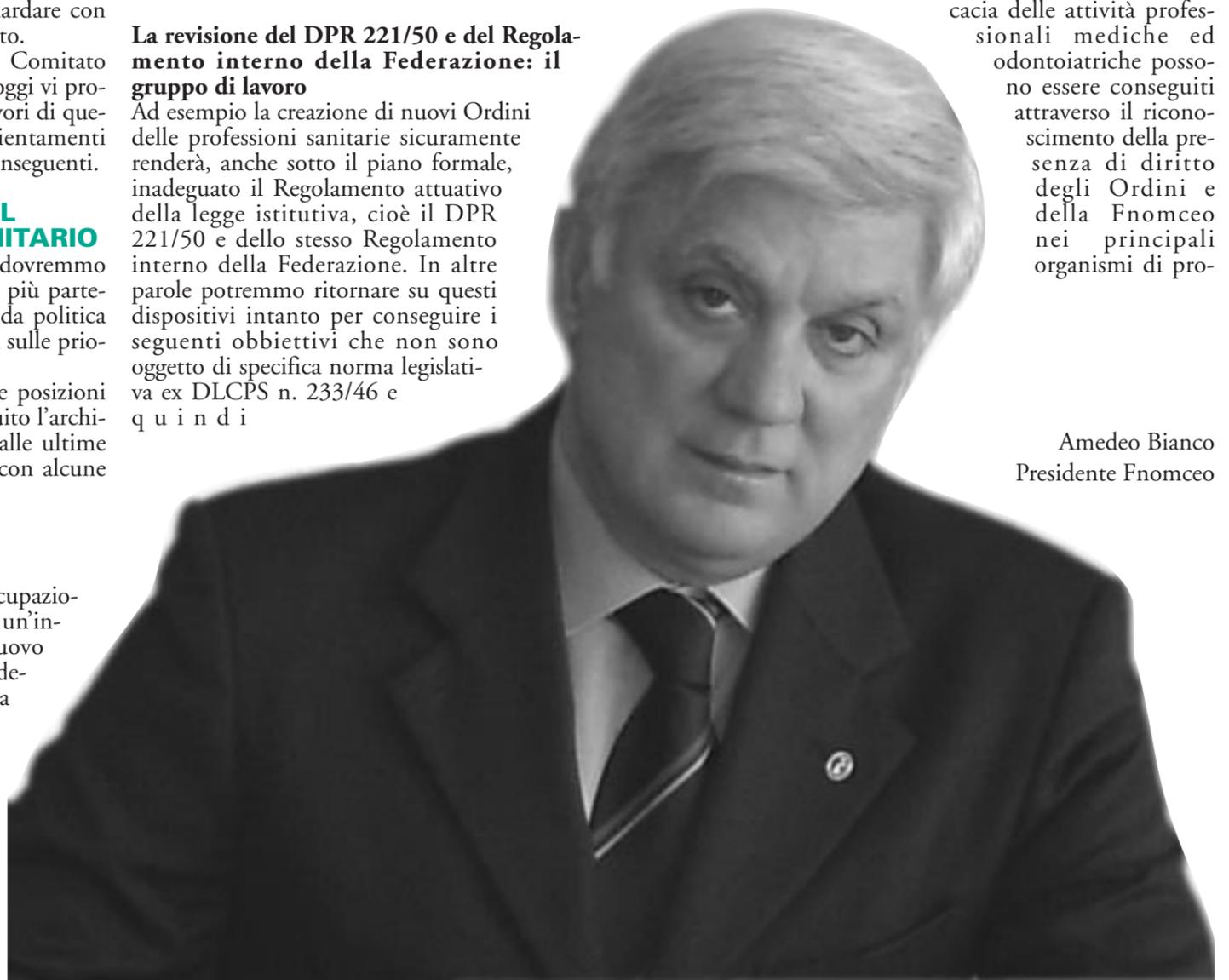
1) qualificare la rappresentanza professionale attraverso una modifica delle procedure e norme elettive e di quelle relative al funzionamento ed organizzazione degli Ordini provinciali sul territorio e della Fnomceo prevedendo la costituzione e formalizzazione di coordinamenti regionali;

2) rafforzare il ruolo disciplinare degli Ordini sulla base di una indiscussa autonomia del Codice di Deontologia, definendo i vincoli e le autonomie delle procedure disciplinari rispetto a quelle proprie della giurisdizione civile e penale, la composizione del collegio giudicante, le tutele della difesa dell'inculpato, i gradi di giudizio, le caratteristiche delle sanzioni disciplinari e le possibili misure sostitutive e/o compensatorie.

Allo stesso modo gli obiettivi di ridefinire le finalità e gli ambiti di competenza degli Ordini, quali Enti sussidiari dello Stato che, in accordo con le Regioni, svolgono una funzione di garanzia verso i cittadini

relativamente alla qualità, indipendenza, appropriatezza ed efficacia delle attività professionali mediche ed odontoiatriche possono essere conseguiti attraverso il riconoscimento della presenza di diritto degli Ordini e della Fnomceo nei principali organismi di pro-

Amedeo Bianco
Presidente Fnomceo



gettazione, verifica e controllo delle attività sanitarie e di promozione della salute. Ci stiamo già muovendo in questo senso nei confronti del Ministero della Salute e sono a buon punto intese che ci auguriamo possano consentire alla Fnomceo una rappresentanza di diritto nel Consiglio Superiore di Sanità, nella Commissione Nazionale per l'Appropriatezza delle cure, nell'Osservatorio Nazionale dell'errore in medicina, intendiamo inoltre formalizzare presenze qualificate anche nell'Agenzia dei Servizi Sanitari Regionali e nell'Agenzia Italiana del Farmaco.

Per quanto riguarda quest'ultimo aspetto, e cioè la politica del farmaco, è assolutamente necessaria una presenza istituzionale della professione sia nelle sedi di definizione delle norme regolatorie (Aifa e Ministero della Salute) sia nelle sedi di definizione delle strategie di controllo, stabilendo interazioni e consultazioni costanti con l'Amministrazione Finanziaria dello Stato.

È evidente a tutti l'anomalia rappresentata dalla valutazione della appropriatezza prescrittiva per il tramite di strumenti statistico finanziari anziché con l'utilizzo di attività professionale di governo clinico. È quanto avvenuto in Regione Lombardia dove la Guardia di Finanza ha provveduto a segnalare alcuni medici alla Procura della Corte dei Conti nell'ipotesi di danno erariale sulla base di mere valutazioni statistiche svincolate da ipotesi di reato o di inadempienze a norme regolatorie.

B) LA QUESTIONE ECM: SI CAMBIA REGISTRO?

In queste settimane registriamo pressanti inviti da parte dello staff dirigenziale del Ministero della Salute affinché il Presidente Fnomceo riassuma a pieno titolo le sue funzioni di Vice Presidente della Commissione Nazionale Ecm.

A questi cortesi ed autorevoli inviti abbiamo risposto che solo il Consiglio Nazionale poteva assumere tale decisione e solo a seguito di inequivocabili cambiamenti sugli indirizzi politici e gestionali tendenti a superare quella insoddisfacente previsione che relegava gli Ordini a mere funzioni notarili di registrazione dei crediti acquisiti.

Pur nell'incertezza della vacatio politica al Ministero della Salute che ci auguriamo venga presto coperta, ci viene risposto da autorevolissimi dirigenti che le cose sono cambiate tanto che alla prossima Conferenza Stato-Regioni verrà proposto un documento attualmente in via di predisposizione che, in modo inequivocabile, affida agli Ordini il ruolo di verificatori degli eventi e dei provider accreditati. Inoltre entro il 15 maggio prossimo dovrà essere licenziato dal gruppo di lavoro insediato nell'ambito della Commissione Nazionale Ecm, il "Piano Nazionale per l'aggiornamento del personale sanitario 2005-2007" all'interno del quale dovranno essere definiti i requisiti minimi per l'accreditamento dei provider integrati con i criteri per l'attribuzione dei crediti per le diverse tipologie di formazione.

Vi chiedo quindi il mandato per esplorare queste nuove prospettive e, solo dopo opportuna verifica della loro sussistenza e consistenza, decideremo il rientro ufficiale della Fnomceo nella Commissione Nazionale al fine di sancire il ruolo terzo degli Ordini nella valutazione-certificazione delle attività formative e nella programmazione dei bisogni formativi.

La vicenda CO.GE.A.P.S.

L'idea di costituire un Consorzio delle Federazioni Nazionali degli Ordini e Collegi e delle Associazioni delle professioni sanitarie con il compito di realizzare un progetto unitario e condiviso per la gestione e certificazione dei crediti formativi acquisiti dai singoli professionisti, vide la luce in una fase di grandi speranze e di ragionevoli attese sul riconoscimento di un ruolo forte, terzo e di garanzia delle istituzioni professionali, nell'ambito del sistema Ecm. Nell'anno 2004 fu stipulata con il Ministero della Salute un'apposita Convenzione per la realizzazione di un "Progetto sperimentale per la Gestione e Certificazione dei crediti Ecm" che prevedeva inoltre l'istituzione di

un'anagrafe degli operatori sanitari e l'allestimento di un servizio tecnico permanente di aggiornamento, dedicato agli enti pubblici. In allegato alla Convenzione fu predisposto tutto il progetto con il Timing di realizzazione ed i finanziamenti attribuiti per completamento di fasi. Nonostante la clamorosa posizione di protesta assunta dalla Fnomceo in seno alla Commissione Nazionale ECM, il progetto CO.GE.A.P.S., alla cui presidenza l'Assemblea dei Soci aveva eletto Del Barone, è andato avanti ricevendo finanziamenti ministeriali, per circa 1.470.000 euro, non ancora del tutto versati. Lascia molte amarezze e qualche dubbio l'evidente incongruenza tra l'iniziale progettualità, più volte dichiarata anche nei Consigli Nazionali, di dotarsi di una piattaforma informatica potente ed in grado di reggere tutta la gestione dei crediti e l'anagrafica dei professionisti ed il fatto che il progetto CO.GE.A.P.S. viaggia in realtà su un'altra piattaforma informatica, autonoma dalla nostra che, a quanto pare, necessiterebbe di alcuni interventi per dialogare con la prima, pur essendo state entrambe progettate e fornite dallo stesso soggetto e cioè Telecom. Da queste prime considerazioni risultano evidenti errori di valutazione politica (il pensare che potessimo noi agire per tutti aggiudicandoci le risorse ministeriali e così risollevarci i nostri investimenti iniziali) ma vorremmo da questi errori imparare a non commetterne di analoghi in futuro e con lo spirito di chi non vuole andare alla caccia di colpevoli presunti o veri ma solo ridefinire responsabilità e compiti, il Comitato Centrale ha deciso di accettare le dimissioni già da tempo offerte da Del Barone da rappresentante della Fnomceo e che verranno ufficializzate nella prossima Assemblea dei soci del Consorzio. Stiamo lavorando, ed ho già interpellato la maggioranza dei soci che hanno manifestato la loro condivisione ad una nuova Presidenza CO.GE.A.P.S. affidata ad un componente del nostro Comitato Centrale.

A questo Presidente chiederemo di stilare un report dell'attività svolta dal CO.GE.A.P.S. nel passato e le prospettive del futuro prossimo, nonché di chiarire gli eventuali errori da noi commessi e proporre le misure per correggerne - ove possibile - gli effetti negativi; questo report, una volta discusso ed approvato dal Comitato Centrale, verrà messo a disposizione dei Presidenti provinciali.

Il gruppo di lavoro e la Conferenza Nazionale sulla Formazione e l'Aggiornamento del Medico Chirurgo e dell'Odontoiatra

Sul tema della formazione vorremmo proporvi qualcosa di più, sulla base del principio che il sistema formativo non può né deve essere avulso dal sistema professionale ed assistenziale.

In altre parole, pur nel rispetto dell'autonomia dell'insegnamento sancito dalla Costituzione, è necessario affermare il ruolo di partnership degli Ordini con l'Università per la condivisione di progetti formativi pre e post laurea più attenti e più rispondenti ai bisogni dell'esercizio della professione medica ed odontoiatrica. Vorremmo si aprisse una stagione di dialogo, rispettoso delle parti, tra chi deve garantire la formazione del professionista e chi deve accreditarne l'efficacia l'appropriatezza e la competenza; questi due mondi non possono incontrarsi per caso ma devono cercarsi e collaborare. Questo è lo spirito che anima una proposta di organizzare nell'autunno inoltrato un **Conferenza Nazionale sulla Formazione e l'Aggiornamento del Medico Chirurgo e dell'Odontoiatra**, un evento che va preparato nel merito da un **gruppo di lavoro**.

Noi, quali rappresentanti delle professioni medica e odontoiatrica, creiamo un'occasione di incontro tra tutti gli attori, da quelli pubblici quali lo Stato, le Regioni, le Università a quelli privati quali le Società Scientifiche, le Organizzazioni Sindacali di categoria, le Associazioni dei cittadini e di tutela dei pazienti, le Industrie, le Fondazioni, perché si affermi un metodo e una cultura della cooperazione dalla quale possa derivare ed aggiornarsi quel profilo delle conoscenze e delle competenze indispensabile per un moderno

esercizio delle nostre professioni.

Indissolubilmente legato a queste questioni appare quella relativa al reperimento ed allocazione delle risorse per la formazione e la ricerca pura ed applicata che sono le sacre fonti del sapere e quindi dell'autonomia e della libertà dell'esercizio professionale e che per tali ragioni devono essere sgombrare da ogni conflitto di interessi.

C) LA REVISIONE DEL CODICE DI DEONTOLOGIA: CONCLUDERE LA REVISIONE!

Credo che non sia più procrastinabile la conclusione dell'aggiornamento del nostro Codice avviato nel 2005. Sono oltremodo convinto che quelle norme siano la nostra carta di credito verso i cittadini e le istituzioni perché in quegli articoli è custodito un patrimonio di civiltà etica, di impegno civile, di passioni sociali, di laicità tecnico-professionale quanto mai preziose e insostituibili in una società che consuma rapidamente valori, che costruisce straordinarie aspettative che spinge sempre più in là le proprie domande e i propri bisogni.

In questi territori straordinari ma anche inquietanti i medici e i cittadini rischiano di perdersi e talora di confliggere senza questa stella polare, questa piccola ma straordinaria luce che indica un cammino di equilibrio etico, di rispetto della dignità della persona, di una inequivocabile ed ineliminabile finalità etica del nostro esercizio professionale.

Ci aspettano su questa questione prove dure, scelte sofferte, ma vi chiediamo di valutare la possibilità di concludere questo iter entro il luglio di questo anno in un Consiglio Nazionale di un giorno e mezzo cui potrebbe far seguito un convegno che sul piano comunicativo lancia il nuovo Codice.

Il gruppo di lavoro e un Convegno Nazionale di ufficializzazione del nuovo Codice Deontologico.

A tale scopo sarebbe opportuno riattivare, integrandolo in modo paritetico con Presidenti indicati dal Consiglio Nazionale, il gruppo di lavoro del Comitato Centrale che aveva lavorato sul testo deontologico riformato dalla Commissione Nazionale.

Tale testo, eventualmente rivisitato negli articoli che non sono stati oggetto di voto da parte del Consiglio Nazionale di Matera, dovrebbe essere inviato non oltre il 30 maggio ai Presidenti provinciali per le opportune valutazioni nei singoli Consigli Direttivi e per la formalizzazione delle modifiche da sottoporre al voto in Consiglio Nazionale.

Pubblicità in materia sanitaria

Correlata al Codice di deontologia medica è la problematica concernente la pubblicità in materia sanitaria; in particolare i messaggi pubblicitari attraverso Internet.

La Federazione ha partecipato ad un tavolo di lavoro istituito dal Ministero della Salute per disciplinare la materia; tuttavia il decreto ministeriale non ha ancora avuto il richiesto parere favorevole del Consiglio di Stato.

È intenzione del Comitato Centrale trasfondere il contenuto del decreto ministeriale, che non è stato ancora emanato, nel Codice di deontologia medica, sotto forma di linee-guida.

IL..... RESTO DELL'AGENDA POLITICA

Le tre grandi questioni appena esposte come già detto, costituiscono il baricentro di un progetto più complessivo, finalizzato a promuovere una nuova centralità delle professioni di medico chirurgo e di odontoiatra nel nostro sistema di tutela della salute da conseguire in sintonia con i bisogni dei cittadini e nell'ambito dei valori etici e civili che da sempre guida il nostro agire professionale.

Le nostre professioni hanno nel proprio statuto morale l'impegno di stare dalla parte di coloro che chiedono protezione, di garantire il loro diritto alla tutela della salute come cittadini, come persone e come pazienti quale condizione indispensabile per esercitare le nuove libertà, rinnovando e rispettando un contrat-

to sociale ed etico fondato sulla fiducia e sul rispetto reciproco con i cittadini.

Questo richiede che i nostri Ordini provinciali e la Fnomceo, nelle rispettive identità ed autonomie, siano soggetti forti ed autorevoli, non solo per investire istituzionali ma anche per consenso professionale e sociale, per capacità di progettazione ed azione nella professione e nella società.

Il tramonto della cosiddetta dominanza professionale e del paternalismo medico a questo correlato, si caratterizza oggi per una condizione percepita e vissuta di subalternità, con una perdita di status sociale ed economico e soprattutto per una forte ed aggressiva riduzione dell'autonomia tecnico professionale.

Questa crisi deve rappresentare l'occasione non per guardare indietro al mondo perduto ma per rilanciare il progetto di professioni moderne, che interpretano una moderna medicina in una moderna società.

La grande partita dei valori professionali e dei ruoli civili e sociali da esercitare si gioca oggi nelle grandi reti di prevenzioni ed assistenza primaria, negli ospedali e nei luoghi di assistenza specialistica, nel sistema della formazione e della ricerca pura ed applicata infine nelle aree di esercizio libero professionale oggi più che mai oggetto di interessate e devastanti attenzioni da parte dei cultori del mercato e della concorrenza.

La responsabilità dei professionisti verso l'uso delle risorse

Questo significa che vincenti sono i grandi valori propri delle nostre professioni, quali l'equità, la solidarietà, l'appropriatezza, l'efficacia delle cure e il rispetto della dignità della persona se l'intero sistema di tutela della salute, sempre più complesso e costoso, resta economicamente compatibile con le risorse disponibili ed accessibile a tutti secondo i bisogni.

I nostri Ordini devono dunque sollecitare i professionisti a considerare proprie e non estranee alle ragioni del moderno esercizio professionale le compatibilità economiche, incalzando e non sostituendosi ai decisori nella misura in cui rendono disponibili ciò che nessun altro soggetto può garantire e cioè l'appropriatezza, l'efficacia, la qualità delle prestazioni mediche e odontoiatriche.

Fermare la devastazione da parte della cosiddetta "malpractice sanitaria"

Avere un progetto significa non solo difendersi ma rilanciare su alcune grandi questioni che minacciano l'immagine delle nostre professioni e potenzialmente consumano la fiducia dei cittadini. Il devastante fenomeno della presunta malpractice sanitaria va sradicato dalla cultura fondata sulla ricerca di un colpevole vero o presunto, dai riti tribali del mostro in prima pagina, dalle angosce degli avvisi di garanzia, dallo pseudo mercato delle perizie, dalle super polizze assicurative sempre più onerose e meno efficaci, per radicarsi invece in politiche formative ed organizzative di prevenzione dell'errore e soprattutto di gestione degli eventi dannosi sul versante della risoluzione stragiudiziale dei contenziosi, così come alcuni Ordini hanno già cominciato a fare.

Allo stesso modo dobbiamo considerare di nostra pertinenza la gestione di alcuni pervasivi processi sociologici e culturali che oggettivamente logorano la relazione di fiducia; penso, ad esempio, alla cosiddetta medicalizzazione del disagio sociale, al mito dell'infallibilità della medicina e del medico, al sensazionalismo tecnico scientifico, alle pressioni salutiste dell'industria.

Nascono in questi contesti domande infinite, espressioni di bisogni veri e presunti ed infine aspettative alle quali la medicina e i medici non sanno o non possono rispondere compiutamente.

I determinanti del disagio professionale

Allo stesso modo i nostri Ordini devono perseguire l'obiettivo di "prendersi cura di chi cura" al fine di tutelare il benessere e la salute dei medici e degli odontoiatri intervenendo su tutti i complessi determinanti il cosiddetto disagio medico: dalla organizzazione delle attività (le condizioni di lavoro) al sistema

delle relazioni di funzioni e responsabilità (il Mobbing) fino all'adozione di veri e propri progetti di aiuto e supporto personalizzati.

Potremmo quest'anno metterlo in agenda creando un gruppo di lavoro a cui affidare il compito di preparare e organizzare una iniziativa pubblica per la primavera del 2007.

La Comunicazione: le poche realtà, le numerose speranze. Il gruppo di lavoro.

Si tratta in buona sostanza di valorizzare al meglio le grandi potenzialità comunicative a disposizione della Federazione che in questo ha molto investito negli anni precedenti al fine di trasmettere all'interno e all'esterno del nostro mondo un'immagine autonoma e responsabile delle nostre professioni.

Dal punto di vista operativo Vi propongo la costituzione di una "Commissione Comunicazione" composta da 2 medici e 1 odontoiatra del CC, un tecnico della materia ed 2 Presidenti di Ordine e 1 Presidente CAO provinciali con il compito di garantire un costante e lineare trasferimento degli obiettivi di politica professionale ad interventi operativi attraverso:

- la valorizzazione e l'ampliamento ulteriore del ruolo del lavoro squisitamente tecnico del Comitato Editoriale specificatamente impegnato sul Portale e sulla rivista "La Professione";

- la revisione del numero e/o il diverso utilizzo dei giornalisti addetti;

- la trasformazione della rivista "La professione" in un trimestrale, tipo quaderni di approfondimento di particolari argomenti che il CC ed il CN indicheranno anno per anno;

- la creazione, all'interno delle attività ordinarie del Portale delle nuove "linee editoriali" corrispondenti alle 3 priorità espresse nel programma - Riforma Ordini, Integrazione tra formazione e professione, Deontologia;

- la forte integrazione tra il Portale e il resto degli strumenti utilizzati (comunicati stampa, La Professione, convegni e altre pubblicazioni);

- la disponibilità all'interno del Portale, per ogni commissione/gruppo di lavoro, di un proprio canale dedicato sia per la comunicazione all'interno di ciascuna commissione che con tutti i presidenti. Questo al fine di dare massima condivisione e visibilità al lavoro e alla riflessione che nascono dall'interno della Federazione, e cosa non disdicevole, di ridurre i costi;

- la maggior connessione di www.fnomceo.it con i siti provinciali, soprattutto nei confronti di "piccoli ordini" che in molte occasioni non sono in grado di gestire autonomamente la propria comunicazione su web. Ciò avviene attraverso una condivisione sempre maggiore con i Presidenti delle possibilità offerte dal Portale;

- la rivisitazione grafica del servizio di ricerca anagrafica, tra i più utilizzati in questi anni di vita di www.fnomceo.it, che al momento non è stato interessato dal restyling realizzato da Telecom.

La rete dei Canali del Portale

Il Portale può essere incrementato anche con l'apertura di nuovi canali, intesi sia come "aree pubbliche" che come "aree private" dedicate a utenti specifici (il Comitato Centrale, il Consiglio Nazionale, i Gruppi di lavoro...), che non implica nuovi investimenti. Come ipotesi iniziale si può pensare a:

- canale dei pareri legali
- canale degli interventi autorevoli
- canale della deontologia
- canale della convegnistica
- canale dedicato alle società scientifiche
- canale delle fondazioni
- canale dei siti web dei medici ed odontoiatri
- area video.

- ECM: il Portale ha tutte le caratteristiche per divenire l'archivio qualificato degli eventi Ecm italiani

Formazione a distanza: poiché la Federazione, così come gli Ordini Provinciali, possono essere provider in tema di etica, bioetica, deontologia e sviluppo pro-

fessionale, valuteremo la possibilità di sfruttare la nostra piattaforma informatica per consentire agli Ordini provinciali attività formative di tipo FAD.

Le attività formative indirizzate agli Ordini Provinciali

Riteniamo debbano essere ulteriormente potenziate occasioni di formazione del personale amministrativo degli Ordini provinciali sulle procedure e gli obiettivi delle azioni amministrative specifiche di tali enti. Appare altresì utile svolgere incontri interregionali con componenti dei consigli direttivi per formare ed aggiornare competenze in materia di procedimenti disciplinari.

Il settore Esteri: un Ufficio stabile a Bruxelles, gestire la direttiva Zappalà

Per quanto invece riguarda il settore esteri, accanto ad un'opera di sobrietà nel definire la composizione delle delegazioni, stiamo lavorando intorno al progetto di realizzare l'apertura di un ufficio a Bruxelles che possa seguire in modo stabile e competente nel Consiglio d'Europa e nelle Commissioni lo sviluppo delle norme che direttamente e indirettamente coinvolgono le nostre professioni. La molteplicità delle organizzazioni europee mediche e odontoiatriche pongono almeno due questioni e cioè se partecipare a tutte e come coordinare le attività al fine di rendere coerenti e funzionali in tutte le sedi le politiche della Fnomceo. Vorrei inoltre ricordare che la Comunità Europea prevede la libera circolazione dei professionisti e dei servizi e che le regole sono state definite nella Direttiva Zappalà la cui definitiva applicazione è prevista entro fine anno. Considerata l'importanza del problema sul quale mi sembra superfluo insistere, abbiamo concordato con i dirigenti del ministero la nostra partecipazione ad un gruppo di lavoro con il compito di valutare e monitorare le interpretazioni delle norme e le loro criticità applicative.

Le Medicine e pratiche non Convenzionali: il valore intatto della delibera di Terni.

Siamo ostinati e pensiamo di non dover abbandonare la delibera di Terni del 2002 sulle Medicine e Pratiche non Convenzionali; il nostro ordinamento Nazionale e quelli Regionali hanno bisogno di linee di indirizzo inequivocabili e assolutamente garantiste per i cittadini; siamo cioè convinti che quelle coraggiose scelte di Terni sono ancora oggi un punto di riferimento serio e responsabile per legislatori volenterosi ed accorti.

Due Albi ed un solo Ordine: la questione delle autonomie

Lascio per ultima, infine, una questione seria e difficile, che riguarda l'autonomia dei due Albi all'interno del nostro Ordine.

Uno dei primi atti del nuovo Comitato Centrale è stato quello di costituire una Commissione paritetica, di 3 componenti Medici e 3 componenti Odontoiatri, coordinata dal Vice Presidente della Fnomceo Maurizio Benato che dovrà affrontare gli aspetti più controversi del problema.

Ho rispetto delle aspirazioni dei colleghi Odontoiatri, credo di averlo dimostrato in ogni dove e in ogni quando con assoluta trasparenza e coerenza; riconfermo oggi questo rispetto dicendo che è quanto meno pari al rispetto che porto all'integrità e alla unità delle nostre Istituzioni Ordinistiche.

Le speranze sul futuro degli Ordini

Ho tralasciato tante, troppe cose, ma ritengo che possiamo dare una risposta unanime alle tante domande che ci assillano sul futuro degli Ordini, dicendo che questo futuro sta nella promozione e tutela di professioni moderne, aperte ai bisogni dei cittadini e alla loro domanda di aiuto nelle scelte, sta nella nostra capacità di dare identità alle differenze, di sollecitare comunque partecipazione e impegno dai nostri orgogliosi individualismi, sta, infine, nel come e quanto sapremo far crescere il bisogno di Ordine, dei nostri Ordini, nelle nostre professioni.

SI RIDUCE LA COMPONENTE MEDICA ELETTA ALLA CAMERA E AL SENATO

Saranno 53 i camici bianchi parlamentari

In realtà potrebbero esserci ancora delle novità, nella fase di definizione del Governo che seguirà l'elezione del Capo dello Stato. Intanto l'analisi degli eletti "in prima battuta" evidenzia una forte riduzione del numero di parlamentari medici: circa il 30% in meno rispetto alla scorsa legislatura. Ma il presidente della Fnomceo Amedeo Bianco minimizza: "Quello che conta è che la politica compia le grandi scelte indispensabili a d'affrontare le questioni aperte della sanità"

I risultati delle ultime elezioni hanno drasticamente ridotto la rappresentanza della professione medica nelle aule parlamentari: i camici bianchi erano 80 dopo le elezioni del 1996, 75 dopo quelle del 2001 e ora sono complessivamente 53, almeno secondo gli elenchi pubblicati da Camera e Senato nei rispettivi siti internet.

A Montecitorio ci saranno anche tre farmacisti e due veterinari, mentre a Palazzo Madama sono stati eletti un infermiere e un tecnico ortopedico. I 12 medici senatori sono stati eletti nelle liste di Forza Italia (4), Democrazia e Libertà (3), Democratici di sinistra (2), Lega Nord (2) e Udc (1), mentre l'infermiere è stato eletto con i Comunisti italiani e il tecnico ortopedico con Italia dei valori.

Alla Camera, invece, i 41 medici eletti si ripartiscono in 15 per l'Ulivo, 10 in Forza Italia, 4 in An, 4 nell'Udc, 2 nell'Udeur, 2 nella lista Dc-nuovo Psi, 2 con i Comunisti italiani, uno in Rifondazione comunista, uno nei Verdi e uno in Italia dei Valori.

Secondo il presidente della Fnomceo, Amedeo Bianco, questa riduzione della rappresentanza professionale non deve preoccupare. "La rappresentanza può anche bastare, se c'è la volontà di intervenire davvero sulle grandi questioni aperte della sanità. Per far questo c'è bisogno di una grande politica, che sappia e voglia ascoltare le ragioni di tutti, comprese quelle dei professioni-

sti", Bianco ha anche annunciato la volontà di incontrare tutti i medici eletti in Parlamento: "A questi colleghi chiederemo un incontro per creare quelle sinergie di lavoro, utili a sollecitare grande politica e grandi scelte".

I risultati del voto del 9 e 10 aprile costringeranno anche ad una profonda revisione delle Commissioni parlamentari che si occupano di sanità. Al Senato, infatti, sono stati riconfermati solo 6 dei 25 componenti la Commissione Igiene e sanità nella scorsa legislatura, mentre 3 ex membri di questa Commissione sono passati alla Camera e ben 16 non sono stati rieletti.

Potrebbe avere una maggiore continuità la Commissione Affari Sociali della Camera, visto che sono stati riconfermati nell'Aula di Montecitorio 26 dei suoi 46 componenti nella scorsa legislatura, dei quali 2 sono stati eletti al Senato e 18 non hanno visto confermare il mandato parlamentare.

Tra i neoparlamentari medici della XV legislatura, nel centro sinistra spiccano i nomi di Ignazio Marino (chirurgo esperto in trapianti che ha operato a lungo a Pittsburgh, ora eletto tra i Ds), Luigi Cancrini (psichiatra impegnato contro la criminalizzazione delle tossicodipendenze, eletto nel PdCI) e Paola Binetti (neuropsichiatria infantile di area cattolica, ora in Democrazia e Libertà).

Nel centro destra, invece, significative le conferme di me-

dici parlamentari che hanno avuto incarichi istituzionali nella passata legislatura: Antonio Tomassini (già presidente della Commissione Igiene e Sanità del Senato), Domenico Di Virgilio e Domenico Zinzi (ambedue sottosegretari alla Sanità), Giuseppe Palombo e Francesco Paolo Lucchese (rispettivamente presidente e vicepresidente della Commissione affari sociali della Camera).

Molti anche i nomi noti della politica sanitaria che non saranno nelle aule di Camera e Senato, a cominciare da Eolo Parodi, che in marzo aveva annunciato con amarezza di aver intenzione di chiudere la sua lunga esperienza politica. Ma non ci saranno, perché non candidatisi o perché non eletti, neanche Monica Bettoni (Ds), Marida Bolognesi (Ds), Francesco Carella (Verdi), Maura Cossutta (Prc), Paolo Danieli (An), Cesare Ercole (Lega Nord), Grazia Labate (Ds), Fabio Minoli Rota (Fi), Giuseppe Petrella (Ds), Rocco Salini (Fi), Flavio Tredese (Fi).

Resta in sospeso anche la posizione di Serafino Zucchelli, candidato al Senato nelle liste dei Ds in Campania. Attualmente risulta infatti come il primo dei non eletti in quella circoscrizione elettorale, ma potrebbe comunque arrivare nell'Aula di Palazzo Madama se tra chi lo precede ci sarà qualcuno chiamato a ricoprire incarichi di Governo. Sempre che, come si dice con qualche insistenza, non venga reclutato egli stesso nella compagine governativa.

L'elenco completo dei medici in Parlamento

Senato

Roberto Antonione (FI)
Paola Binetti (Margherita)
Paolo Bodini (DS)
Daniela Bosone (DL)
Roberto Calderoli (Lega)
Salvatore Cuffaro (Udc)
Angelo Michele Iorio (FI)
Ignazio Marino (DS)
Piergiorgio Massidda (FI)
Massimo Polledri (Lega - E.R.)
Giuseppe Scalera (Margherita)
Antonio Tomassini (FI)

Camera

Giacomo Baiamonte (FI)
Lucio Barani (DC nuovo PSI)
Dorina Bianchi (Ulivo)
Gino Bucchino (Unione)

Giovanni Mario Salvino Burtone (Ulivo)
Marco Calgaro (Ulivo)
Luigi Cancrini (PdCI)
Giorgio Carta (Ulivo)
Carla Castellani (AN)
Massimo Cialente (Ulivo)
Carlo Ciccio (AN)
Paolo Cirino Pomicino (DC - Nuovo PSI)
Giulio Conti (AN)
Leopoldo Di Girolamo (Ulivo)
Domenico Di Virgilio (FI)
Giuseppe Drago (Unione di Centro)
Luigi Fabbri (FI)
Gaetano Fassolino (FI)
Luigi Fedele (FI)
Giuseppe Fioroni (Ulivo)
Renato Galeazzi (Ulivo)
Salvatore Iacomino (PRC)
Maria Grazia Laganà Fortugno (Ulivo)
Ferdinando Latteri (Ulivo)
Francesco Paolo Lucchese (UDC)

Giuseppe Francesco Maria Marinello (FI)
Vincenzo Nespoli (AN)
Giuseppe Palumbo (FI)
Tommaso Pellegrino (Verdi)
Mario Pepe (FI)
Rocco Pignataro (Lista di elezione: Popolari Udeur, iscritto al gruppo parlamentare misto)
Michele Pisacane (Lista di elezione: Popolari Udeur, iscritto al gruppo parlamentare misto)
Americo Porfidia (IdV)
Maurizio Ronconi (UDC)
Antonio Rotondo (Ulivo)
Paolo Russo (FI)
Emanuele Sanna (Ulivo)
Antonello Soro (Ulivo)
Francesco Stagno D'Alcontres (FI)
Riccardo Villari (Ulivo)
Domenico Zinzi (UDC)

INTERVISTA A GUIDO RIVA, PRESIDENTE DELLA COMMISSIONE SANITÀ DELL'ASSOCIAZIONE DEGLI INDUSTRIALI

Per Confindustria la tenuta del Ssn è una garanzia sociale

“Se salta il sistema sanitario pubblico, già oggi finanziato in buona parte dall'industria, le ripercussioni sulla tenuta delle imprese sarebbero inevitabili e ne pagheremmo le conseguenze tutti, grandi, medie e piccole imprese”. Partendo da questa convinzione, si ridisegna il giudizio degli industriali sul Ssn, con un invito ad avviare una stagione di partenariato “strategico” tra pubblico e privato e una dura critica alla lottizzazione politica delle nomine in sanità

Negli ultimi mesi Confindustria ha più volte manifestato il suo favore per il Ssn. Presidente Riva, può spiegare meglio la vostra posizione?

Nell'economia, negli equilibri sociali, negli scenari di sviluppo demografico, rispetto alle grandi tematiche del welfare, il tema della sanità assume valore crescente. Tale tendenza è presente anche nel sentire della classe imprenditoriale italiana.

Ci siamo resi conto che la sanità, forse anche più della previdenza, può diventare la vera bomba ad orologeria per i conti pubblici. E' nella spesa per la salute che si giocherà nei prossimi anni l'equilibrio stesso dello Stato sul piano della tenuta economica e finanziaria.

Non rendersi conto di questa realtà sarebbe stato per noi industriali un vero e proprio suicidio. Se salta il sistema sanitario pubblico, già oggi finanziato in buona parte dall'industria, le ripercussioni sulla tenuta delle imprese sarebbero inevitabili e ne pagheremmo le conseguenze tutti, grandi, medie e piccole imprese. Senza eccezioni.

Solo una scelta di opportunità?

Non solo. Il buon funzionamento della sanità è considerato dai cittadini un valore prioritario. Se il Ssn fornisce prestazioni insoddisfacenti si generano tensioni che coinvolgono i rapporti tra cittadino e governo a tutti i livelli di responsabilità, incidendo negativamente anche sui rapporti fra le parti sociali e sullo stesso svolgimento delle attività economiche.

La tenuta e la sostenibilità del sistema sanitario, rappresentano quindi un collante, una cerniera sociale, alla quale Confindustria intende aderire con la propria forza e autorevolezza. Senza dubbi o fraintendimenti. Per questo Confindustria non vuole la privatizzazione della sanità come scioccamente ancora oggi qualcuno insinua.

Come pensate possa essere conciliata la presenza dei privati in un sistema sanitario pubblico?

Siamo persone serie e non abbiamo retaggi ideologici da difendere. Piuttosto saremmo a favore di un maggior pragmatismo nel discutere di problemi che toccano milioni di cittadini e che interessano in modo crescente imprenditori e lavoratori. Il tema vero è quello di premiare la qualità del servizio in un sistema che garantisca efficienza nella spesa. Sappiamo che questa quadratura del cerchio è difficile. Ma certamente non passa attraverso la contrapposizione fra pubblico e privato il miglioramento concreto del sistema.

È auspicabile e necessario un ripensamento

dei rapporti. Penso che il privato non debba più essere visto esclusivamente nel solo ruolo di fornitore o di erogatore di prestazioni. Attraverso un confronto con le istituzioni centrali e regionali, si dovrà infatti prendere consapevolezza che la cooperazione tra pubblico e privato rappresenta una soluzione strategica al tema degli investimenti, delle tecnologie, della progettazione e della gestione dei servizi sanitari ospedalieri e territoriali.

Occorre avviare una stagione di partenariato “strategico” in cui, nel pieno rispetto dei ruoli di ognuno, si trovino caso per caso le soluzioni più adatte.

Si tratterebbe di una alleanza a vantaggio di tutti, cittadini per primi.

Uno studio di Confindustria ha indicato la sanità come terza impresa del Paese. Cosa si può fare secondo lei per trasformare in ogni caso la sanità da fattore di spesa a fattore di crescita economica?

Si può fare molto. Penso ad esempio alla capacità di attrarre domanda di assistenza e prestazioni dall'estero. Ne abbiamo capacità tecnica, clinica e organizzativa. Senza contare che, in quanto ai costi delle prestazioni, il nostro servizio può essere assolutamente concorrenziale a livello europeo e internazionale. Nello stesso tempo potremmo divenire esportatori di know how sia tecnologico, che gestionale-organizzativo, verso Paesi emergenti dell'area mediterranea e non solo. Potremmo infine fare finalmente quel passo decisivo di incentivazione della ricerca scientifica facendo dell'Italia un Paese attrattivo per imprese e realtà internazionali. La sanità è uno dei migliori esempi di domanda pubblica qualificata da governare con strategie lungimiranti. Ma è chiaro che, prima di tutto ciò, dobbiamo vincere la sfida della sostenibilità.

Come?

È fuor di dubbio che il tema del finanziamento ha una valenza strategica sia sotto il profilo quantitativo che qualitativo delle fonti. Per questo va fatta una riflessione sulla sostenibilità complessiva del sistema e su come attuare un federalismo fiscale che non incida sulla solidarietà ma garantisca efficienza e competitività del sistema. E, allo stesso modo, va portata avanti l'analisi, senza barriere ideologiche, su come costruire un sistema di sanità integrativa che possa svolgere un ruolo complementare ai fini del perseguimento degli obiettivi di tutela della salute.

Ragionare sul finanziamento, comunque, significa parimenti ragionare sull'ottimizzazione dei costi.

A questo riguardo, occorre riflettere sulla revisione della struttura complessiva dell'offerta di servizi sanitari attualmente ancora incentrata in grandissima parte sull'ospedale.

Su tutto ciò pesa tuttavia la grande zavorra degli sprechi gestionali. Una zavorra che rischia di minare qualsiasi processo di innovazione e che va espulsa con decisione.

Quello degli sprechi di gestione nella pubblica amministrazione è un cancro apparentemente incurabile. Pensa veramente che la battaglia possa essere vinta?

Sì. Ma è certo che l'efficienza non può essere frutto di un intervento estemporaneo, ma di una ricerca continua del miglioramento: tutte le attività hanno dei costi, ma non tutte le attività sono utili o producono valore o sono svolte da personale adeguato e di profilo appropriato per quelle date funzioni. Nello stesso tempo occorre sviluppare pratiche adeguate anche dal punto della gestione e della trasparenza della spesa senza le quali è difficile individuare politiche ed azioni adeguate.

Lei ha denunciato con forza la lottizzazione di Asl e ospedali da parte dei partiti. Non le sembra di avere esagerato?

Assolutamente no. La nostra è una critica seria e costruttiva. Non abbiamo intenzioni qualunque o demagogiche. Siamo ben coscienti del fatto che la politica, quella con la P maiuscola, debba governare con lungimiranza, tempestività e con grande senso di responsabilità i processi di cambiamento che interessano il Ssn.

Nello stesso tempo siamo consapevoli che la politica deve avere voce in capitolo nella scelta di persone e manager competenti per gestire servizi che assorbono fino al 70/80% dei bilanci regionali. Ma questo non si deve e non si può fare attraverso logiche meramente lottizzatrici. Non mi interessa la tessera di questo o quel manager o primario. Mi interessa che sia competente. Quello che noto è che invece, spesso, il criterio di scelta segue diverse priorità: prima la tessera, poi, se siamo fortunati, la competenza. Questa prassi deve finire, altrimenti tutte le belle cose fin qui dette non avranno speranza di vedersi realizzate.

Chi vedrebbe bene al ministero della Salute?

Un politico. Bravo e autorevole. Anche non del settore. Perché la sanità è una grande questione di interesse nazionale e la politica deve farsene carico a pieno titolo. I tecnici servono, ma di ausilio a politici di grande autorevolezza.

UNO STUDIO DI CONFINDUSTRIA SULLA RESA ECONOMICA DELLA FILIERA SANITARIA

La sanità è il terzo settore produttivo italiano e genera l'11% del Pil

Non una voce di spesa, ma un elemento essenziale del sistema economico. È questa l'immagine della sanità che emerge dalla ricerca condotta su tutti i segmenti della sanità: industria, servizi, distribuzione e commercio. Così, se il servizio pubblico ha una funzione essenziale nel mantenere un buon equilibrio sociale, il mondo della sanità nel suo insieme può rappresentare un terreno di sviluppo economico per tutto il Paese

La posizione di Confindustria nei confronti della sanità pubblica e più in generale del mondo sanitario, tratteggiata nell'intervista a Guido Riva, trova i suoi fondamenti economici nello studio pubblicato recentemente dalla Commissione sanità dell'associazione degli industriali italiani. La conclusione di quello studio, in estrema sintesi, è che il settore sanità produce ricchezza e va dunque rivisto il luogo comune secondo cui le spese per produrre beni e servizi a tutela della salute sono perdite, se pure a buon fine, per i bilanci dello Stato. Al contrario, non sono spese ma investimenti, visto che la filiera sanità produce l'11,1% del Pil nazionale e assorbe il 6% degli occupati in Italia, rappresentando la terza impresa più importante del mercato italiano.

La ricerca, coordinata da Romano Bedetti e realizzata dall'economista Nicola Quirino per conto della Commissione Sanità di Confindustria, analizza tutte le componenti del settore sanitario – industria, commercio e servizi – arrivando a conclusioni per certi aspetti sorprendenti, che confermano, con l'autorevolezza del dato economico, la visione secondo la quale la sanità deve essere considerata una risorsa del Paese e non soltanto un fattore di spesa. "Poiché da più parti si sostiene la necessità di comprimere la dinamica delle spese sanitarie, considerate spesso erroneamente come spese del tutto improduttive, – scrive Quirino nel capitolo dedicato al contributo dato dalla filiera sanitaria al reddito nazionale – vale forse la pena cercare di quantificarne l'impatto sul reddito nazionale, in modo da apprezzarne al meglio il ruolo che esse giocano all'interno del sistema economico".

Il valore aggiunto della filiera, calcolato facendo la differenza tra costi di produzione e costi al consumo, è di 73,5 miliardi (pari al 5,4% del Pil), ma tenendo conto dell'indotto supera i 149 miliardi, raggiungendo l'11,1% del Pil. Ripartito per segmenti, ciò significa che i servizi sanitari contribuiscono per il 7,1% alla formazione della ricchezza nazionale, la distribuzione di farmaci e medicali per il 2,4%, l'industria per il rimanente 1,6%. A superare la filiera della sanità nel panorama nazionale ci sono solo le imprese manifatturiere e il settore delle banche e assicurazioni.

Dall'indagine realizzata da Confindustria emerge inoltre che la filiera sanità assorbe direttamente oltre il 6% degli occupati nel nostro Paese, 1,4 milioni di persone in tutto (con una crescita del 12,8% dal 1996 al 2004); ma se si tiene conto dell'indotto l'incidenza supera il 10% dei lavoratori italiani. L'80,3% dei lavoratori è occupata nei servizi, il 10,3% nella produzione di farmaci e apparecchiature. Nell'ambito della distribuzione spiccano le farmacie, con quasi 68mila addetti. Agli occupati della filiera spetta anche il record assoluto in termini di valore aggiunto alla produzione: 138 mila euro a testa, contro la media di 106 mila dell'intera economia. Il massimo si registra nel settore farmaceutico (con 119 mila euro), mentre il valore minimo è registrato nel settore delle apparecchiature medicali, chirurgiche e ortopediche (33 mila euro).

TAB.2 – UNITÀ LOCALI E ADDETTI DELLA FILIERA DELLA SALUTE (ANNO 2001)

Attività economiche	Unità locali	Addetti	Numero	%
	Numero	%		
INDUSTRIA	22.901	9,1	142.208	10,3
Fabbricazione di prodotti farmaceutici, chimici e botanici per usi medicinali	911	0,4	68.883	5,0
Fabbricazione di apparecchi medicali, chirurgici, ortopedici, di lenti e occhiali da vista	21.990	8,8	73.325	5,3
COMMERCIO	33.458	13,3	128.929	9,4
Commercio all'ingrosso di prodotti farmaceutici, strumenti e apparecchi sanitari	5.190	2,1	38.642	2,8
Commercio al dettaglio di prodotti medici, apparecchi e materiale terapeutico	28.268	11,3	90.287	6,6
SERVIZI	194.428	77,5	1.104.183	80,3
Servizi ospedalieri	2.829	1,1	661.580	48,1
Prestazioni ambulatoriali	191.599	76,4	442.603	32,2
TOTALE FILIERA	250.787	100,0	1.375.320	100,0

TAB.3 – OCCUPATI NELLE AZIENDE DELLA FILIERA DELLA SALUTE (ANNI 1996-2001-2004)

Attività economiche	Anno 1996	Anno 2001		Anno 2004
		Valori assoluti (in migliaia)		
INDUSTRIA	137,7	142,2	143,6	4,3
Fabbricazione di prodotti farmaceutici, chimici e botanici per usi medicinali	64,5	68,9	69,5	7,8
Fabbricazione di apparecchi medicali, chirurgici, ortopedici, di lenti e occhiali da vista	73,2	73,3	74,1	1,2
COMMERCIO	124,0	128,9	130,0	4,8
Commercio all'ingrosso di prodotti farmaceutici, strumenti e apparecchi sanitari	37,3	38,6	39,0	4,6
Commercio al dettaglio di prodotti medici, apparecchi e materiale terapeutico	86,7	90,3	91,0	5,0
SERVIZI	972,1	1.104,2	1.118,2	15,0
TOTALE FILIERA	1.233,8	1.375,3	1.391,8	12,8

TAB.4 – PRODUZIONE E VALORE AGGIUNTO AI PREZZI DI MERCATO DEI SETTORI CHE COMPONGONO LA FILIERA DELLA SALUTE (ANNO 2004)

Attività economiche	Produzione (in milioni di euro)	Valore aggiunto (in milioni di euro)	Valore aggiunto per addetto (in migliaia di euro)	Valore aggiunto/Pil	
INDUSTRIA		25.900	10.800	75,2	0,80
Fabbricazione di prodotti farmaceutici, chimici e botanici per usi medicinali	20.800	8.300	119,4	0,61	
Fabbricazione di apparecchi medicali, chirurgici, ortopedici, di lenti e occhiali da vista	5.100	2.500	33,7	0,19	
COMMERCIO	51.900	7.600	58,5	0,56	
Commercio all'ingrosso di prodotti farmaceutici, strumenti e apparecchi sanitari	27.700	2.800	71,8	0,21	
Commercio al dettaglio di prodotti medici, apparecchi e materiale terapeutico	24.200	4.800	52,7	0,36	
SERVIZI	114.100	55.100	49,3	4,08	
TOTALE FILIERA	191.900	73.500	52,8	5,44	

LO STATO DELLE STRUTTURE DI RICOVERO IN ITALIA

In trent'anni i posti letto si sono ridotti a meno della metà

L'Agenzia dei servizi sanitari regionali ha reso noti i dati 2004 sulle diverse tipologie di ricovero in Italia, articolati per tipologia e per Regione. In media oggi ci sono 4,64 posti letto ogni mille abitanti, mentre nel 1975 se ne contavano 10,6. Ma il dato complessivo non tiene conto delle consistenti differenze tra le diverse realtà regionali

Posti letto in Italia per disciplina e per tipo di struttura. Anno 2004

Disciplina	AO	Osp. gestione diretta	Policl. univers.	IRCSS	Osp. class.	Ist. qual. presidio Asl	Azienda di ente di ricerca	Totale PL pubblici	Totale PL accredit.	Totale generale	PL* per 1.000 abitanti	di cui PL acuti	di cui PL non acuti
01 ALLERGOLOGIA	50	20	48	23				141	30	171	0,003	0,003	-
02 DAY HOSPITAL	190	363	1	93	48	9		695	381	1.076	0,019	0,019	-
03 ANATOMIA E IST. PAT.													
05 ANGIOLOGIA	109	18	41		11			179	118	297	0,005	0,005	-
06 CARDIOCHIRURGIA PEDIATRICA	68	13		44			16	141		141	0,002	0,002	-
07 CARDIOCHIRURGIA	1.019	156	116	118	12		39	1.460	585	2.045	0,035	0,035	-
08 CARDIOLOGIA	2.895	3.268	174	500	302	61	83	7.222	1.686	8.908	0,154	0,154	-
09 CHIRURGIA GENERALE	8.661	14.818	1.520	1.069	1.156	239	43	27.267	6.507	33.774	0,583	0,583	-
10 CHIRURGIA MAXILLO FACCIALE	384	160	54	33		10		631	74	705	0,012	0,012	-
11 CHIRURGIA PEDIATRICA	565	254	98	151				1.068		1.068	0,018	0,018	-
12 CHIRURGIA PLASTICA	725	190	94	132	29	9	2	1.172	150	1.322	0,023	0,023	-
13 CHIRURGIA TORACICA	646	174	68	102			20	1.010	84	1.094	0,019	0,019	-
14 CHIRURGIA VASCOLARE	1.129	664	98	165	98	9		2.154	438	2.592	0,045	0,045	-
15 MEDICINA SPORTIVA	6	7	1	4				18		18	0,000	0,000	-
18 EMATOLOGIA	1.169	638	208	181	17			2.213		2.213	0,038	0,038	-
19 MAL. ENDOCRINE RIC. E NUTRIZ	682	340	161	174	65	6		1.422	96	1.518	0,026	0,026	-
20 IMMUNOLOGIA	49	3	26					78		78	0,001	0,001	-
21 GERIATRIA	1.271	3.120	86	142	148	61		4.767	817	5.584	0,096	0,096	-
22 RESIDUALE MANICOMIALE									30	30	0,001	0	0,001
24 MALATTIE INFETTIVE E TROPICALI	1.908	1.632	275	396	7			4.218	9	4.227	0,073	0,073	-
25 MEDICINA DEL LAVORO	134		50	31				215		215	0,004	0,004	-
26 MEDICINA GENERALE	12.284	21.900	933	776	1.350	334		37.243	6.641	43.884	0,758	0,758	-
27 MEDICINA LEGALE													
28 UNITÀ SPINALE	244	147		28	38	3		457	5	462	0,008		0,008
29 NEFROLOGIA	1.017	1.195	43	69	41	4		2.365	139	2.504	0,043	0,043	-
30 NEUROCHIRURGIA	1.607	698	247	282	10	14		2.844	216	3.060	0,053	0,053	-
31 NIDO													
32 NEUROLOGIA	2.689	2.405	365	520	112	100		6.091	1.911	8.002	0,138	0,138	-
33 NEUROPSICHIATRIA INFANTILE	222	136	96	158		202		612	10	622	0,011	0,011	-
34 OCULISTICA	1.594	2.115	231	157	182	30		4.279	1.532	5.811	0,100	0,100	-
35 ODONTOIATRIA E STOMATOLOGIA	151	101	105	9	37	4		403	4	407	0,007	0,007	-
36 ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA	5.918	10.256	374	636	539	233		17.723	4.368	22.091	0,382	0,382	-
37 OSTETRICIA E GINECOLOGIA	5.695	9.200	507	442	837	66		16.681	2.764	19.445	0,336	0,336	-
38 OTORINOLARINGOIATRIA	2.079	2.463	263	265	157	19		5.227	933	6.160	0,106	0,106	-
39 PEDIATRIA	2.763	4.252	430	398	208			8.051	89	8.140	0,141	0,141	-
40 PSICHIATRIA	1.615	2.925	104	59	115			4.818	2.943	7.761	0,134	0,134	-
41 MEDICINA TERMALE													
42 TOSSICOLOGIA	22		5					27		27	0,000	0,000	-
43 UROLOGIA	2.741	3.105	224	229	248	78		6.547	1.339	7.886	0,136	0,136	-
46 GRANDI USTIONI PEDIATRICHE	4							4		4	0,000	0,000	-
47 GRANDI USTIONATI	134	50						184		184	0,003	0,003	-
48 NEFROLOGIA (ABILIT. TRAP RENE)	343	89	63	73				568		568	0,010	0,010	-
49 TERAPIA INTENSIVA	1.819	1.680	136	243	128	31	12	4.018	387	4.405	0,076	0,076	-
50 UNITÀ CORONARICA	960	1.485	79	70	60	6	7	2.661	116	2.777	0,048	0,048	-
51 ASTANTERIA	550	887	56	14	56	10		1.563	23	1.586	0,027	0,027	-
52 DERMATOLOGIA	726	576	152	357	21			1.832	88	1.920	0,033	0,033	-
54 EMODIALISI	151	341	7	7				506	10	516	0,009	0,009	-
55 FARMACOLOGIA CLINICA	7	2		1				10		10	0,000	0,000	-
56 RECUPERO E RIABILITAZIONE	2.781	3.175	79	2.617	907	627	50	9.609	10.213	19.822	0,342	0,342	-
57 FISIOPATOLOGIA RIPRODUZ. UMANA	18	12	10	17				57		57	0,001	0,001	-
58 GASTROENTEROLOGIA	1.004	644	134	143	152	17		2.077	74	2.151	0,037	0,037	-
60 LUNGODEGENTI	739	3.938		134	58	114		4.869	5.362	10.231	0,177		0,177
61 MEDICINA NUCLEARE	50	41	4	21	4			120		120	0,002	0,002	-
62 NEONATOLOGIA	1.086	717	176	121	172	12		2.272	51	2.323	0,040	0,040	-
64 ONCOLOGIA	1.861	1.819	280	642	190	29	3	4.795	729	5.524	0,095	0,095	-
65 ONCOEMATOLOGIA PEDIATRICA	135	10	30	62				237		237	0,004	0,004	-
66 ONCOEMATOLOGIA	31	27	23	42			18	141		141	0,002	0,002	-
67 PENSIONANTI	388	60		145		1		593		593	0,010	0,010	-
68 PNEUMOLOGIA	2.851	1.897	26	334	95	8	5	5.208	335	5.543	0,096	0,096	-
69 RADIOLOGIA	4	5	1	8				18		18	0,000	0,000	-
70 RADIOTERAPIA	363	136	105	26			5	635	40	675	0,012	0,012	-
71 REUMATOLOGIA	262	85	88	14				449	125	574	0,010	0,010	-
73 TERAPIA INTENSIVA NEONATALE	559	308	93	63	69	2		1.092	6	1.098	0,019	0,019	-
74 RADIOTERAPIA ONCOLOGICA	94	21	9	20				144	4	148	0,003	0,003	-
75 NEURO-RIABILITAZIONE	84	168	42	747	37	54	20	1.098	458	1.556	0,027		0,027
76 NEUROCHIRURGIA PEDIATRICA	29		14	27				70		70	0,001	0,001	-
77 NEFROLOGIA PEDIATRICA	50	10	15	30				105		105	0,002	0,002	-
78 UROLOGIA PEDIATRICA	23	10		44				77		77	0,001	0,001	-
97 DETENUTI	71	34						105		105	0,002	0,002	-
TOTALE	79.478	104.963	8.668	13.408	7.716	2.402	323	216.958	51.920	268.878	4,64	4,09	0,55

*ITALIA - Popolazione Istat 57.888.245 - Anno 2004 Fonte: Elaborazione ASSR su dati NSIS - Ministero della Salute

Sono oltre vent'anni che si lavora per "contingentare" i posti letto disponibili nelle diverse strutture sanitarie. La legge 595/85 sulla programmazione sanitaria, infatti, fissava a 6,5 p.l. ogni mille abitanti il parametro tendenziale per l'assistenza ospedaliera, indicando la necessità che almeno l'uno per mille fosse riservato alla riabilitazione. Col passare degli anni e con il succedersi degli interventi legislativi, questi parametri sono scesi progressivamente. L'ultimo intervento in materia è quello dell'Intesa Stato-Regioni del 23 marzo 2005, che all'articolo 4 impegna le Regioni ad alcuni interventi:

a) adottare, entro il 30 settembre 2005, provvedimenti che prevedano uno standard di posti letto ospedalieri accreditati ed effettivamente a carico del servizio sanitario regionale, non superiore a 4,5 posti letto per mille abitanti, comprensivi della riabilitazione e della lungo degenza post-acuzie, adeguando coerentemente le dotazioni organiche dei presidi ospedalieri pubblici. Rispetto a tali standard è compatibile una variazione che, in ogni caso, non può superare il 5% in più in rapporto alle diverse condizioni demografiche delle Regioni. I provvedimenti da adottare per il raggiungimento di tale obiettivo devono prevedere il raggiungimento dello standard entro l'anno 2007, precisando gli obiettivi intermedi per gli anni 2005 e 2006, oggetto di verifica;

b) adottare, entro il 30 settembre 2005, i provvedimenti per promuovere il passaggio dal ricovero ordinario al ricovero diurno ed il potenziamento di forme alternative al ricovero ospedaliero, con il conseguimento di una riduzione dell'assistenza ospedaliera erogata, garantendo, entro l'anno 2007, il mantenimento dei tassi di ospedalizzazione per ricoveri ordinari e per ricoveri in regime diurno entro il 180 per mille abitanti residenti, di cui quelli in regime diurno di norma pari al 20%, precisando gli obiettivi intermedi per gli anni 2005 e 2006, oggetto di verifica.

L'accordo del marzo 2005 dava seguito a quanto previsto nella legge Finanziaria di quell'anno, che indicava in modo dettagliato le misure di contenimento della spesa sanitaria che le Regioni dovevano attuare, tra le quali appunto "il processo di razionalizzazione delle reti strutturali dell'offerta e della domanda ospedaliera, con particolare riguardo al riequilibrio dell'offerta dei posti letto per acuti, per lungodegenza e per riabilitazione, nonché la promozione del passaggio dal ricovero ordinario al ricovero diurno". E nella Finanziaria 2006 il richiamo si è ripetuto, aggancciando l'erogazione di parte delle risorse a interventi in questa direzione.

POSTI LETTO: QUANTI E DOVE

Oltre vent'anni di politiche volte a ridimensionare e razionalizzare la rete ospedaliera, che hanno prodotto spesso tensioni tra gli operatori dei servizi e anche tra la popolazione, hanno prodotto certamente un risultato vistoso. Se nel 1975 i posti letto ospedalieri erano 588.100, pari a 10,6 p.l. ogni mille abitanti, nel 2004 il loro numero è sceso a 268.878, ovvero 4,64 p.l. per mille abitanti.

Sulla base dei dati raccolti dal Nsis (Nuovo sistema informativo sanitario) del ministero della Salute appare però importante comprendere le grandi differenze tra le diverse realtà regionali, anche in rapporto alle diverse specializzazioni. Una prima fotografia dell'esistente è stata fornita con la pubblicazione del-

le tabelle che riportiamo in queste pagine (sul sito dell'Assr - www.assr.it - è possibile trovare anche le tabelle dettagliate per tipologia di struttura e specializzazione riferite a ciascuna Regione). Ma l'Assr intende ora approfondire l'esame di questi dati, ad esempio istituendo confronti diretti tra le Regioni che hanno la medesima struttura demografica o procedendo alla verifica delle correlazioni tra i tassi di ospedalizzazione e i tassi di occupazione dei posti letto per disciplina.

Si pensi, ad esempio, alla situazione di due grandi regioni come il Lazio e la Toscana. La Toscana ha una disponibilità di posti letto complessivi sostanzialmente in linea con la media nazionale (4,46 per mille) e ha quasi raggiunto il limite dei p.l. per acuti (attualmente sono 4,11 per mille) ma è ancora carente per quanto riguarda lungodegenza e riabilitazione (0,35 per mille). Il Lazio invece eccede in ogni ambito: i p.l. complessivi sono 5,77 per mille, di cui 4,61 per acuti e 1,16 per

non acuti. D'altra parte in Toscana i p.l. in strutture accreditate sono il 13,6% del totale, mentre nel Lazio sono quasi il 30%.

Il confronto è interessante anche per alcune realtà specialistiche. Per fare un solo esempio, diamo il numero di unità spinali presenti in tre grandi Regioni che hanno una quantità di popolazione simile: sono 127 le unità spinali attive in Lombardia, ma si scende a 80 nel Veneto e a 42 nel Lazio.

Posti letto per tipo di struttura distribuiti per Regioni. Anno 2004

Regione	Popolazione (Istat 2004)	AO	Osp. gestione diretta	Policl. univers.	IRCSS	Osp. class.	Ist. qual. presidio Asl	Azienda di ente di ricerca	Totale PL pubblici	Totale PL accredit.	Totale generale	PL* per 1.000 abitanti	di cui PL acuti	di cui PL non acuti
Piemonte	4.270.215	5.275	8.426		924	586	655		15.866	3.889	19.755	4,63	3,65	0,97
Valle d'Aosta	122.040		486							486	486	3,98	3,98	
Lombardia	9.246.796	28.273	336		5.846	1.487	202		36.144	9.242	45.386	4,91	4,24	0,67
P.A. Bolzano	471.635		2.085						2.085	304	2.389	5,07	4,51	0,56
P.A. Trento	490.829		1.823			205			2.028	438	2.466	5,02	3,69	1,33
Veneto	4.642.899	3.555	13.805		40	1.222	843		19.465	1.231	20.696	4,46	3,86	0,6
Friuli Venezia Giulia	1.198.187	2.583	1.937	329	343				5.192	613	5.805	4,84	4,63	0,22
Liguria	1.577.474	2.639	3.546		649	151			6.985	84	7.069	4,49	4,25	0,24
Emilia Romagna	4.080.479	5.984	10.157		346				16.487	4.674	21.161	5,19	4,31	0,88
Toscana	3.566.071	4.433	8.817		176		117	192	13.735	2.163	15.898	4,46	4,11	0,35
Umbria	848.022	1.583	1.722						3.305	261	3.566	4,21	4,01	0,19
Marche	1.504.827	1.378	4.201		347				5.926	1.047	6.973	4,69	4,24	0,45
Lazio	5.205.139	4.042	8.524	3.734	2.094	2.137	441		20.972	9.040	30.012	5,77	4,61	1,16
Abruzzo	1.285.896		5.488						5.488	978	6.466	5,03	4,57	0,45
Molise	321.697		1.319		164			131	1.614	193	1.807	5,62	5,06	0,55
Campania	5.760.353	4.742	6.824	2.019	398	644	90		14.717	6.438	21.155	3,67	3,35	0,32
Puglia	4.040.990	2.281	9.006		1.612	1.011			13.910	2.237	16.147	4	3,62	0,38
Basilicata	597.000	921	1.596						2.517	60	2.577	4,32	4,14	0,17
Calabria	2.011.338	2.456	3.663		74				6.193	2.960	9.153	4,55	4,08	0,47
Sicilia	5.003.262	8.685	5.680	2.328	355	273	54		17.375	4.522	21.897	4,38	4,15	0,23
Sardegna	1.643.096	648	5.522	258	40				6.468	1.546	8.014	4,88	4,77	0,11

Fonte: Elaborazione ASSR su dati NSIS - Ministero della Salute

segue dalla prima

SENZA I MEDICI NON SI FA SANITÀ

10% di ultraottantenni), altrettanto devono cambiare le fonti e le modalità di finanziamento del sistema e vanno ricercati nuovi strumenti di politica sanitaria che si traducano in modelli organizzativi adatti a recepire le trasformazioni della domanda di salute. Il governo clinico, inteso soprattutto come l'affermazione di un diverso equilibrio di competenze e poteri tra management aziendale e dirigenza medica nelle sue articolazioni organizzative (dipartimento e collegio di direzione), deve diventare la modalità universalmente riconosciuta e perseguita per raggiungere l'efficienza dell'intero sistema sanitario attraverso l'appropriatezza e l'efficacia delle prestazioni.

"Investire in sanità promuove lo sviluppo del Paese" sembra una ricetta vincente, ma che senza programmazione rischia di diventare un ennesimo, moderno luogo comune. Siamo convinti che lo sviluppo della economia del Paese non sia necessariamente coincidente con il progresso ed il benessere di tutti. È necessario che questo sviluppo sia guidato da obiettivi etici e da principi solidi. Finché saranno marcate le disuguaglianze economiche tra cittadini di diverse Regioni e le povertà emergenti si aggiungeranno alle antiche povertà, radicate nelle pieghe della nostra società del benessere, sarà sempre un benessere "distorto". Il federalismo in Sanità può essere la ricetta giusta per adeguare la spesa ai bisogni di realtà storiche e sociali diverse come quelle che sono presenti nelle Regio-

ni italiane. Si dice, e anche noi siamo d'accordo, che ogni Regione deve provvedere ai suoi bisogni di salute ricorrendo alle sue proprie risorse, ma questa non può prescindere dal riconoscimento di un'unica identità nazionale che il Ssn raffigura e completa nella sua essenza. Crediamo che la solidarietà e l'universalità di accesso siano requisiti che debbano sovrastare ogni modello organizzativo. Non può esistere un federalismo equo senza un forte sistema di perequazione che ridistribuisca la ricchezza dal centro, colmando le differenze che pregiudicano il diritto alla salute. Nel Federalismo che vogliamo devono essere fissati identici livelli essenziali di assistenza, non selezionati al minimo con l'occhio rivolto alla borsa, ma secondo il rispetto dei diritti e delle primarie esigenze di ognuno, deve essere salvaguardato il diritto dei cittadini ad essere curati nello stesso modo e con le stesse garanzie in ogni parte d'Italia, deve essere conservata la omogeneità dello stato giuridico ed economico del personale.

Siamo preoccupati per il nostro contratto del secondo biennio 2004-2005 che, sebbene sia scaduto da cinque mesi, è ancora fermo al Consiglio dei ministri per una approvazione che gli consenta di procedere il suo iter alla Corte dei Conti, mortificato dalla indifferenza dei politici, sacrificato a chissà quale sottile calcolo economico.

La realizzazione di una rete assistenziale multidisciplinare efficace ed appropriata e la gestione di protocolli clinico-diagnostici ed organizzativi che possano assicurare la migliore risposta qualitativa alla domanda dei cittadini che si rivolgono al Ssn, sono obiettivi raggiungibili solo con una collaborazione

convinta dei medici, solo riconoscendo il ruolo centrale della Dirigenza medica per la risoluzione dei numerosi problemi che pesano sulla sanità italiana. Per questo rivendichiamo con forza che sia rispettato il nostro diritto di professionisti, responsabili e qualificati, di vedere approvato il loro contratto così come siglato in preintesa. Nessuno faccia più affidamento sul nostro senso di responsabilità, non vogliamo che questo sia scambiato per una rassegnata resa, e diciamo con chiarezza che siamo pronti fin d'ora ad intraprendere ogni azione di protesta, anche la più dura, per la difesa dei nostri diritti.

Un ultimo pensiero è per la nostra Associazione, per le migliaia di Medici che in essa riconoscono le loro aspirazioni e che ad essa delegano la loro rappresentanza. Ci prepariamo ad un Congresso nazionale che deve essere una opportunità di riflessione e di confronto da non mancare.

Negli ultimi quattro anni l'Anaa, pur tra mille difficoltà - si pensi al contratto e alla difesa del Ssn che ci ha visto marciare in 30mila a Roma nell'aprile 2004 - è stata il massimo strumento di difesa dei nostri diritti e di proposta delle nostre idee, ora è importante ritrovarci per una riflessione comune, per fissare nuovi obiettivi. La partecipazione di tutti può essere una buona premessa, il rafforzamento delle nostre convinzioni e la unità dei nostri intenti saranno una ottima conclusione.

Domenico Iscaro
vice segretario nazionale
Anaa Assomed

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@anaa.it
www.anaa.it

direttore
Serafino Zucchelli
direttore responsabile
Silvia Procaccini
comitato di redazione:
Alberto Andron,
Piero Ciccarelli, Antonio Delvino,
Mario Lavecchia

coordinamento editoriale
Cesare Fassari
Hanno collaborato
Gerardo Anastasio, Amedeo Budassi,
Paola Carnevale, Luciano Gabbani,
Francesco Maria Mantovani, Giuseppe
Marotta, Antonio Mastroianni,
Maurizio Paparo

editore

Health Communication srl
Edizioni e servizi di interesse sanitario
Via Vittore Carpaccio 18,
00147 Roma
tel. 06.64.65.031 - fax 06.64.65.03.28

Registrazione al Tribunale di Milano n.182/2002
del 25.3.2002; Sped. in abb. postale - D.L. 353/2003
(conv. in L. 27/02/2004 n. 46) art. 1, comma 1, DCB ancona
Diritto alla riservatezza: "Dirigenza Medica" garantisce la
massima riservatezza dei dati forniti dagli abbonati nel
rispetto della legge 675/96
Stampa: Tecnostampa srl - via Le Breccie 60025 Loreto (An)
Finito di stampare nel mese di aprile 2006

LA GIORNATA MONDIALE DELLA SANITÀ 2006 È STATA DEDICATA A CHI NEL SETTORE CI LAVORA

La crisi di forza lavoro è una minaccia per la salute nel mondo

“Working together for health”, cioè “Lavorare insieme per la salute”. È lo slogan che lo scorso aprile ha accompagnato la Giornata Mondiale della sanità 2006, l'evento annuale promosso dall'Organizzazione mondiale della Sanità per porre l'attenzione sulle nuove sfide per la salute di tutte le popolazioni

I grandi protagonisti della Giornata 2006 sono stati coloro che l'assistenza la svolgono sul campo, con le competenze scientifiche necessarie, cioè innanzi tutto i medici e gli infermieri. Proprio per questo, ad affiancare l'Oms nell'organizzazione dell'evento è stata quest'anno anche la Federazione dei Collegi Ipasvi, partner delle iniziative insieme alla British medical association. Ma l'evento era rivolto a chiunque contribuisce alla tutela della salute e al funzionamento dei sistemi sanitari, come i politici, i manager, i volontari ecc... In totale, circa 60 milioni di persone che ogni giorno lavorano, in tutto il mondo, per far funzionare la macchina sanità e fornire assistenza alle persone malate. Non abbastanza, tuttavia, secondo l'Oms. Perché per assistere davvero tutti coloro che ne hanno bisogno l'Organizzazione mondiale della Sanità stima che sarebbero necessari almeno altri 4 milioni di operatori. Ed è proprio sulla carenza di personale sanitario e sulla necessità di sviluppare programmi di reclutamento e formazione, soprattutto nei Paesi in via di sviluppo, che la Giornata mondiale della sanità 2006 ha voluto porre l'attenzione.

“La forza lavoro della sanità è in crisi”, ha dichiarato il direttore generale dell'Oms, Lee Jong-wook, presentando la Giornata. “Se da un lato la popolazione mondiale cresce, il numero degli operatori sanitari ristagna o diminuisce”. È un processo a catena, spiega l'Oms, che rappresenta un grave problema soprattutto nei Paesi in via di sviluppo dove, una volta formati, gli operatori sanitari del luogo cercano di lasciare il loro Paese per trovare “fortuna” nella parte occidentale del mondo, dove il

loro lavoro è maggiormente tutelato e retribuito.

Un fenomeno, quello della carenza di personale sanitario, che secondo il direttore generale dell'Oms va fermato al più presto, anche perché alcuni fattori, quale l'invecchiamento della popolazione in molte aree del mondo, fanno sì che per i sistemi sanitari nazionali sia sempre più difficile sostenere e rispondere alla crescente domanda di assistenza. “Senza una forza lavoro vigorosa ha osservato Jong-wook - la sanità non può migliorare. Adesso è necessario agire e ogni Paese deve trovare delle soluzioni ad hoc per fronteggiare le proprie specifiche necessità”.

Obiettivo dell'Oms è sostenere tutti i Paesi nel loro cammino e lanciare azioni che permetteranno di formare, sostenere e mantenere i propri operatori sanitari. La Giornata Mondiale della Sanità è stata quindi sia l'occasione per celebrare i risultati raggiunti, che per compiere un primo passo per promuovere e delineare le nuove azioni che potranno garantire un futuro migliore.

IL RAPPORTO MONDIALE SULLA SANITÀ 2006

Sono circa 59,8 milioni le persone che nel mondo lavorano a tempo pieno per offrire prestazioni sanitarie. Lo rivela l'Oms nel Rapporto mondiale sulla sanità 2006, in cui si afferma anche che gli operatori sanitari (medici e infermieri) rappresentano i 2/3 del totale della forza lavoro del mondo della sanità (circa 39,5 milioni di persone), mentre il rimanente terzo è costituito dalle persone che si occupano degli aspetti dirigenziali e di sup-

porto dei sistemi sanitari (circa 20 milioni di persone). Secondo le stime, inoltre, nei Paesi più ricchi gli operatori del settore sanitario rappresentano il 13% del totale della forza lavoro dell'intera nazione. Nel complesso, circa 2/3 dei lavoratori della sanità operano nel settore pubblico, e mentre il 70% dei medici sono uomini, per la categoria infermieristica sono le donne a fare la parte da leone, rappresentando oltre il 70% della categoria. Percentuali in cui si può leggere anche un forte squilibrio di genere tra due professioni per certi versi simili. Dal documento dell'Oms emerge anche una grande differenziazione tra l'equilibrio della forza lavoro nei vari Paesi: il rapporto tra medici e infermieri varia dall'1:8 delle regioni africane all'1:1 in Paesi come il Cile e il Perù. Negli Usa, invece, la media è di 4 infermieri per ogni dottore. In pratica, il 42,3% del totale mondiale delle risorse umane per la sanità si concentra nel Nord America e il 19,3% in Europa, mentre l'Africa può contare solo sul 2,4%, nonostante il 25% delle cariche di malattie siano registrate proprio da questo continente.

Alla fine, insomma, secondo i calcoli dell'Oms nel mondo mancano all'appello almeno 4 milioni di operatori sanitari e la carenza di personale sanitario è particolarmente acuta in 57 Paesi, 36 dei quali nell'Africa subsahariana, dove sarebbero necessari almeno 2,4 milioni di operatori della sanità in più. E questa situazione vie-

Il messaggio del direttore generale dell'Oms, Lee Jong-Wook, per la Giornata mondiale della sanità 2006

Nel 2003, prima di assumere l'incarico di Direttore generale, ho chiesto a numerosi dirigenti e decision-maker del settore quali fossero, secondo loro, le questioni più importanti nei loro Paesi. Uno dei problemi più evocati, sia nei Paesi sviluppati sia in quelli in via di sviluppo, è stata la crisi di risorse umane.

Assistiamo a una carenza cronica di operatori sanitari qualificati. Si tratta di una crisi a livello mondiale, ma particolarmente avvertita nei Paesi che ne hanno più bisogno. Per ragioni diverse, emigrazione, morbilità e mortalità elevate tra gli operatori della salute, questi Paesi non riescono a formare e conservare una forza lavoro in grado di aumentare le possibilità di sopravvivenza della popolazione e contribuire al suo benessere.

Il capitale umano è vitale per rinforzare i sistemi sanitari, ma la formazione degli operatori sanitari richiede un grande investimento di tempo e denaro a livello individuale e istituzionale, sotto forma di aiuti o sovvenzioni. Il personale qualificato deve restare nel Paese in cui è stato forma-

to perché la popolazione possa beneficiare delle sue competenze. Quando gli operatori sanitari vanno a lavorare altrove ecco che si perde una speranza e con essa anni di investimento.

La soluzione non è semplice e non c'è consenso su come procedere. I Paesi riusciranno a rimediare alla carenza solo attraverso una cooperazione e una condivisione di intenti tra i partner pubblici e quelli privati, che finanziano e dirigono l'establishment educativo, tra coloro che pianificano e influenzano lo staffing dei servizi sanitari, e coloro che sono in grado di assumere gli impegni finanziari necessari a sostenere delle buone condizioni di impiego nel settore della sanità.

Il Rapporto Oms sanità 2006 ha quindi l'obiettivo di fornire degli elementi che possano essere d'aiuto per comprendere le criticità e avviare dei progetti per risolvere la crisi della forza lavoro nella sanità, prima che si intraprendano misure urgenti per risolvere questa crisi.

(traduzione a cura della redazione)

Operatori sanitari ogni 1.000 abitanti

Africa	2,43
Asia	3,24
Medio Oriente	4,40
Media mondiale	8,58
Sud America	8,86
Ovest Pacifico	9,65
Europa	19,37
Nord America	42,38

ne inoltre aggravata dalla “fuga di cervelli” verso Paesi più ricchi. Già oggi, nel mondo, almeno 1,3 miliardi di persone non hanno accesso alle cure sanitarie fondamentali spesso perché non c'è il personale qualificato per somministrarle. E in assenza di interventi, prevede l'Oms, la situazione peggiorerà.

Da osservare, tuttavia, che nel calcolare le diverse competenze della forza lavoro all'interno di un sistema sanitario emerge che in Africa la percentuale di operatori che erogano prestazioni sanitarie (come medici ed infermieri) è molto più alta che in Europa o in America (rispettivamente l'83% contro il 69 e il 57%). Il restante operatori della sanità in Europa e in America (cioè il 31 e 41%) non si occupano di curare direttamente la persona, bensì di dirigere e gestire la macchina sanità. In Africa di queste aspetti se ne occupa un più ristretto 17% di lavoratori.

Come già accennato, gli operatori della sanità rappresentano una forte quota dei lavoratori di una nazione e, allo stesso modo, le risorse necessarie per pagare i loro stipendi e benefici assorbono un altrettanto alta quota di risorse di spesa di un Paese. In generale una nazione

arriva a spendere oltre il 42% delle risorse riservate alla sanità per pagare gli stipendi della forza lavoro. Chiaramente, anche questa percentuale varia nelle diverse aree del mondo, andando da un massimo del 50,8% nell'area Est Mediterranea a un minimo del 29,5% nelle regioni africane.

LE SFIDE DEL FUTURO

L'Oms stima che il personale necessario per superare la crisi della forza lavoro sia di 2,4 milioni tra medici e infermieri e 1,8 milioni di esperti in attività di appoggio. L'emergenza, come già detto, è particolarmente acuta nei Paesi dell'Africa sub-sahariana, dove vive l'11% della popolazione mondiale e si affronta il 24% del peso delle malattie globali, con appena il 3% del personale sanitario mondiale ad assistere i malati. In America (14% popolazione mondiale e 10% del peso delle malattie) lavora invece oltre il 42% del personale sanitario mondiale. In Africa inoltre la proporzione di operatori della sanità è di 2,3 per ogni mille abitanti, mentre in Asia del sud-est la quota sale al 4,3 per mille, in Europa al 18,9 per mille e in America al 24,8 per mille. Nella Repubblica Centrale Africana, ad esempio, si conta un medico ogni 18 mila persone circa e un infermiere ogni 7.800.

Ad acuire le difficoltà dei Paesi africani vi è anche l'alto tasso di migrazione del personale: secondo il rapporto una media del 23% dei medici formati in Africa lavora in un Paese dell'Ocse, dove gli stipendi sono più alti e le condizioni di lavoro migliori. D'altra parte, mentre l'America spende oltre il 50% delle risorse mondiali per finanziare la sanità per curare solo il 10% del carico di malattie nel mondo, attraverso il lavoro del 37% del totale della forza lavoro mondiale, le regioni africane spendono solo l'1% per curare un carico di malattie che è il 24% del totale mondiale e sostenere quel 3% sul totale di operatori sanitari nel mondo.

Per questo l'Oms ha invitato tutti i Governi di tutti il mondo a un'azione coordinata che preveda per i Paesi in via di Sviluppo maggiori investimenti nella formazione e più fondi per pagare gli stipendi e, quindi, garantire il sostentamento dei lavoratori della sanità. Il Rapporto stima che per colmare il divario di 4 milioni di operatori sanitari, le spese sanitarie debbano essere aumentate di almeno 10 dollari a persona e all'anno nei prossimi 20 anni nei 57 Paesi colpiti dalla crisi. Si raccomanda, inoltre, che almeno il 50% degli aiuti al settore della salute siano destinati alla formazione e al sostegno del personale sanitario.

Il problema della carenza del personale non lascia indifferente neanche l'Italia, dove, come ha spiegato l'Ipsavi, sono almeno 60 mila gli infermieri che servirebbero ma che mancano "all'appello". La carenza di circa 62 mila unità viene confermata anche se si "fanno i conti" con lo standard di 6,9 infermieri per mille abitanti stimato dall'Ocse come media nei Paesi europei, contro il 5,4 per mille attualmente registrato in Italia. Un "buco" di forza lavoro preziosa per l'assistenza sanitaria che si fa sentire soprattutto nelle piante organiche delle Regioni del Centro-Nord, dove si stima che gli infermieri necessari siano almeno 26 mila. In ogni caso, anche il Sud sta cominciando a soffrire di questa carenza a causa del "turnover" squilibrato, determinato dalle politiche di contenimento dei budget aziendali che spingono gli amministratori a non sostituire chi va in pensione con nuove leve di infermieri. In più, altri 32-35 mila circa sono gli infermieri "non formati" perché la programmazione dei corsi di laurea ha assegnato agli atenei italiani una media di 4-5 mila posti in meno ogni anno, dal 1997 al 2005, rispetto al fabbisogno indicato dalle categorie professionali.

IL PIANO DI AZIONE DELL'OMS

Il primo impegno, secondo l'Oms, è quello di celebrare gli operatori sanitari e la Giornata Mondiale della Sanità 2006 è stata proprio un'occasione per esprimere a voce alta la riconoscenza di tutte le nazioni per il loro lavoro, la dedizione e i successi ottenuti nel migliorare la salute delle persone. Partendo dalla consapevolezza dal ruolo fondamentale che gli operatori sanitari rivestono in tutto il mondo, l'Oms individua alcuni punti prioritari per superare la crisi della forza lavoro, nel tentativo di offri-

Forza lavoro per la salute per aree geografiche

	Operatori (operatori per 1.000 abitanti)	% di operatori che erogano prestazioni sanitarie	% di operatori dell'area dirigenziale e di supporto
Africa	2,3	83%	17%
Mediterraneo orientale	4,0	67%	33%
Sud-Est asiatico	4,3	67%	33%
Ovest Pacifico	5,8	78%	22%
Europa	18,9	69%	31%
Americhe	24,8	57%	43%
Totale	9,3	67%	33%

Confronto tra la forza lavoro in America e nell'Africa Sub Sahariana

America	Area Sub Sahariana
14% della popolazione mondiale	11% della popolazione mondiale
10% dei malati nel mondo	25% dei malati nel mondo
42% della forza lavoro mondiale in sanità	3% della forza lavoro mondiale in sanità
oltre il 50% della spesa mondiale per la sanità	meno dell'1% della spesa mondiale per la sanità

re più salute alla popolazione e più gratificazioni agli operatori sanitari nello svolgere il loro lavoro.

Anzitutto, investire di più nella formazione e il supporto degli operatori della sanità. "Inizialmente i fondi dovranno essere utilizzati per la formazione del personale. Man mano che gli operatori formati verranno inseriti nel mondo del lavoro, una parte maggiore di fondi dovrà essere utilizzata per pagare i loro stipendi". Per formare e pagare i salari dei 4 milioni di persone necessari per superare la crisi della forza lavoro, secondo l'Oms la spesa sanitaria della nazioni dovrebbe essere aumentata di almeno 10 dollari a persona ogni anno entro il 2025. "Un obiettivo ambizioso, ma ragionevole".

In secondo luogo, i Paesi in cui la carenza di personale è molto forte dovrebbero studiare dei seri piani nazionali per superare questo problema. I leader politici sono quindi chiamati ad impegnarsi nello sviluppo di questi piani, impegnando alla crisi della forza lavoro in sanità le risorse necessarie, che non devono solo essere dedicate ai medici e agli infermieri, ma anche a quegli operatori sanitari che si occupano di altri servizi fondamentali per la sanità, siano questi di gestione o di supporto.

Inoltre, l'Oms richiama l'attenzione sulla necessità di una migliore organizzazione dei sistemi sanitari che permetta un utilizzo più efficiente delle risorse umane già esistenti. Le misure "semplici" e "senza costi" suggerite dall'Oms sono, ad esempio, lo sviluppo del management e della supervisione, ma anche la realizzazione di note scritte che spieghino chiaramente il lavoro e le competenze che spetta a ciascuna delle categorie di lavoratori. L'Oms invita inoltre a lavorare in collaborazione con le associazioni di volontariato e le organizzazioni che si occupano di salute, considerando che una limitata formazione sanitaria anche delle persone che aderiscono a queste associazioni, così come ad alcune tipologie di pazienti, può permettere loro di offrire un'adeguata attività di assistenza e prevenzione negli ambiti in cui non è necessaria la presenza di un operatore sanitario.

Nel Rapporto si sottolinea, poi, la necessità di garantire agli operatori sanitari di alcune aree migliori condizioni di lavoro e maggiore protezione, considerando anche che se la forza lavoro è più tranquilla e felice essa lavora anche in maniera più efficiente. Oggi, invece, in alcune parti del mondo dove regna l'instabilità politica e i conflitti, gli operatori sanitari lavorano in strutture fatiscenti e in condizioni non igieniche, che li espone a malattie e a incidenti. In alcune regioni dell'Africa sub-Sahariana, ad esempio, le perdite degli operatori infettati sul lavoro dall'Hiv/Aids superano il numero degli operatori che

si diplomano. Maggiore prevenzione e accesso più facile alle cure per le persone con Hiv-Aids può quindi aiutare non solo i pazienti ma anche gli operatori sanitari. Per fronteggiare questa grave situazione, i Governi potrebbero mobilitare il sostegno nazionale, sia del settore pubblico che di quello privato, per poter attuare delle misure in grado di fornire una maggiore sicurezza e garantire forniture sufficienti di equipaggiamento protettivo di base (guanti, sapone e candeggina) e mettere gratuitamente a disposizione di tutti gli operatori sanitari il trattamento antiretrovirale.

In generale, comunque, per fronteggiare la crisi della forza lavoro i Governi potrebbero pensare a incoraggiare i pensionati a tornare in attività e incentivare gli operatori sanitari a spostarsi nelle zone dove la mancanza di forza lavoro è particolarmente sentita, come ad esempio le aree rurali. Ma soprattutto, conclude l'Organizzazione mondiale della sanità, la globalizzazione ci rende responsabili di quello che accade non solo nel nostro Paese, ma anche nelle nazioni più lontane. L'Oms si riferisce sì alla solidarietà nei confronti dei Paesi poveri, ma sottolinea come gli eventi che si sono verificati negli ultimi anni nelle nazioni occidentali (ad esempio l'influenza aviaria o l'uragano Katrina) hanno dimostrato come "i sistemi sanitari possano essere sopraffatti da emergenze che richiedono la pronta risposta degli operatori sanitari e dei Governi di tutto il mondo". Un invito, quindi, ad avviare sempre più numerosi progetti di collaborazione, di coordinamento globale e di aiuti internazionali, per offrire alla popolazione di ogni area del mondo risposte di salute sempre più efficaci ed efficienti.

Percentuale di spesa per gli stipendi sul totale spesa sanitaria

Africa	29,5%
Sud-Est asiatico	35,5%
Europa	42,3%
Ovest Pacifico	45%
Americhe	49,8%
Est Mediterraneo	50,8%
Mondo	42,2%

La disciplina del medico a regime part-time

di Fabio Iacobone

IPOTESI DI PASSAGGIO ALL'IMPEGNO ORARIO RIDOTTO

La disciplina che regola l'accesso al regime ad impegno ridotto (part-time) dei dirigenti medici con rapporto di lavoro esclusivo è contenuta nel Ccnl integrativo del 22 febbraio 2001 (pubbl. in G.U. s.g., n. 54 del 6 marzo 2001).

Tale accordo prevede la possibilità per il medico con rapporto di lavoro esclusivo che rivesta l'incarico di direzione di strutture complesse o semplici, di richiedere, dopo i primi sei mesi dall'assunzione, la trasformazione dell'orario da tempo pieno a tempo parziale, "in tutti i casi in cui risulti comprovata una particolare esigenza familiare o sociale" (art. 2, comma 1).

L'ampiezza dei significati attribuibili all'espressione "esigenza familiare o sociale" non consente di individuare in maniera tassativa tutte le ipotesi di passaggio all'impegno ridotto.

Per quanto riguarda il riferimento alle "esigenze di natura sociale", a specifica dichiarazione congiunta, che le parti firmatarie del contratto hanno sottoscritto, individua il significato dell'espressione il significato "tutte le attività relative alla predisposizione ed erogazione di servizi, gratuiti ed a pagamento, o di prestazioni economiche destinate a rimuovere e superare le situazioni di bisogno e di difficoltà che la persona umana incontra nel corso della sua vita, escluse soltanto quelle assicurate dal sistema previdenziale e da quello sanitario, nonché quelle assicurate in sede di amministrazione della giustizia" (cfr. art. 1 della legge 8 novembre 2000, n. 328 così come richiamato dalla dichiarazione congiunta).

Con riferimento, invece alle esigenze di tipo familiare, la stessa normativa collettiva, chiarisce che queste sono in via indicativa riconducibili alle seguenti tre ipotesi (art. 2, comma 2, Ccnl integrativo):

- a) assistenza ai figli sino agli otto anni di età (ossia 7 anni e 364 giorni);
- b) assistenza ai parenti (affetti da tossicodipendenza, alcolismo cronico o grave debilitazione psico-fisica, nonché portatori di handicap sottoposti a trattamento terapeutico di riabilitazione) (cfr. artt. 21 e 22, c. 2 del DPR n. 384/1990);
- c) gravi motivi familiari individuati dal Reg. Interministeriale del 21 luglio 2000, n. 278.

In particolare, quest'ultimo regolamento chiarisce che i gravi motivi devono essere relativi alla situazione personale, della propria famiglia, nonché dei portatori di handicap, parenti o affini entro il terzo grado, anche se non conviventi.

Sempre il regolamento precisa che per gravi motivi si intendono:

- a) le necessità familiari derivanti dal decesso di una delle suddette persone;
- b) le situazioni che comportano un impegno particolare del dipendente o della propria famiglia nella cura o nell'assistenza dei soggetti menzionati;
- c) le situazioni di grave disagio personale, ad esclusione della malattia, nelle quali incorra il dipendente medesimo;
- d) le situazioni, riferite ai suddetti soggetti ad esclusione del richiedente, derivanti dalle patologie acu-

te o croniche che determinano temporanea o permanente riduzione o perdita dell'autonomia personale ovvero che richiedono assistenza continuativa o frequenti monitoraggi clinici, ematochimici e strumentali o la partecipazione attiva del familiare nel trattamento sanitario;

MODALITÀ E DURATA

In merito alle modalità di attuazione del regime part-time, il contratto collettivo stabilisce che queste potranno realizzarsi attraverso (art. 3, comma 2):

1. l'articolazione della prestazione di servizio ridotta in tutti i giorni lavorativi (part-time **orizzontale**);
2. l'articolazione della prestazione su alcuni giorni della settimana, del mese, o di determinati periodi dell'anno (part-time **verticale**);
3. con combinazione delle due precedenti modalità (part-time **misto**).

Ulteriori modalità possono essere concordate tra il dirigente e l'azienda, qualora ricorrano particolari e motivate esigenze, tenendo comunque conto della natura dell'attività istituzionale, degli orari praticati dagli altri medici e della struttura degli organici nei diversi ruoli e discipline (art. 3, comma 3).

Con riferimento alla durata del periodo di regime ad impegno ridotto, l'art. 3, comma 4, del menzionato contratto integrativo, stabilisce che questa "non può essere, in ogni caso, inferiore ad un anno" e, comunque, risulta determinata in relazione all'attualità delle ragioni che ne hanno giustificato la concessione.

Pertanto, pur non essendo prevista una durata stabilita del regime part-time, è possibile determinarne la scadenza nel momento in cui vengano a cessare le esigenze familiari o sociali alla base del passaggio al regime di orario ridotto.

Difatti, la disciplina collettiva stabilisce che il ritorno al tempo pieno "può essere anticipato al cessare delle ragioni che lo hanno determinato, su richiesta del dirigente o dell'azienda con le procedure di cui all'art. 2, comma 3 del Ccnl 8 giugno 2000 [ossia comunicando la disdetta con lettera raccomandata almeno tre mesi prima della scadenza prevista: Ndr.] che devono tener conto delle esigenze organizzative dell'azienda" (art. 3, comma 4).

Per quanto riguarda la riduzione dell'orario di lavoro, l'autonomia collettiva ha stabilito che questa deve essere contenuta tra un minimo del 30% ed un massimo del 50% della prestazione lavorativa a tempo pieno, che per il dirigente medico è fissata in 38 ore settimanali (art. 3, Ccnl integrativo).

Al dirigente con rapporto di lavoro ad impegno ridotto di tipo orizzontale, previo suo consenso ed in presenza di comprovate esigenze organizzative, potranno essere richieste prestazioni di lavoro supplementare (ossia ore svolte oltre l'orario di lavoro concordato fra le parti ed entro il limite del tempo pieno) nella misura massima del 10% della durata di lavoro concordata riferita a periodi non superiori ad un mese e da utilizzare nell'arco di più di una settimana (art. 4, c. 2). Pertanto, ad esempio, per una riduzione dell'impe-

gno concordata al 50% del tempo pieno (38h:2 = 17h sett. x 4 = 68h mensili), non potranno essere richieste più di 6,8 ore mensili di lavoro supplementare (10% di 68h) da spalmare su più settimane. Tali ore dovranno essere retribuite con una maggiorazione della retribuzione oraria pari al 15% (art. 4, c. 3).

Il dirigente con rapporto di lavoro ad impegno ridotto di tipo verticale, invece, può effettuare prestazioni di lavoro straordinario nelle sole giornate di effettiva attività lavorativa e comunque entro il limite individuale di 20 ore annue (art. 4, c. 4).

Tutte le ore di lavoro che eccedano i suddetti limiti (10% di lavoro supplementare per il part-time orizzontale e 20 ore annue per lo straordinario nel part-time verticale) devono essere retribuite con un compenso pari alla retribuzione oraria maggiorata di un percentuale del 50%.

TRATTAMENTO ECONOMICO E NORMATIVO

Con riguardo al trattamento normativo ed economico, l'art. 4, comma 1, del ccnl integrativo stabilisce che "ai dirigenti medici ad impegno ridotto si applicano, in quanto compatibili, le disposizioni di legge e contrattuali dettate per il rapporto di lavoro a tempo pieno, ivi compreso il diritto alla formazione".

In particolare, il trattamento economico, anche accessorio, dei dirigenti con rapporto di lavoro part-time è proporzionale all'effettiva prestazione lavorativa, con riferimento a tutte le competenze fisse e periodiche (ivi compresa l'indennità integrativa speciale, la retribuzione di anzianità ove spettante) corrisposte al dirigente a tempo pieno che svolge lo stesso incarico. A tale regola, fa eccezione l'indennità di esclusività che è percepita per intero.

Passando ad esaminare i principali istituti di carattere normativo, con particolare riferimento alle ferie, l'accordo integrativo stabilisce che il dirigente con rapporto part-time di tipo orizzontale ha diritto ad un numero di giorni di ferie pari a quello dei dirigenti a tempo pieno; mentre i medici con rapporto part-time di tipo verticale hanno diritto ad un numero di giorni di ferie e festività proporzionato alle giornate di lavoro prestate nell'arco dell'anno.

Sempre nel part-time verticale, analogo criterio di proporzionalità si applica anche per tutti i casi di assenze previste dalla legge o dalla contrattazione collettiva (ivi comprese quelle per malattia), salvo l'istituto dell'astensione obbligatoria per maternità che è riconosciuto per intero. Viceversa, il permesso per matrimonio, l'astensione facoltativa, i congedi parentali, i permessi per lutto, spettano per intero solo per periodi coincidenti con quelli lavorativi (art. 4, c. 10).

Da ultimo si segnala che i dirigenti a regime part-time, per tutta la durata dell'impegno ad orario ridotto, non possono svolgere servizio di pronta disponibilità, né attività libero professionale intramuraria (art. 4, c. 12).

Servizio Tutela Lavoro
Anaa-Cref

¹ Ivi incluse le affezioni croniche di natura congenita, reumatica, neoplastica, infettiva, dismetabolica, post-traumatica, neurologica, neuromuscolare, psichiatrica, derivanti da dipendenze, a carattere evolutivo o soggette a riattivazioni periodiche

² A queste si aggiungono le patologie dell'infanzia e dell'età evolutiva per le quali il programma terapeutico e riabilitativo richiede il coinvolgimento dei genitori o del soggetto che esercita la potestà.

GIURISPRUDENZA *sentenze e ordinanze*

MOBBING: LA PROVA DEL RISARCIMENTO SPETTA AL LAVORATORE

Cassazione – Sezione Lavoro - Sentenza n. 4774 del 6 marzo 2006

Il lavoratore deve dimostrare l'intento persecutorio perseguito dal datore di lavoro per ottenere il risarcimento da mobbing. La sentenza (il testo è pubblicato alla pagina seguente) riguarda il caso di un dipendente di una società che aveva convenuto in giudizio il suo datore di lavoro per chiedere risarcimento dei danni derivati, con l'istaurarsi di una malattia invalidante, da una serie di comportamenti persecutori, ricondotti ad un'ipotesi di mobbing, posti in atto dalla società dal 1992, consistiti in provvedimenti di trasferimento, ripetute visite mediche fiscali, attribuzioni di note di qualifica di insufficiente, irrogazioni di sanzioni disciplinari e privazione della abilitazione necessaria per operare al terminale. In primo e secondo grado la domanda di risarcimento era stata rigettata avendo i giudici escluso la configurabilità di una condotta aziendale protratta nel tempo caratterizzata da intenti persecutori e finalizzata all'emarginazione del lavoratore. Il lavoratore ricorreva in Cassazione chiedendo la valutazione complessiva degli eventi posti a fondamento della pretesa azionata, che, anche se corrispondenti singolarmente e astrattamente a comportamenti leciti del datore di lavoro, dovevano essere considerati nell'ambito del fenomeno mobbing, in quanto diretti a cagionare nel dipendente turbamenti psicologici e disturbi di salute. La risposta della Cassazione è negativa: per contestare il mobbing, infatti, serve un comportamento non occasionale del datore di lavoro, ma duraturo nel tempo, di natura vessatoria tale da comportare una lesione dell'integrità fisica e della personalità morale del lavoratore. Tuttavia non è sufficiente l'elencazione di una serie di condotte sfavorevoli per ritenere automaticamente dimostrato il danno del lavoratore; per ottenere il risarcimento il mobbizzato deve provare i due connotati caratteristici del mobbing: la realizzazione sistematica di comportamenti vessatori reiterati nel tempo e la finalizzazione degli stessi alla discriminazione ed emarginazione del lavoratore. Il lavoratore, in altre parole, dovrà provare il danno esistenziale vale a dire il pregiudizio determinato dal comportamento del datore di lavoro, pregiudizio non avente natura reddituale ma che va ad incidere come alterazione delle abitudini di vita e degli assetti relazionali propri del lavoratore medesimo, sconvolgendo la quotidianità e privandolo di occasioni per l'espressione e la realizzazione della sua personalità con il mondo esterno. Il danno esistenziale fondandosi sulla natura non emotiva ma oggettivamente accertabile viene provato attraverso l'indicazione di scelte di vita diverse da quelle che si sarebbero adottate se non si fosse verificato l'evento dannoso e l'onere probatorio può essere assolto con tutti i mezzi che l'ordinamento processuale mette a disposizione, dal deposito di documentazione alla prova testimoniale su tali circostanze di familiari e colleghi di lavoro.

SERVE L'INTESA CON LE REGIONI SUI LIVELLI ESSENZIALI DI ASSISTENZA

Corte Costituzionale – Sentenza n. 134/2006

L'attuazione e la specificazione dei livelli essenziali di assistenza può essere determinata con decreto ministeriale previa intesa con le regioni, non essendo sufficiente un semplice parere. È quanto emerge dalla sentenza n. 143 depositata il 31 marzo scorso con la quale è stata dichiarata l'illegittimità dell'articolo 1 comma 169 della Finanziaria 2005, nella parte in cui prevede che il regolamento del Ministero della Salute con cui sono fissati gli standard e sono individuate le tipologie di assistenza e i servizi, sia adottato "sentita la Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano", anziché "previa intesa" con la Conferenza.

Nella sostanza i giudici della Consulta hanno dichiarato che i livelli essenziali di assistenza, cioè le prestazioni garantite gratuitamente in Italia, debbono essere fissati dal Ministero in accordo con le Regioni, previa una vera e propria intesa.

La Corte Costituzionale ha infatti ritenuto "ingiustificata", rispetto alla Carta Costituzionale, "la riduzione delle modalità di coinvolgimento delle Regioni" nella definizione dei Lea nell'ambito della riorganizzazione del sistema sanitario e ha considerato l'intesa non solo la forma più incisiva di leale collaborazione tra Stato e Regioni, proprio per una questione così legata all'assistenza sanitaria come i Lea, ma anche indispensabile, e coerente con la linea adottata più volte dalla Corte nell'affermare che le scelte che comprimono l'autonomia regionale nei diritti sociali e civili, devono essere operate dallo Stato con "legge determinante adeguate procedure e precisi atti formali". Quindi competenza esclusiva allo Stato nella determinazione dei livelli essenziali delle prestazioni concernenti i diritti civili e so-

ciali che devono essere garantiti su tutto il territorio nazionale e compressione dell'autonomia regionale operata dallo Stato con legge.

È dunque assolutamente necessaria l'intesa tra il potere centrale e quello periferico, perché "la determinazione delle tipologie di assistenza e dei servizi relativi alle aree di offerta individuale del piano sanitario nazionale, costituisce una fase della individuazione non legislativa dei livelli essenziali di assistenza e quindi non appare giustificabile una diversità di partecipazione delle regioni nel relativo procedimento di specificazione".

LE CURE ALL'ESTERO SONO A CARICO DEL SSN ANCHE IN PRESENZA DI UNA MINIMA PROBABILITÀ DI GUARIGIONE

Consiglio di Stato – Quinta Sezione - Sentenza n. 1902/2006

Se una terapia non è disponibile in Italia, ma esiste all'estero, il Servizio sanitario nazionale deve rimborsarla al paziente che "emigra" per curarsi anche se il trattamento non garantisce la piena guarigione. È quanto stabilito dal Consiglio di Stato con sentenza 1902 depositata il 7 aprile scorso. L'adeguatezza della cura non può essere valutata con riguardo agli effetti certi o probabili della guarigione. Per giustificare il rimborso è sufficiente una minima probabilità di guarigione. Il paziente ha diritto a vedersi riconosciuto il trattamento consigliatogli dal medico curante, e questo non può essere messo in dubbio anche quando il trattamento non è assicurato da strutture mediche nazionali, o come nella fattispecie presenti, ma solo in via "sperimentale e di mero avviamento", inidonee dunque a garantire al malato un trattamento pari a quello di Istituti specializzati. Nel diritto alla salute costituzionalmente garantito, è ricompresa anche la facoltà di adottare tutte le misure idonee a garantire un semplice miglioramento, cosa che, con riguardo a determinate patologie, assume un rilievo specifico e significativo; la negazione di tale facoltà importerebbe una restrizione dei diritti del malato con la conseguente prospettiva di una assenza di miglioramento del suo status di salute.

RESPONSABILITÀ. MANCATO ESAME PRENATALE, MEDICO ASSOLTO

Tribunale di Mantova – Sentenza 12 gennaio 2006

Per incolpare il medico di eventuali danni ai pazienti, è necessario dimostrare il "nesso eziologico" ovvero il collegamento causa-effetto. Questo quanto ribadito dal Tribunale di Mantova con decisione depositata lo scorso gennaio. La vicenda in questione riguarda un ginecologo citato in giudizio dai genitori di una neonata Down. Al medico veniva contestata la mancata diagnosi della malformazione della bambina che aveva impedito alla madre di esercitare il proprio diritto alla interruzione di gravidanza, con conseguenti danni morali, biologici, patrimoniali ed esistenziali. Il Tribunale di Mantova rigetta il ricorso ribadendo la correttezza della condotta del medico. Infatti in presenza di determinati elementi idonei ad attestare l'assenza di dubbi diagnostici (esito negativo del bi-test, età non a rischio della donna, mancanza di specifici fattori di rischio, andamento costantemente regolare della gravidanza, carattere non preoccupante del riscontrato difetto di peso della nascita), non è responsabile il medico che non prospetta la necessità di un esame prenatale. Ai fini della responsabilità, il nesso di causalità giuridica tra la condotta omissiva e l'evento è ravvisabile quando "in base ad un giudizio controfattuale effettuato sulla base di una regola generalizzata di esperienza o di una legge scientifica, si accerti che, ipotizzandosi realizzata dal medico la condotta impeditiva dell'evento, questo non si sarebbe verificato".

Ma nella fattispecie, alla stregua delle risultanze diagnostiche, si evince l'assenza del nesso di causalità tra la condotta del dottore e l'evento verificatosi, visto anche che il medico aveva pienamente assolto il proprio obbligo di fornire al paziente una completa informazione sulla situazione e sugli interventi sanitari necessari ed utili, avendo portato a conoscenza della paziente che "gli esami svolti non avrebbero escluso con certezza l'esistenza della patologia cromosomica".

a cura di Paola Carnevale

Corte di Cassazione: il testo della sentenza sul mobbing

Suprema Corte di Cassazione

Sezione lavoro

Sentenza 6 marzo 2006 n. 4774

Svolgimento del processo

M.M., dipendente della S.p.a., ha convenuto in giudizio la società datrice di lavoro chiedendo il risarcimento dei danni derivati - con l'instaurarsi di una malattia invalidante - da un serie di comportamenti persecutori, ricondotti ad un'ipotesi di mobbing, posti in atto dalla società fin dal 1992, consistiti in provvedimenti di trasferimento, ripetute visite mediche fiscali, attribuzione di note di qualifica di insufficiente, irrogazione di sanzioni disciplinari, privazione della abilitazione necessaria per operare al terminale ed altri episodi. Il giudice adito rigettava la domanda, con decisione che, su impugnazione dell'attore soccombente, ricostituitosi il contraddittorio con la S.p.a. (incorporante la S.p.a.), la Corte di Appello di Venezia confermava con la sentenza oggi impugnata. Il giudice dell'appello, esaminando i vari episodi della vicenda dedotta in giudizio, escludeva la configurabilità nel caso di specie di una condotta aziendale protratta nel tempo caratterizzata da intenti persecutori e finalizzata all'emarginazione del lavoratore. Avverso questa sentenza il M. propone ricorso per Cassazione affidato a tre motivi, al quale la S.p.a. resiste con controricorso.

Motivi della decisione

1. I tre motivi, che contengono tutti la denuncia di vizi della motivazione, sotto vari profili, della sentenza impugnata, possono essere esaminati congiuntamente per la loro stretta connessione.

Un primo aspetto riguarda la dedotta omessa valutazione complessiva degli episodi posti a fondamento della pretesa azionata, che dovevano essere considerati nell'ambito del fenomeno del mobbing (anche se corrispondenti singolarmente e astrattamente a comportamenti leciti del datore di lavoro) in quanto diretti a cagionare nel dipendente turbamenti psicologici e disturbi di salute.

1.1. Secondo l'assunto della parte, le azioni vessatorie si sono concretate in particolare;

1.1.1. in un provvedimento di trasferimento dall'unità produttiva (che risale al 1992, e di cui è stata accertata con sentenza definitiva l'illegittimità);

1.1.2. in errori ed abusi dell'amministrazione aziendale, identificati in una serie di cinque visite di accertamento della idoneità fisica nell'arco di dieci mesi (nel periodo tra il 1993 e il 1994);

1.1.3. nella privazione dell'abilitazione all'uso del terminale sul posto di lavoro;

1.1.4. nella irrogazione di una sanzione disciplinare nel novembre del 1994;

1.1.5. nell'attribuzione della nota di qualifica di "insufficiente". 1.2. Si imputa poi alla Corte territoriale di non aver riconosciuto il valore dei singoli episodi e la loro appartenenza ad un medesimo progetto aziendale mirato al progressivo allontanamento e isolamento del M..

1.2.1. Quanto al trasferimento del 1992, si osserva che nella relativa controversia promossa dal lavoratore la sentenza di appello aveva ritenuto fondata la censura relativa all'insussistenza di ragioni giustificatrici del provvedimento, e che la Corte di Cassazione adita dal datore di lavoro aveva confermato l'illegittimità del trasferimento a causa della mancata comunicazione scritta dei motivi.

1.2.2. Con riguardo alle visite fiscali, il giudice dell'appello ha confuso quelle effettuate per il controllo delle assenze con quelle disposte per l'accertamento dell'idoneità fisica; queste ultime risultavano chiaramente ispirate da un intento persecutorio e non potevano trovare giustificazione nelle assenze per la medesima malattia, anche perchè le visite avevano sempre avuto risultati positivi; e le stesse considerazioni valevano per il controllo delle assenze, disposto ripetutamente per la stessa malattia già accertata.

1.2.3. In ordine alle limitazioni dell'attività lavorativa, disposte dopo il rientro in servizio nel 1997, con la sottrazione delle abilitazioni all'accesso dei terminali, le circostanze dedotte dall'attore in primo grado erano state confermate dai testi escussi.

1.2.4. La sanzione disciplinare del 1994, di cui è stata riconosciuta l'illegittimità, è stata poi considerata dalla sentenza impugnata come un "episodio isolato", senza una valutazione complessiva della vicenda, con l'affermazione contraddittoria ed incomprensibile secondo cui "l'illegittimità di un comportamento datoriale non integra un atto di mobbing". 1.3. Sotto un ultimo profilo si denuncia l'omesso esame di "molti altri episodi riportati nell'atto d'appello", di cui viene riproposto un elenco.

2.1. Le censure non meritano accoglimento. In primo luogo si osserva che la Corte territoriale ha esaminato le doglianze dell'appellante seguendo la sua prospettazione di una fattispecie di danno derivante da una condotta del datore di lavoro protratta nel tempo e con le caratteristiche della persecuzione, finalizzata all'emarginazione del lavoratore. In questa ottica, ha condiviso l'affermazione

dell'esigenza di una valutazione complessiva degli episodi dedotti in giudizio, che non risulta contraddetta dal risultato dell'indagine, fondata sull'analisi dei singoli comportamenti del datore di lavoro di cui si deduce il carattere lesivo.

Le circostanze esaminate acquistano rilevanza ai fini dell'accertamento di una condotta sistematica e protratta nel tempo, che concreta, per le sue caratteristiche vessatorie, una lesione dell'integrità fisica e la personalità morale del prestatore di lavoro, garantite dall'art. 2087 cod. civ.; tale illecito, che rappresenta una violazione dell'obbligo di sicurezza posto da questa norma generale a carico del datore di lavoro, si può realizzare con comportamenti materiali o provvedimenti del datore di lavoro indipendentemente dall'inadempimento di specifici obblighi contrattuali previsti dalla disciplina del rapporto di lavoro subordinato.

La sussistenza della lesione del bene protetto e delle sue conseguenze dannose deve essere verificata considerando l'idoneità offensiva della condotta del datore di lavoro, che può essere dimostrata, per la sistematicità e durata dell'azione nel tempo, dalle sue caratteristiche oggettive di persecuzione e discriminazione, risultanti specialmente da una connotazione emulativa e pretestuosa, anche in assenza di una violazione di specifiche norme di tutela del lavoratore subordinato.

3.0. Tali criteri sono stati seguiti dalla sentenza impugnata, che ha escluso, con congrua motivazione, la configurabilità di un disegno persecutorio realizzato mediante i vari comportamenti indicati dal M..

3.1. Con riguardo al provvedimento di cui al punto 1.1.1., risulta dalle allegazioni della parte che nel precedente giudizio tra le parti fu definitivamente accertata l'illegittimità del trasferimento per la mancata comunicazione dei motivi che giustificavano lo spostamento dal luogo di lavoro. Nulla è stato dedotto dal ricorrente in ordine agli elementi probatori acquisiti in quel procedimento, e riproposti a sostegno della domanda azionata nel presente giudizio, che avrebbero potuto dimostrare il carattere persecutorio - nei termini sopra indicati - dell'azione del datore di lavoro.

3.2. Quanto alle visite mediche eseguite su richiesta dell'azienda, non viene chiarita in fatto la rilevanza ai fini dell'indagine, della mancata distinzione tra i controlli della idoneità fisica e i controlli delle assenze. In proposito il giudice di merito ha ritenuto giustificabili questi interventi in considerazione del loro compimento durante una prolungata assenza per malattia (per oltre duecento giorni): tale apprezzamento di fatto non viene criticato con l'indicazione di precise circostanze non esaminate, idonee a dimostrare - anche sotto questo profilo - il carattere vessatorio dell'iniziativa del datore di lavoro.

3.3. Analoghi rilievi valgono per la vicenda della mancata abilitazione all'accesso ai terminali, che la Corte territoriale - condividendo la valutazione espressa dal primo giudice, non censurata con specifici motivi di gravame - ha ricondotto a problemi di continuità di inserimento del dipendente nell'attività di aggiornamento dei dati. Anche su questo punto non vengono precisati difetti di indagine.

3.4. Quanto alla sanzione disciplinare del 1994 (annullata dal Collegio di conciliazione e arbitrato) la valutazione espressa dalla Corte Territoriale sfugge alle critiche mosse, non potendosi ravvisare alcuna contraddizione tra il riconoscimento della illegittimità del provvedimento e la negazione della possibilità di iscrivere tale episodio in un disegno persecutorio, sulla base di un apprezzamento delle concrete circostanze di fatto.

3.5. La censura di cui al punto 1.3. appare inammissibile. Il giudice dell'appello ha osservato che con riferimento a diversi episodi considerati nella decisione di primo grado non erano stati proposti specifici motivi d'impugnazione: questo giudizio sulla preclusione di un riesame delle relative circostanze non viene censurato dalla parte, né è dato verificare se i fatti descritti nel ricorso, per i quali si lamenta oggi un difetto di indagine (una sanzione disciplinare dell'anno 2000, la richiesta di un caposervizio di un controllo delle attività del M., la "costrizione nel 1999 a prendere un periodo di ferie", la "necessità di ricorrere ad un permesso per recarsi a testimoniare") coincidano con quelli di cui si è ritenuto precluso il riesame.

In violazione del principio di autosufficienza del ricorso, l'attuale ricorrente si è del resto limitato ad elencare sommariamente i vari episodi, senza indicare gli specifici elementi di fatto rilevanti per l'indagine richiesta al giudice di appello, così da consentire a questa Corte il controllo della decisività delle risultanze non valutate.

Il ricorso deve essere quindi respinto con la condanna del ricorrente al pagamento delle spese del presente giudizio liquidate come in dispositivo.

P.Q.M.

La Corte rigetta il ricorso. Condanna il ricorrente al pagamento delle spese del giudizio liquidate in Euro 24,00 oltre Euro 5.000 per onorari ed oltre spese generali ed accessori di legge.

Così deciso in Roma, il 19 dicembre 2005.

Depositato in Cancelleria il 6 marzo 2006

PREVIDENZA

Ai superstiti l'Inpdap presenta il conto

Con la legge di riforma previdenziale del 1995, la n. 335, indicata come la "Dini", fu introdotto per i superstiti, titolari di pensione di reversibilità, una disposizione particolarmente restrittiva dell'importo di pensione loro attribuita. Infatti, non contenti di ridurre già al 60 per cento l'importo originario del lavoratore deceduto per il trattamento al familiare superstite, per quest'ultimo si prevede un'ulteriore riduzione in relazione all'eventuale proprio reddito posseduto. L'Inpdap provvede di conseguenza, ogni anno, alla rideterminazione dell'importo mensile della pensione, ma allorché l'interessato non abbia segnalato per tempo il proprio reddito, l'istituto previdenziale è costretto ad adeguare i ratei sulla risultanza delle dichiarazioni precedenti e recuperare i debiti relativi.

Per la determinazione del reddito e della riduzione del trattamento pensionistico l'Inpdap ha utilizzato i redditi relativi al 2003 dichiarati ai Caf o ad altri soggetti abilitati, e quelli degli anni seguenti in mancanza di segnalazione da parte dei pensionati, integrandoli con i redditi di pensione relativi agli anni 2003, 2004 e 2005, aggiornati e comunicati dal Casellario centrale gestito dall'Inps. Ove si sia riscontrato un debito riguardante il periodo che va dal 1° gennaio 2003 al 31 ottobre 2005, questo viene recuperato sulla pensione a decorrere dal trattamento pensionistico relativo al mese di novembre 2005 in 60 rate mensili. Il debito accertato in capo al titolare della pensione ai superstiti (reversibilità) sarà recuperato sulla base delle vigenti disposizioni in materia di recupero degli indebiti e precisamente la trattenuta sarà pari ad un quinto dell'importo della sola voce pensione, con esclusione, quindi, dell'indennità integrativa speciale, se corrisposta come emolumento a sé stante, al netto delle ritenute Irpef e con la rateazione massima di sessanta rate. Nei casi in cui la rateizzazione massima non sia sufficiente ad estinguere totalmente il debito accertato, la sede dell'istituto dovrà provvedere a definire direttamente con l'interessato le modalità per il recupero del debito residuo.

La legge del 1995 prevede quale motivo di riduzione eventuali redditi che vanno da tre volte l'importo minimo pensionistico Inps (5.358 euro per il 2004) sino a cinque volte questo importo. In pratica la pensione viene

decurtata del 25 per cento del suo importo (ridotto già al 60%) per un reddito di tre volte il minimo Inps: circa 16.000 euro l'anno (16.396,77); del 40 per cento per un reddito di quattro volte il minimo Inps: intorno ai 21 e 500 euro (21.862,36); e di ben il 50 per cento per un reddito di cinque volte il minimo Inps: poco più di 27 mila euro (> 27.327,96). Se si considera che tali redditi sono indicati a lordo delle trattenute fiscali ci si accorge quanto imponente sia la riduzione a cui vanno incontro i superstiti. Superstiti di un titolare di pensione che ha contribuito nel corso della propria vita lavorativa in forma piena proprio al fine di assicurare, prima a se stesso, e successivamente ai propri cari, un reddito che consenta di vivere dignitosamente.

La riduzione della pensione non si verifica quando il beneficiario faccia parte di un nucleo familiare con figli di minore età, studenti oppure inabili. Tuttavia i limiti reddituali si applicano a carico del coniuge superstite anche quando i contitolari della pensione siano uno o più minori, studenti o inabili figli del solo deceduto e non anche del coniuge superstite, ossia quando contitolari sono la vedova e il figlio o i figli che il deceduto ha avuto non dalla vedova ma da altra donna. In questo caso l'incomulabilità si ha a tutti gli effetti in quanto la vedova ed i figli non appartengono allo stesso nucleo familiare. Infine ricordiamo che ai fini della cumulabilità dell'assegno ai superstiti vanno valutati i redditi assoggettabili all'Irpef, al netto di eventuali contributi previdenziali e assistenziali, con l'esclusione del reddito della casa di abitazione, dei trattamenti di fine rapporto comunque denominati e relative anticipazioni, delle competenze arretrate sottoposte a tassazione separata, dei trattamenti pensionistici esenti da Irpef; e (ovviamente!) l'importo della pensione al superstite sul quale dovrebbe essere effettuata l'eventuale riduzione. Sono salvi da questa restrittiva norma, che è nostro auspicio possa essere abrogata al più presto, i trattamenti più favorevoli in godimento alla data di entrata in vigore della legge 335/95, cioè prima del 17 agosto 1995, con riassorbimento, però, sui futuri miglioramenti.

Claudio Testuzza

Adesione ad un fondo se dalla liquidazione si passa al Tfr

Mentre ormai, si attende il 2008 per la definizione del passaggio del trattamento di fine rapporto ai fondi previdenziali, mediante il silenzio/assenso, l'Inpdap, l'istituto previdenziale dei pubblici dipendenti, ha ritenuto opportuno chiarire alcuni aspetti relativi all'attuale possibile adesione ai fondi pensione. Si tratta di una serie di precisazioni che riguardano in particolare i dipendenti della pubblica amministrazione, ai quali, tuttavia, il decreto legislativo del silenzio/assenso, ricordiamo, non si rivolge, essendo stata prevista, almeno in questa fase, la loro esclusione da questo procedimento, ma che, per precedenti norme, v'è la possibilità per gli stessi di attivare, ove lo volessero, la contribuzione ad un fondo.

Ai sensi del Dpcm 20 dicembre 1999, e sue successive modifiche e integrazioni, la volontaria adesione ad un fondo di pensione complementare da parte dei dipendenti assunti, a tempo indeterminato, entro il 31 dicembre 2000 determina un contestuale ed obbligatorio passaggio dal precedente regime della cosiddetta liquidazione (buonuscita, trattamento di fine servizio - Tfs, ovvero indennità premio di servizio - Ips) al regime del trattamento di fine rapporto (Tfr). Rileviamo, per necessario chiarimento, che solamente per i dipendenti assunti a tempo indeterminato a partire dal 1° gennaio 2001 è prevista l'applicazione integrale del regime di Tfr. Nel caso di opzione di adesione ad un fondo da parte dei lavoratori più anziani, cioè assunti prima del 31/12/2000, e quindi non in regime di Tfr, l'istituto previdenziale sottolinea che le amministrazioni di appartenenza degli interessati dovranno trasmettere con tempestività tutta la documentazione necessaria alla determinazione, da parte delle competenti strutture provinciali dell'Inpdap, dell'importo lordo maturato al momento dell'adesione a titolo di trattamento di fine servizio. Tale importo andrà a costituire la prima quota di Tfr e dovrà

essere rivalutato annualmente in base all'articolo 2120 del Codice civile.

In particolare la nota operativa, successivamente, pone in rilievo la condizione di quel personale che, pur dipendendo da un ente privatizzato, abbia mantenuto per legge il precedente regime di Tfs a carico dell'Inpdap. Per questo personale l'adesione ad un fondo di pensione complementare non comporta la trasformazione del Tfs in Tfr, in quanto lo stesso regolamento (Dpcm 20/12/1999) disciplina l'adesione ai fondi pensione solamente per i pubblici dipendenti.

Infine, avendo l'istituto rilevato che, in alcuni casi, da parte dello stesso, è stato corrisposto erroneamente, all'atto della risoluzione del rapporto di lavoro, il Tfr maturato a dipendenti che avevano già aderito ad un fondo previdenziale, al fine di evitare il ripetersi di tale inconveniente viene ribadito che prima di procedere all'erogazione della prestazione le competenti sedi Inpdap devono assicurarsi, per tutte le cessazioni dal servizio successive alle date di operatività dei fondi pensione che associano dipendenti pubblici, che il dipendente non risulti iscritto ai fondi stessi.

A questo riguardo va ribadito che, nei confronti dei dipendenti della pubblica amministrazione già in servizio al 31 dicembre 2000, il passaggio al Tfr non si attiva automaticamente ma solamente attraverso l'opzione, con sottoscrizione del modulo di adesione ad un fondo complementare costituito nel pubblico impiego. L'opzione diventa effettiva allorché risultino costituiti fondi pensionistici complementari per il pubblico impiego. Per gli assunti successivamente al 31 dicembre 2000 si applica, invece, il Tfr indipendentemente dall'adesione o meno ad un fondo pensione.

C. T.

20°

congresso nazionale anaao assomed genova 11-15 giugno 2006

sempre con te per i tuoi diritti.

genova 13-14 giugno 2006 / centro congressi magazzini del cotone

1° mostra nazionale

Il governo clinico delle attività sanitarie: aziende a confronto

I progetti delle Aziende sanitarie in materia di:

- prevenzione e gestione del rischio clinico; ■ programmi di formazione continua;
- modalità di implementazione delle attività di diagnosi e cura evidence based

Fondazione
Pietro Paci

ANAAO
ASSOMED
CENTRO STUDI

martedì 13 giugno 2006 ore 15 / sala Aliseo

Le comunicazioni delle Aziende

programma programma programma programma programma programma programma

domenica 11 giugno 2006

dalle 15.00 Registrazione dei congressisti

lunedì 12 giugno 2006

apertura del 20° congresso nazionale

9.30 Adempimenti statuari / Sala Maestrale

10.30 Tavola rotonda / Sala Maestrale
MEDICI, ISTITUZIONI, INDUSTRIA: UN PATTO
PER INVESTIRE NELLA SANITÀ PUBBLICA E
PROMUOVERE L'ECONOMIA DEL PAESE

Moderatore

ROBERTO TURNO Giornalista

Partecipano

ENRICO ROSSI Coordinatore Assessori Regionali alla Sanità

GUIDO RIVA Presidente Commissione Sanità Confindustria

SERGIO DOMPÉ Presidente Farindustria

ANGELO FRACASSI Presidente Assobiomedica

NICOLA QUIRINO Docente di Economia e Finanza Pubblica
Università Luiss, Roma

DOMENICO ISCARO Vice Segretario Nazionale Anaa Assomed

Sarà invitato il Ministro della salute

13.30 Colazione di lavoro

15.30 Saluto autorità
Indirizzo di saluto del Presidente
Anaa Assomed / Sala Maestrale

16.30 Relazione del Segretario Nazionale
Anaa Assomed / Sala Maestrale
Interventi ospiti

20.00 Cocktail di benvenuto, Galata Museo

martedì 13 giugno 2006

9.00 Dibattito congressuale / Sala Maestrale

11.30 Pausa lavori

11.45 Dibattito congressuale / Sala Maestrale

13.30 Colazione di lavoro

15.00 Dibattito congressuale / Sala Maestrale

15.00 IL GOVERNO CLINICO DELLE ATTIVITÀ SANITARIE:
LE COMUNICAZIONI DELLE AZIENDE / Sala Aliseo

17.00 Presentazione modifiche statuarie/votazioni /
Sala Maestrale

20.00 Conclusione lavori della giornata

mercoledì 14 giugno 2006

9.00 Dibattito congressuale / Sala Maestrale

11.30 Pausa

11.45 Dibattito congressuale / Sala Maestrale

13.00 Colazione di lavoro

14.00 Tavola rotonda / Sala Maestrale
IL RISCHIO CLINICO: LE TUTELE PER I MEDICI,
LE GARANZIE PER I CITTADINI

Moderatore

CESARE FASSARI Giornalista

Partecipano

ALESSANDRO CÈ Assessore Sanità Lombardia

GIUSEPPE SAIEVA Sostituto Procuratore
Procura della Repubblica di Roma

STEFANO SAVI Presidente Consiglio Ordine Avvocati di Genova

PAOLO SERVENTI LONGHI Presidente FNSI

AMEDEO BIANCO Presidente FNOMCEO

FRANCESCO RIPA DI MEANA Presidente FIASO

GIUSEPPE GALANZINO Direttore Generale ASO

S. G. Battista Molinette, Torino

STEFANO INGLESE Esperto tutela dei diritti e politiche sanitarie

CARLO LUSENTI Coordinatore Segretari Regionali
Anaa Assomed

Saranno invitati i Presidenti della Commissione
Affari Sociali della Camera e Igiene e Sanità del Senato

18.30 Presentazione liste
e relative mozioni congressuali
Dibattito / Sala Maestrale

21.00 Cena di gala
Palazzo Ducale / Sala del Maggior Consiglio
Segue spettacolo con **Luciana Litizzetto**

giovedì 15 giugno 2006

8.30 Operazioni di voto
Centro Slides (dalla A alla L)
Sala Zefiro (dalla M alla Z)

10.00 Fondazione Pietro Paci/Scuola Carlo Urbani:
presentazione dei progetti di cooperazione /
Sala Maestrale

10.30 Tavola rotonda / Sala Maestrale
LE CONDIZIONI DI LAVORO
DEI MEDICI OSPEDALIERI IN EUROPA

Moderatore

ENRICO REGINATO Consigliere Nazionale Anaa Assomed
Delegato Fnomceo alla AEMH
(Associazione Europea dei Medici Ospedalieri)

Partecipano

ERIK BERNHARD OBEL DANIMARCA
Componente della Segreteria dell'Associazione
Danese dei Consultant

JEAN-CLAUDE WAGNER FRANCIA
Segretario Generale dello Snam-HP
(Sindacato Nazionale dei Medici, Chirurghi
Specialisti e Biologi degli ospedali pubblici)

FRANK ULRICH MONTGOMERY GERMANIA
Segretario del Marburger Bund
(Sindacato Unico dei Medici Tedeschi)

MANUEL SANCHEZ SPAGNA
Rappresentante Nazionale dei Medici
Ospedalieri Spagnoli nell'Organizzazione
Medica Collegiale

13.00 Proclamazione degli eletti / Sala Maestrale

13.30 Colazione di lavoro

14.30 Consiglio Nazionale
Comunicazioni del Segretario Nazionale
e del Presidente Anaa Assomed neo eletti/
Sala Maestrale

16.00 Chiusura del Congresso