

DIRIGENZA MEDICA

Il mensile dell'Anaa Assomed

SPED. IN. A.P. ART. 2 COMMA 20/b - 45% - L. 662/96 DCB ANCONA

Editoriale

È IL MOMENTO DELLO SCONTRO

di **Serafino Zucchelli**

Dopo lunghi mesi di analisi, interrotti da conflitti su temi specifici (pericoli per lo stato giuridico e la indennità di rapporto esclusivo) e dopo profonde riflessioni condotte assieme agli alleati dell'intersindacale, nella più completa autonomia e con la necessaria prudenza per non incorrere in errori e per non essere accusati di ostilità pregiudiziale nei confronti di questo Esecutivo, il 2 e 3 dicembre 2003 il Consiglio Nazionale e la Conferenza organizzativa hanno affidato alla Segreteria nazionale il grave compito di dare vita ad una "vertenza globale per la salute" assieme a tutte le forze disponibili per una tale impresa. Gli obiettivi generali (difesa del Ssn e della medicina pubblica) e categoriali (previdenza, assicurazioni, Ecm, ruolo dei medici nelle aziende, contratto) sono stati condivisi via via da un numero sempre più vasto di sindacati e associazioni della dirigenza fino a raggiungerne la totalità.

Questa convergenza su posizioni unitarie di tutti, oltre a testimoniare la gravità della situazione, è stata un riconoscimento dell'azione prudente, ma ferma, condotta dalla nostra Associazione.

Il 15 gennaio 2004, andato a vuoto il burocratico tentativo di conciliazione al Ministero del Lavoro, si è dato il via al programma di agitazioni concordate.

Numerosissime assemblee unitarie sul luogo di lavoro si sono svolte il 20 gennaio scorso. Si è potuto verificare, anche se non in modo ancora uniforme in tutto il Paese, una partecipazione numerosa e soprattutto percepire una diffusa attenzione e preoccupazione, elementi certi di una consapevolezza crescente dei problemi tra i colleghi.

Indispensabile proseguire da parte di tutti noi nell'opera di informazione, sensibilizzazione ed esortazione degli altri colleghi sindacalizzati e non.

A questo proposito il Presidente Aristide Paci ed io ci siamo rivolti, insolitamente, a ciascuno degli iscritti con una lettera personale pubblicata anche su questo numero del giornale, per comunicare il senso della eccezionalità della situazione e richiamare ognuno al senso di responsabilità per un impegno individuale e collettivo.

Il prossimo appuntamento è lo sciopero del 9 febbraio, che deve vedere una partecipazione massiccia.

segue a pag. 2

LETTERA AGLI ISCRITTI DI ARISTIDE PACI E SERAFINO ZUCHELLI

Noi medici, difensori del diritto alla salute

Caro Amico e Collega,

È la prima volta, dopo molti anni, che sentiamo la necessità di rivolgerci personalmente a Te in modo diretto per illustrarti la grave situazione in cui si trova la sanità nel nostro Paese e, quindi, ognuno di noi che in questa sanità opera. La eccezionalità del momento è testimoniata in modo evidente dal fatto del tutto inedito che tutte le sigle sindacali della dirigenza medica, veterinaria, sanitaria e amministrativa, anche tra di loro assai diverse, hanno concordato sull'analisi, sulle proposte ed hanno dato vita ad una VERTENZA PER LA SALUTE che ci vede impegnati per i prossimi mesi.

Tutti giudichiamo il Ssn, pur nelle sue carenze e limiti, il sistema più equo, efficace e meno dispendioso di tutela della salute dei cittadini. Nei suoi 25 anni di vita grandissimi progressi sono stati compiuti e gli indicatori internazionali lo testimoniano in modo lusinghiero. Noi e gli altri sindacati riteniamo che in questo Ssn, nonostante tutto, i medici italiani possano meglio esprimere le loro capacità professionali e difendere i loro legittimi interessi.

Il cronico sottofinanziamento rispetto ai bisogni, nonostante l'incremento dei valori assoluti, accentuatosi negli ultimi 2 anni, e la prospettiva dell'approvazione della legge di modifica costituzionale in senso devolutivo, ne minacciano non solo il funzionamento, ma ne pregiudicano anche la stessa sopravvivenza.

Venendo ora a temi più direttamente categoriali, avrai certamente notato che il Governo e settori del Parlamento, sfornano in continuità progetti di legge che minano il nostro stato giuridico e la sopravvivenza del contratto di lavoro nazionale, mettono a rischio l'indennità di rapporto esclusivo ed innalzano a 70 anni l'età di pensionamento soltanto per i responsabili di struttura complessa.

È stato istituito per legge presso il Ministero dell'Economia un sistema di monitoraggio centralizzato di ogni prescrizione medica.

Sta per essere approvata una modifica del nostro sistema previdenziale che ridurrà del 20% le pensioni che percepiremmo a fine servizio.

La tutela assicurativa delle nostre attività professionali, nonostante gli obblighi di legge, è assente o carente.

L'Ecm sta diventando sempre più un sistema burocratico che, privo di finanziamenti e organizzazione adeguata, risulterà un affare per i furbi e un peso talora inutile per noi. La finanziaria non ha stanziato nemmeno un euro per il rinnovo del contratto per gli anni 2004-2005 e la controparte regionale, dopo due anni di ritardo nell'inizio delle trattative, ci propone un futuro fatto di più lavoro e meno retribuzioni e tutele. Le condizioni di lavoro nelle aziende stanno diventando sempre più disagiate e le carenze di fondi ne accentuano in modo insopportabile le tendenze al risparmio fino al razionamento e la disattenzione per la qualità delle prestazioni.

Ne risultano lese molto spesso la nostra autonomia professionale e talora la eticità dei comportamenti.

Sempre più numerose sono le assunzioni di medici con contratti atipici, mal pagati, ricattabili e difficilmente inseribili in modo utile nelle attività delle Unità Operative.

Come puoi renderti conto dalla breve analisi che abbiamo condotto, mai la situazione è stata così difficile.

segue a pag. 2

MANDA LA TUA E-MAIL

Al fine di migliorare i servizi agli associati e rendere tempestiva la diffusione delle comunicazioni Anaa Assomed, invitiamo tutti gli iscritti ad inviare il loro indirizzo di posta elettronica – indicando dati anagrafici e numero di iscrizione – al seguente indirizzo: posta@anaao.it. Sarete iscritti anche alla NEWSLETTER che vi sarà recapitata ogni settimana sulla vostra casella di posta con gli ultimi aggiornamenti sull'attività politica e sindacale e con i link ai principali documenti.

CONSIGLIO MINISTRI

Il governo ha varato un disegno di legge del Ministro Sirchia sul governo clinico.

All'interno il testo integrale, la posizione dell'Anaa e quella dei Partiti e delle Regioni

SERVIZIO ALLE PAGINE 2-4

SINDACATO E ORDINE

È polemica tra il presidente della Fnomceo Del Barone e il segretario dell'Anaa Zucchelli. In ballo ruolo dei Sindacati e degli Ordini

SERVIZIO A PAGINA 5

SPECIALE REGIONI

Su questo numero focus su: Friuli Venezia Giulia e Sicilia. Interviste ai due Assessori regionali alla sanità e ai due Segretari regionali dell'Anaa Assomed

PAGINE 6-10

ESTERI

La Germania ha deciso di abolire il periodo di pratica post-laurea finalizzato all'esercizio della professione. E se facessimo come loro?

PAGINA 11

MILLE ASSEMBLEE NEI LUOGHI DI LAVORO E PARTONO GLI SCIOPERI

I medici uniti nella protesta

Straordinari livelli di adesione all'assemblee unitarie del 20 gennaio scorso. In attesa di risposte da parte dell'esecutivo sull'integrità del Ssn e sulla certezza di finanziamenti adeguati si va avanti negli scioperi in programma. Il prossimo è il 9 febbraio

Prosegue a ritmi serrati la protesta della categoria. Dopo il successo delle assemblee unitarie che si sono svolte il 20 gennaio in tutti gli ospedali italiani, testimoniato dalla massiccia e sentita partecipazione, si va verso gli scioperi del 9 febbraio, dell'8 e 9 marzo e verso la manifestazione nazionale del 2 aprile.

Più volte abbiamo avuto modo di sottolineare come il Governo in carica abbia avuto il pregio di ricomporre sotto un unico cartello le sigle sindacali mediche e non (sono ben 52!), di tutti gli schieramenti, autonome e confederali, a testimonianza che chi pensava di strumentalizzare i sindacati per motivi di parte, non è riuscito nell'intento.

Sono due i dati significativi emersi dalle assemblee del 20 gennaio. Il primo è stata l'alta adesione dei colleghi che non hanno voluto disertare una preziosa occasione per far arrivare la protesta anche alle autorità aziendali e locali, ponendo tra gli argomenti di discussione anche specifici aspetti e problemi vissuti all'interno delle proprie Aziende.

Il secondo dato è di aver ottenuto, da parte dei partecipanti, la sottoscrizione unanime al documento unitario che ha visto le mille assemblee riconoscersi nelle posizioni assunte dal Coordinamento nazionale dei sindacati dei dirigenti sanitari del Ssn, condividendo, pertanto, tutte le iniziative adottate dalle rispettive Segreterie Nazionali per l'apertura e la conduzione della "VERTENZA PER LA SALUTE". Questo conferma il successo dell'opera di sensibilizzazione di tutti i dirigenti del Ssn verso i gravi pericoli che sta correndo il Ssn, messo a dura prova nel suo funzionamento e nella sua integrità dal sottofinanziamento e dal procedere dell'iter parlamentare della legge sulla devoluzione. Sono state inoltre confermate le preoccupazioni per il futuro previdenziale della categoria, per la mancata chiusura delle code contrattuali, per il mancato finanziamento del rinnovo contrattuale per gli anni 2004-2005, per la carenza o insufficiente copertura assicurativa del rischio professionale e per il processo di burocratizzazione del sistema di formazione Ecm, carente nei finanziamenti e nella organizzazione.

Il documento chiude con una dichiarazione d'intenti: "le singole assemblee hanno confermato la volontà di dare vita ad una stagione di iniziativa sindacale, che, coinvolgendo anche i cittadini, si opponga al progressivo degrado della medicina pubblica e porti, da una parte, ad un rinnovo del contratto delle aree dirigenziali, scaduto da più di due anni, in grado di affrontare e risolvere il disagio professionale sempre più marcato e, dall'altra, recuperi il ruolo della dirigenza, la cui autonomia e responsabilità costituiscono un pilastro irrinunciabile per un equo sistema di tutela della salute quale "fondamentale diritto dell'individuo e interesse della collettività".

La protesta non si fermerà fino a quando l'esecutivo non ci darà assicurazioni sul permanere della integrità del Ssn e sulla certezza di finanziamenti adeguati e fino a quando Governo e Regioni non apriranno le trattative sul rinnovo contrattuale su una base diversa da quella contenuta nell'atto di indirizzo inviato all'approvazione del Consiglio dei Ministri.

(S.P.)

segue dalla prima

Noi medici, difensori del diritto alla salute

I cittadini rischiano di avere diritti diversi a seconda delle Regioni in cui vivono e di essere privati del Servizio sanitario nazionale, presidio fondamentale di tutela della salute.

Noi medici viviamo male e con disagio crescente la nostra professione in aziende sempre più incattivite dalle carenze dei fondi, mal tutelati e con la prospettiva di un cattivo contratto e di pensioni fortemente ridotte.

Abbiamo sentito il dovere di informarti e di sollecitarti a reagire a questo stato di cose.

È il momento dell'assunzione di responsabilità individuali e collettive.

Dobbiamo uscire dalla quotidianità del nostro impegno, guardarci attorno ed insieme agli altri partecipare attivamente ad una civile protesta per la difesa del Servizio sanitario nazionale e, al suo interno, della nostra professione, della sua autonomia e dei nostri legittimi interessi. Partecipa quindi alle iniziative, alle assemblee nei luoghi di lavoro, agli scioperi e coinvolgi quanti più colleghi e cittadini possibile, perché, secondo la nostra tradizione, noi non lottiamo contro i cittadini, non li prendiamo in ostaggio, ma insieme a loro difendiamo i diritti di tutti.

Sappiamo che è difficile per ognuno di noi lasciare il proprio lavoro e decidersi a protestare. Lo riteniamo poco dignitoso per la nostra professione.

Ma, come abbiamo cercato di spiegarti, oggi è diverso.

Ci sono motivi etici profondi che ci impongono di essere difensori del diritto dei cittadini alla salute e dei nostri diritti ad una professione autonoma e giustamente tutelata.

Non rifiutiamo di assumerci le nostre responsabilità: ci compete per il ruolo che ricopriamo.

Ariste Paci
Presidente
Anaa Assomed

Serafino Zucchelli
Segretario Nazionale
Anaa Assomed

È il momento dello scontro

Dobbiamo informare dei motivi della protesta i cittadini che incontriamo nell'attività professionale, le associazioni dei malati, quelle di tutela dei diritti, i sindacati, specialmente quelli dei pensionati. Bisogna spiegare loro che protestiamo contro il Governo per la difesa del Ssn, per un suo adeguato finanziamento e quindi per i loro diritti. Non ci devono vedere come nemici, ma, anzi, unirsi a noi nelle manifestazioni.

Un altro sforzo dobbiamo compiere per coinvolgere nella nostra azione i medici convenzionati, superando le antichi ruggini categoriali e valorizzando le forti convergenze che ci uniscono nella difesa del Ssn e che ci hanno visto, a questo scopo, dare vita tre anni fa al Comitato "Solidarietà e Salute" assieme alla Federazione dei colleghi degli infermieri e al Tribunale per i diritti del malato.

Se nel campo della difesa della salute rimarremo un Paese civile o se invece arretreremo a più bassi livelli di tutela, dipenderà soprattutto dagli esiti della nostra lotta. E se in questo modo conquisteremo una nuova centralità nel mondo sanitario perché siamo stati interpreti delle esigenze dei cittadini, potremo legittimamente spendere questo peso sul tavolo delle leggi e dei contratti.

Serafino Zucchelli

Pubblichiamo il testo del disegno di legge "Principi fondamentali in materia di Servizio sanitario nazionale" approvato dal Consiglio dei Ministri nella seduta di venerdì 19 dicembre 2003

Il governo approva il ddl su governo clinico

Articolo 1

Principi fondamentali in materia di Servizio Sanitario nazionale

1. Le Regioni disciplinano il rapporto di lavoro della dirigenza medica e sanitaria delle aziende sanitarie in base ai principi fondamentali individuati ai sensi dell'art. 1, comma 4 della legge 5 giugno 2003, n. 131, nonché dei seguenti principi:

a) il governo delle attività cliniche, la programmazione, organizzazione, sviluppo e valutazione delle attività tecnico-sanitarie e di quelle ad alta integrazione sanitaria è assicurato con il diretto coinvolgimento del Collegio di direzione dell'azienda, prevedendo, nelle aziende unità sanitarie locali e nelle aziende ospedaliere, una funzione permanente dedicata al coordinamento clinico; tale funzione è svolta dal coordinatore clinico-aziendale che è un medico nominato, su proposta dei dirigenti sanitari responsabili di struttura complessa riuniti in apposito consesso, dal direttore generale tra i predetti dirigenti e fornisce parere obbligatorio al Direttore generale sugli atti relativi alle materie di competenza; al Coordinatore clinico aziendale possono essere attribuite anche tutte le funzioni di pertinenza del Direttore sanitario aziendale, con la contestuale soppressione della predetta figura il Coordinatore clinico rimane titolare della struttura complessa cui è preposto, salvo che allo stesso siano attribuite anche tutte le funzioni di pertinenza del Direttore sanitario aziendale, senza ulteriori oneri a carico del bilancio aziendale;

b) le funzioni igienico-organizzative dei presidi ospedalieri e dei distretti sono affidate a direttori sanitari di presidio ospedaliero o di distretto con la specializzazione in igiene, medicina preventiva e organizzazione sanitaria o, in assenza, a un medico che abbia un'esperienza di cinque anni nei relativi servizi;

c) le verifiche delle attività professionali sono effettuate

GOVERNO CLINICO: LA POSIZIONE DELL'ANAAO

Basta con le riforme virtuali, servono veri dipartimenti

A distanza di un mese circa dalla presentazione da parte del Ministro Sirchia in Consiglio dei ministri del disegno di legge sul governo clinico "Principi fondamentali in materia di Servizio sanitario nazionale", dopo aver consultato i Segretari regionali e la Segreteria nazionale, la nostra Associazione è in grado di farne una analisi più meditata.

Permane il giudizio positivo sull'aver posto l'attenzione all'esigenza di rafforzare la partecipazione dei medici alla vita dell'azienda e sul tentativo di ridurre il potere solitario del Direttore generale.

È condivisibile la proposta di modificare il sistema di selezione dei dirigenti di struttura complessa allargando il potere di scelta della Commissione professionale e riducendo quello del Direttore generale rivelatosi talora sconfinare nell'arbitrio.

È pure condivisibile la valorizzazione del ruolo del Collegio di direzione i cui pareri su materie molto ampie assumono nei confronti del Direttore generale una cogenza ben maggiore di quella attuale, tanto che, se ne vuole discostare, deve farlo con provvedimento motivato.

A questo punto però cessano le convergenze di opinione.

Semplicitica e fuorviante ci pare l'idea di risolvere il problema del maggior ruolo da attribuire ai professionisti inventando la figura del Coordinatore clinico che solo e unico riassume su di sé il compito immane di essere responsabile del governo clinico dell'azienda. Il governo clinico nell'azienda c'è se tutti i professionisti sono messi in grado di partecipare, attraverso la loro autonomia e responsabilità, al sistema di "governance" che orienta gli atti di tutta l'azienda al raggiungimento dei livelli più alti possibile di qualità.

E per ottenere questo non si deve inventare una figura di super clinico, ma favorire la partecipazione di tutti attraverso il vero funzionamento di veri dipartimenti. Non è un caso se i professionisti si sentono oggi nella maggior parte dei casi emarginati ed esclusi dalle scelte. Una recentissima nostra inchiesta, che pubblicheremo tra breve, dimostra che ancora oggi, a 5 anni di distanza dal decreto legislativo 229 del 1999, in circa il 70% delle aziende i dipartimenti non sono stati crea-

ti o esistono soltanto come etichette.

Inaccettabile, poi, ci pare un corpo elettorale ristretto soltanto ai responsabili di struttura complessa.

Non credibile ci sembra, inoltre, che questo super clinico, responsabile di tutto, possa continuare a gestire la propria unità operativa. Sbagliato è attribuire le verifiche professionali ad un organismo in gran parte estraneo alle aziende. Queste si devono compiere tra pari all'interno del Dipartimento: solo così non saranno verifiche burocratiche, ma legate ad un giudizio calibrato sulla realtà di comportamenti professionali quotidiani. Inaccettabili ci paiono, ma lo abbiamo già detto chiaramente, i contenuti dell'articolo 2 sull'innalzamento dei limiti di età per il pensionamento fino a 70 anni e soltanto per i direttori di struttura complessa. Dobbiamo ricordare che lo stato giuridico dei dirigenti medici prevede un unico livello. 65 anni + 2 ci paiono un limite giusto: eccezione ci deve essere soltanto per coloro che a quella età non abbiano raggiunto i 40 anni di contribuzione previdenziale.

(S.Z.)

da collegi tecnici, presieduti dal Coordinatore clinico e composti da esperti nelle relative discipline, estranei all'azienda, designati dal Collegio di direzione;

d) gli incarichi di dirigente di struttura complessa del ruolo sanitario sono conferiti esclusivamente previa selezione, per avviso pubblico, le commissioni presiedute dal Coordinatore clinico, valutano distintamente i titoli professionali, scientifici e di carriera posseduti dai candidati e selezionano i migliori concorrenti nell'ambito della quale il Direttore generale effettua la scelta, salvo diversa motivata determinazione;

e) il Collegio di direzione di cui all'art. 17 del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, e successive modificazioni è presieduto dal Coordinatore clinico aziendale. Il Collegio di direzione formula parere obbligatorio al Direttore generale sugli atti relativi alle materie di competenza. Le decisioni del Direttore Generale in contrasto con il parere del Collegio di direzione sono adottate con provvedimento motivato;

f) la Regione può disporre che, in tutte le aziende sanitarie o esclusivamente nelle aziende ospedaliere, le funzioni di pertinenza del direttore-sanitario aziendale, salvo le funzioni igienico-organizzative riservate ai dirigenti di cui al comma 1, lettera b) del presente articolo, siano svolte dal Coordinatore clinico aziendale, con contestuale soppressione della figura del direttore sanitario aziendale di cui al comma 7 dell'art. 3 del decreto legislativo 502 del 1992 e successive modificazioni. In caso di soppressione della figura del direttore sanitario aziendale, i direttori sanitari, aziendali in carica continuano ad esercitare le funzioni fino alla scadenza del relativo contratto, salvo diversa disposizione regionale; in tali ipotesi il coordinatore clinico entra in carica alla scadenza del contratto del direttore sanitario aziendale;

g) i criteri di accreditamento delle strutture sanitarie private ai sensi dell'articolo 8 quater del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502 e successive modificazioni devono prevedere che l'attribuzione di incarichi di dirigente medico responsabile dei servizi di diagnosi e cura avvenga fra medici con specifici requisiti ed esperienza professionale, attraverso procedure selettive basate su criteri identici con quanto previsto per le strutture pubbliche, ivi compresi i crediti in attività di formazione continua, maturati nel triennio precedente alla data della selezione.

2. Fermo restando il principio dell'invarianza della spesa, fino all'emanazione dei decreti legislativi di cui all'art. 1, comma 4 della legge 5 giugno 2003, n. 131, e salva la

potestà legislativa regionale da esercitare in base ai principi desumibili dalle leggi statali vigenti e dalla presente legge, il decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502 e successive modificazioni è modificato come segue:

a) all'art. 3 del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502 e successive modificazioni, è aggiunto il seguente comma:

"2. Il governo delle attività cliniche, la programmazione, organizzazione, sviluppo e valutazione delle attività tecnico-sanitarie e di quelle ad alta integrazione sanitaria è assicurato con il diretto coinvolgimento del Collegio di direzione dell'azienda; il coordinamento clinico è assicurato dal Coordinatore clinico aziendale che è un medico nominato, su proposta dei dirigenti sanitari responsabili di struttura complessa riuniti in apposito consesso, dal direttore generale tra i predetti dirigenti. Il coordinatore clinico rimane titolare della struttura complessa cui è preposto, salvo che allo stesso non siano attribuite anche tutte le funzioni di pertinenza del direttore sanitario aziendale. 'Il coordinatore clinico aziendale' fornisce parere obbligatorio al Direttore generale sugli atti relativi alle materie di competenza. Il Coordinatore clinico aziendale svolge funzioni di indirizzo, coordinamento e verifica nei confronti dei dirigenti responsabili delle strutture aziendali di natura sanitaria con riferimento agli aspetti sanitari e clinico organizzativi e ai programmi di intervento di area specifica a tutela della salute elabora gli indirizzi sanitari sulle strategie assistenziali e sui percorsi diagnostici terapeutici per la sistematica revisione e valutazione della pratica clinica e assistenziale e dei risultati conseguiti rispetto agli obiettivi clinici e alla riduzione delle liste di attesa";

b) al comma 5 dell'art. 15 del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502 e successive modificazioni, nel secondo periodo le parole "direttore del dipartimento" sono sostituite dalle parole "Coordinatore clinico e composto da due esperti della medesima disciplina con incarico e professionalità adeguati alla valutazione da effettuare garantendo la presenza del dirigente sovraordinato per la valutazione dei dirigenti apicali per gli esperti devono essere dirigenti di struttura complessa estranei all'azienda gli esperti sono designati dal Collegio di direzione";

c) al comma 2, primo periodo, dell'articolo 15-ter del decreto legislativo 30 dicembre 1992; n. 502, e successive modificazioni, dopo le parole "direttore generale" è aggiunta la parola "esclusivamente" e dopo la parola "commissione" sono aggiunte le seguenti parole: "che terrà conto distintamente dei titoli professionali, scientifici e di carriera posseduti dai candidati nonché dei crediti

in attività di formazione continua (Ecm) maturati nel triennio precedente alla data del bando. La Commissione procede alla selezione dei migliori concorrenti in ragione del rispettivo giudizio complessivo. Il Direttore generale ha facoltà di scelta fra i primi tre candidati selezionati dalla Commissione. L'eventuale scelta fuori dalla terna deve essere specificamente e congruamente motivata con riferimento ai titoli posseduti dal candidato prescelto, su tale scelta deve essere acquisito il preventivo parere del Collegio di direzione. La procedura selettiva deve essere ripetuta se i candidati dichiarati idonei nella prima selezione sono in numero inferiore a tre nel terzo periodo le parole: "direttore sanitario" sono sostituite dalle parole: "Coordinatore clinico";

d) all'art. 17-bis del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502 e successive modificazioni è aggiunto il seguente comma:

"4. il direttore di dipartimento clinico ospedaliero è nominato dal direttore generale su proposta del Coordinatore clinico. L'organizzazione del dipartimento prevede una funzione amministrativa dedicata all'esercizio della responsabilità di tipo gestionale di cui al comma 2, senza ulteriori oneri a carico del bilancio aziendale".

Articolo 2

Limiti di età

1. Il limite massimo di età per il collocamento a riposo dei dirigenti medici del Servizio sanitario nazionale, ivi compresi i direttori di struttura complessa, è stabilito al compimento del sessantacinquesimo anno di età fermo restando quanto previsto dall'articolo 16 del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 503.

2. Le aziende sanitarie, per particolari esigenze assistenziali, possono trattenere in servizio, anche di anno in anno, a domanda dell'interessato, i direttori di struttura complessa fino al compimento del settantesimo anno di età.

3. Il personale medico universitario di cui all'art 102 del Dpr 11 luglio 1980, n. 382, con incarico di direttore di struttura complessa, svolge le ordinarie attività assistenziali al compimento del settantesimo anno di età, ivi compreso il biennio di proroga di cui all'articolo 16 del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 503. In caso sia mantenuto in servizio dopo il compimento del settantesimo anno di età in base a disposizioni di stato giuridico della docenza, universitaria, al personale è conferito ai sensi del comma 4 dell'art. 5 del decreto legislativo 21 dicembre 1999, n. 517 un incarico che implichi lo svolgimento di attività assistenziali, ma non comporti l'attribuzione dell'indennità di direzione di struttura complessa.

FORUM DI DIRIGENZA MEDICA SUL DDL SIRCHIA

Governo clinico: cosa convince e cosa no

Coinvolgere maggiormente i medici e gli altri dirigenti sanitari nel governo delle attività cliniche e nelle scelte strategiche delle Asl, è questo l'obiettivo del ddl Sirchia, varato dal Consiglio dei Ministri nel dicembre scorso. Sulle grandi novità della proposta formulata dal ministro abbiamo raccolto le opinioni di alcuni parlamentari di maggioranza e di opposizione e di un rappresentante delle Regioni

CESARE CURSI

Sottosegretario di Stato alla Salute (An)

C'era l'esigenza di trovare una soluzione tecnica che contemperasse da un lato la solitudine del Direttore generale e dall'altra ribadisse il ruolo dei sanitari nella gestione della cosa sanitaria. Credo che le polemiche sul disegno di legge siano esagerate. È stato scritto che questa nuova figura del Coordinatore clinico si sovrappone al Direttore generale, ma questo non è affatto vero perché il testo agisce in un'ottica totalmente diversa.

Sono sicuro che il provvedimento ha bisogno di tempo per essere digerito: quello che vogliamo creare è uno strumento tecnico che contempererà le funzioni di gestione del Direttore generale e le funzioni di programmazione dei medici dal punto di vista sanitario.

MARIO PALUMBO

Presidente Commissione Affari Sociali della Camera (Fi)

Il disegno di legge del Governo non mi convince appieno e per questo motivo abbiamo presentato, come maggioranza, un provvedimento sullo stesso tema però più completo. Prevediamo la verifica e il controllo da parte del Collegio tecnico delle Asl con il manager dell'azienda, perché non siamo d'accordo con la creazione di un nuovo super manager. Il manager deve essere coadiuvato e corresponsabilizzato dalla dirigenza tecnica in cui siano presenti i medici dell'ospedale e, dunque, occorre dare più poteri al Collegio di direzione poiché non è una persona che decide su tutto, ma è il collegio che deve condividere le decisioni che il manager prenderà.

ROSY BINDI

Commissione Affari Sociali della Camera (Margherita)

Credo che sia un provvedimento inutile perché qualunque Regione potrà impugnarlo in Corte Costituzionale con la possibilità che il ricorso venga accolto. Infatti, non è più con una legge nazionale che si decide l'organizzazione di un'azienda sanitaria, perché questo ambito ormai spetta alle Regioni. Volendo ragionare nel merito della proposta a mio parere l'ipotesi contenuta nel ddl crea una crisi di governabilità dentro le aziende, perché riduce il Direttore generale attuale ad un Direttore amministrativo, trasforma il Direttore sanitario in un Capo clinico, con una dualità di decisioni e un dualismo di comando che conduce all'immobilità delle scelte e potrebbe avere forti conseguenze sia dal punto di vista finanziario che dal punto di vista del governo complessivo delle aziende.

MARIDA BOLOGNESI

Commissione Affari Sociali della Camera (Ds)

Il giudizio è negativo. Ciò che emerge è la mancanza di risposta ai problemi veri dell'organizzazione sanitaria. Siamo d'accordo per un maggior coinvolgi-

mento degli operatori nei processi decisionali, però il provvedimento in oggetto sembra che riesca a rafforzare solo l'impianto burocratico-organizzativo e di controllo senza dare risposte sul terreno della qualità professionale e della capacità vera del coinvolgimento sulle decisioni.

I punti dolenti sono altri: come ripensare il ruolo dei medici di base, come ripensare la presa in carico che passa dall'ospedale al territorio, come dare risposte alle cronicità.

PAOLO LUCCHESI

Vice presidente Commissione Affari Sociali della Camera (Udc)

Questo disegno di legge non mi pare un granché. Anzi, credo che sposti solo il problema non centrando l'obiettivo di limitare il potere del Direttore generale e dando più compiti ai medici. Questa nuova figura, il super manager, creata all'interno delle strutture, non è detto che riesca ad essere indipendente, perché è una nomina che corre il rischio di sottostare a logiche di tipo corporativo. Insomma, il pericolo è che venga nominato per fare gli interessi di qualcuno, continuando a rispondere alle indicazioni del Direttore generale e quindi il condizionamento prosegue.

LUANA ZANELLA

Commissione Affari Sociali della Camera (Verdi)

La montagna ha partorito un topolino. La nuova figura di Direttore sanitario, il super manager, corre il rischio di nascondere la cooptazione di un'unica figura sanitaria mentre gli altri restano con la stessa scarsa influenza che hanno adesso. Il super manager non è detto che garantisca pienamente l'autonomia delle figure mediche.

Inoltre, l'allungamento dell'età pensionabile è un'ipotesi che non sta né in cielo né in terra perché si possono ugualmente studiare forme di coinvolgimento delle persone che hanno fatto un loro percorso senza correre il rischio, come in questo caso, di non lasciare spazio ai giovani medici.

ANTONIO TOMASSINI

Presidente Commissione Igiene e Sanità Senato (Fi)

Il ddl "Nuove norme per il governo clinico" ha secondo me colto positivamente nel segno a proposito del pensionamento dei dirigenti sanitari.

Nella prima parte vi è il lodevole intento di ridare leadership ai medici, identificando la nuova figura del Coordinatore clinico, che però credo meriti una migliore messa a fuoco attraverso il confronto e il dibattito parlamentare.

Così come è concepita, potrebbe creare una mal definita pluriarchia e confusione nel Consiglio di direzione e in quello dei sanitari: si ripropone la stessa problematica che si era posta al momento della proposta di riordino degli Ircs nella precedente legislatura.

Credo che il risultato si possa piuttosto ottenere agendo sugli organi già creati, eventualmente integrando-

li; e credo, soprattutto per quanto riguarda i concorsi e le nomine, che sia meglio un organo collegiale che non una "monarchia" che può diventare "dittatura" o "despotismo".

La proposta di legge poi omette la grave questione della irreversibilità dell'esclusività: penso che in questo vi sia il tacito assenso e la condivisione del ddl di iniziativa parlamentare che tenacemente le maggioranza sta portando avanti malgrado l'esasperato ostruzionismo di una parte dell'opposizione.

LUIGI MALABARBA

Commissione Igiene e Sanità del Senato (Prc)

È l'ennesima scivolata del ministro Sirchia, che annuncia riforme dal giorno del suo insediamento. Ora risponde allo sciopero dei medici per il rinnovo del contratto scaduto da oltre un anno con un'operazione di pura immagine, inventando la figura del Coordinatore clinico. Potrebbe sembrare una sterzata nella direzione giusta, perché in materia di salute è bene decidere sulla base della competenza e, proprio per questo noi sosteniamo da sempre che l'aziendalizzazione è il vero "guasto" del sistema sanitario nazionale, perché stabilisce il primato dei risultati economico-ragionieristici di gestione sugli obiettivi di salute della popolazione. Ma è, invece, un'operazione di pura propaganda, indirizzata a una ristrettissima élite di clinici, alla quale si promette più potere e più anni di lavoro a disposizione, ignorando i giovani medici e la massa che si misura giorno dopo giorno con il precariato e il sottofinanziamento del sistema. Un provvedimento, insomma, che punta a dividere i medici più che a salvaguardare la professionalità, il Servizio sanitario nazionale e il diritto costituzionale alla salute.

GIOVANNI BISSONI

Assessore Sanità Regione Emilia Romagna (Ds)

Il ddl pone alcune esigenze che io condivido e altre che non condivido. È condivisibile cercare di rafforzare la partecipazione degli operatori alla vita dell'azienda e al raggiungimento degli obiettivi e dei servizi. Condivido anche il fatto che il Collegio di direzione debba aver un maggiore ruolo dentro la vita dell'azienda. Ma nel ddl non ci si ferma ad introdurre questi concetti come principi generali e si arriva a definire anche le modalità con cui le Regioni devono rafforzare la partecipazione degli operatori alla vita dell'azienda, anche se con il nuovo Titolo V non spetta più al livello nazionale definire elementi di organizzazione dell'azienda. Inoltre, nel merito, denuncia un'idea semplicistica che a mio avviso non può funzionare: risolvere i problemi di partecipazione degli operatori attraverso l'introduzione di una figura responsabile. Il governo clinico dentro le aziende c'è se complessivamente l'azienda funziona secondo un sistema di *governance*, se c'è un'organizzazione del lavoro che valorizza l'autonomia dei professionisti e individua le responsabilità.

a cura di Stefano Simoni

POLEMICA A DISTANZA TRA DEL BARONE E ZUCHELLI

Sindacato e Ordine: uniti si può e si deve

Strumentalizzando un'impresione di Zucchelli in un precedente articolo su "Dirigenza Medica" il presidente della Fnomceo, Del Barone, ha scritto una lettera molto polemica a tutti i presidenti d'Ordine stigmatizzando presunte "offese" dell'Anaa verso l'istituzione ordinistica. Di seguito, per far sì che ognuno di voi possa trasparentemente giudicare chi strumentalizza e chi invece difende e propone azioni di tutela reale dei medici, pubblichiamo integralmente sia la citata lettera di Del Barone sia la missiva scritta da Zucchelli e indirizzata al presidente dell'Ordine di Modena, D'Autilia, per ribattere a quanto sostenuto da Del Barone

LA LETTERA DI DEL BARONE AI PRESIDENTI D'ORDINE

Cari amici, vi prego di non pensare ad un ulteriore scritto del tipo di quelli che, in questi ultimi tempi hanno intristito o illeggiadrito (a seconda dei punti di vista) i nostri rapporti. Questa volta voglio richiamare la Vostra attenzione su un argomento serio che mi ha fatto pensare come i rapporti tra gli uomini possano essere turbati da manifestazioni di insofferenza dialettica idonea a far dimenticare deontologia, rispetto reciproco e, perché no, amicizia.

Serafino Zucchelli, Segretario Nazionale dell'Anaa, sul n. 8-2003 di "Dirigenza Medica" (che accludo) ha scritto testualmente, che il Governo delegittima i sindacati "a favore di altre forme di rappresentanza, come gli Ordini non deputati a tutelare gli interessi della categoria ma disposti ad un servile collateralismo". Ritengo sia veramente troppo e reputo superfluo manifestare i senti-

menti di repulsione per frasi di questo genere che mi offendono e ci offendono e sulle quali mi meraviglia, ad oggi, il silenzio del Presidente dell'Ordine di Modena, al cui albo il Dr. Zucchelli risulta iscritto.

Volendo ricercare, se possibile, una giustificazione essa potrebbe ritrovarsi solo nella non conoscenza del contributo costante e determinate degli Ordini alle battaglie dei medici, non essendo Zucchelli mai stato ordinista o, ma questo sarebbe peggio, nel non avere ancora digerito la mancata elezione alla presidenza della Fnomceo, di un meritevolissimo esponente Anaa.

Ho creduto necessario portare a conoscenza di tutti Voi lo scritto ricordato, che respingo nella maniera più decisa, come sono certo anche Voi farete con altrettanta forza nella univoca convinzione che nell'agire presente, passato e futuro dei Presidenti e degli ordinisti italiani non vi è stato né vi sarà mai, "servile collaretali-

simo" ma sempre e solo dignitosa partecipazione alla tutela degli interessi della nostra categoria.

Affermo ad alta voce che non appartiene al sottoscritto, né a Voi colleghi Presidenti, quanto affermato da Zucchelli che oltre tutto dimentica e svisisce il contributo che tanti medici ospedalieri iscritti all'Anaa danno con competenza e impegno alla vita degli Ordini italiani. Mi auguro che saremo tutti concordi nel volergli dimostrare che per essere vertici di organizzazioni mediche, è necessario pensare prima di elucubrare giudizi salvo che, scrivendo in una certa maniera, scientemente non si voglia far venire a galla la realtà di certi sentimenti. Volentieri vorrò conoscere il Vostro pensiero in merito ed intanto Vi saluto cordialmente con rinnovati auguri.

Giuseppe Del Barone
Presidente Fnomceo

LA RISPOSTA DI ZUCHELLI AL PRESIDENTE DELL'ORDINE DI MODENA

Caro Presidente, sono venuto a conoscenza di una lettera che il Dott. Del Barone, in qualità di Presidente della Fnomceo, ha inviato a tutti i Presidenti d'Ordine e di Commissione Odontoiatrica commentando un passaggio del mio articolo pubblicato sul n. 8/2003 di "Dirigenza Medica", in cui sollecita, peraltro, un Tuo intervento come Presidente dell'Ordine al quale sono iscritto.

Sgombro immediatamente il campo da ogni equivoco ammettendo un mio errore laddove ho coinvolto, per la fretta di scrivere, indistintamente tutti gli Ordini Provinciali in una valutazione politica che intendevo invece indirizzare all'attuale gruppo che "governa" la Fnomceo.

Di questo faccio ammenda presso tutti i Presidenti coinvolti, da me involontariamente, in una critica che volevo e voglio invece indirizzare soltanto all'attuale gestione Fnomceo.

La nostra professione, un po' come tutta la società, vive una stagione di grandi tensioni e il conseguente confronto tra idee e progetti diversi può manifestare asprezze ed esemplificazioni verbali, talora improprie.

Ma il tasso di violenza nel linguaggio e nella comunicazione si misura in tanti modi e a volte il pensiero e le parole apparentemente più miti veicolano un carico di "offesa" e un contenuto ideologico da fare impallidire i più virulenti tribuni.

Nella lettera in questione la mia critica alla dirigenza Fnomceo di collateralismo governativo viene triangolata prima con "...il non avere ancora digerito la mancata elezione alla Presidenza Fnomceo di un meritevolissimo esponente Anaa", poi adombrando il dubbio che "...scrivendo in una certa maniera, scientemente non si voglia far venire a galla la realtà di certi sentimenti".

Queste parole, apparentemente miti e anche generose, sono subdolamente violente e dominate da una forte ideo-

logia del potere perché, nulla o quasi nulla confutando nel merito, dedicano invece ogni sforzo ad un'opera di delegittimazione di colui che critica in quanto avrebbe perso le elezioni o addirittura regista di una vera e propria campagna di odio politico, naturalmente in uno scenario di aggressione agli Ordini da parte dei Sindacati.

Questa operazione comunicativa usa il mio errore per altri fini ed è, a mio giudizio, l'espressione politica più autentica, di un gruppo dirigente della Fnomceo che, povero di progetti e strategie efficaci a risolvere i problemi della professione, sciaguratamente insiste sulla strada che lo ha visto nascere, quella della divisione, quella della contrapposizione tra presunte maggioranze e presunte minoranze.

L'evidenza è un'altra e le grida su un inesistente nemico alle porte tentano in realtà di mascherare la sfiducia crescente dei Presidenti di Ordini Provinciali in questa maggioranza del Comitato Centrale che governa la Fnomceo. Non saprei come altrimenti interpretare quanto clamorosamente si è manifestato nell'ultimo Consiglio Nazionale e che, sinceramente mi auguro, possa determinare lo sviluppo di nuove politiche unitarie nell'Istituzione e dell'Istituzione professionale.

Nel mio articolo, tra tante altre considerazioni sul difficile momento che vive la categoria che rappresento e la professione medica tutta, ho espresso una severa critica politica di collateralismo governativo; questa trova riscontro in fatti e non certo in inesistenti sentimenti di inimicizia e ancor meno in pregiudizi ideologici o in "vendette post elettorali".

È innegabile il tentativo del Ministro Sirchia di delegittimare le Oo.Ss. mediche laddove ha pubblicamente indicato negli Ordini professionali e nelle Società Scientifiche gli interlocutori idonei; un ingombrante ed anomalo pressing Istituzionale che ha costretto lo stesso Del Barone, dopo un

iniziale compiacimento, ad una timida smentita.

Il cosiddetto tavolo di confronto permanente ministero della Salute-Fnomceo, insediato con grande slancio mediatico, fermo restando il suo positivo valore Istituzionale ha in realtà coperto alcune operazioni politiche dannose per la professione e cioè il nuovo Codice sulla privacy, l'ennesima evasione del problema specializzandi, lo sciagurato articolo 50 della Legge Finanziaria sul controllo da parte del ministero dell'Economia, dell'appropriatezza prescrittiva, il silenzio-assenso del ministero della Salute sul cronico e devastante sottofinanziamento del Servizio Sanitario Nazionale.

Mi sono parse altresì eccessivamente compiacenti le prime dichiarazioni ufficiali del Presidente della Fnomceo sul progetto di legge del Ministro Sirchia sul Governo Clinico e maldestramente super partes quelle comparse sull'ultimo numero della Professione che rimproverano alla straripante manifestazione unitaria dei sindacati medici della dipendenza atti e affermazioni eccessivamente denigratorie verso esponenti e parti politiche governative.

Mi astengo da facili ironie su queste difese d'ufficio e ribadisco solo la mia volontà e il mio diritto-dovere di esprimere giudizi politici perché da professionista e sindacalista, ho a cuore gli interessi della categoria che rappresento, convinto che nessuno di questi confligge con le regole e i valori del nostro Codice Deontologico.

Coltivo anzi l'orgogliosa presunzione di lavorare perché si realizzino tutte le condizioni per una vera autonomia e responsabilità dei medici, un bene prezioso per tutti i cittadini, per i professionisti e per le Istituzioni che li rappresentano.

Ti saluto cordialmente.

Serafino Zucchelli
Segretario Nazionale Anaa Assomed

Friuli Venezia Giulia

di Stefano Simoni

LA SANITÀ NELLA REGIONE FRIULI VENEZIA GIULIA

Un pubblico che funziona

MANTENERE "L'ECCELLENZA" DEL SISTEMA ATTRAVERSO UNA CHIARA INDIVIDUAZIONE DEGLI OBIETTIVI E DELLE RISORSE, UN SISTEMA DI INFORMATIZZAZIONE CHE PERMETTE DI VALUTARE LE ATTIVITÀ E I VOLUMI DELL'AZIENDA, UN PIANO DI RIORGANIZZAZIONE IN GRADO DI CONTROLLARE L'OFFERTA OSPEDALIERA E DI INTERVENIRE SUL TERRITORIO, UN PRIVATO DECISAMENTE BEN INTEGRATO CON UN PUBBLICO CHE FUNZIONA. QUESTO IL QUADRO DELLA SANITÀ FRIULANA CHE DOPO IL CAMBIO DI GIUNTA CONTINUA A MANTENERE ALTO IL LIVELLO DEI SERVIZI

Quasi vent'anni fa il Friuli Venezia Giulia elaborò il primo Piano sanitario regionale, mosca bianca del panorama sanitario di un Paese, l'Italia, che cominciava a riconoscere le prime autonomie alle Regioni. Da allora il Friuli ha perseguito con coerenza la strada dell'efficienza del pubblico, considerato l'unico strumento in grado di offrire una copertura quasi totale dei bisogni dei cittadini oltre, naturalmente, ad una gestione chiara e trasparente della "cosa sanitaria".

Tutto bene dunque? Quasi, perché, come spiega il responsabile regionale dell'Anao Assomed, Paolo Quondam, i problemi ci sono. Primo: il rapporto tra Università e Servizio sanitario regionale; secondo la necessità di rivedere la pianificazione del piano regionale dell'emergenza, del piano materno infantile e del piano della riabilitazione, i tre piani che la vecchia giunta aveva lasciato in sospeso; infine, e non è poca cosa, la necessità di riequilibrare la spesa ospedaliera nei confronti di quella territoriale.

Il "nuovo corso" della politica per la salute friulana, comunque, continua a caratterizzarsi per una chiarezza degli obiettivi in grado di permettere interventi in ogni momento sull'offerta di servizi, adeguandola, se del caso, ai bisogni dei cittadini per assicurare dunque la migliore sanità possibile.

Il lavoro svolto finora ha dato i suoi frutti se, appena due anni fa, secondo il Rapporto 2002 di Cittadinanzattiva il Friuli veniva indicata come Regione in grado di offrire i migliori servizi sanitari su tutto il territorio nazionale.

Forte sviluppo del processo di aziendalizzazione; quasi totalità dell'attività sanitaria della Regione che passa per il pubblico con solo cinque strutture private dedicate al ricovero; assistenza territoriale sempre maggiore per poter accogliere tutta la domanda derivante dal ridimensionamento della rete ospedaliera; appropriatezza elevata sui ricoveri ospedalieri in regime ordinario; Piano Sanitario Regionale 2003-2005 che sarà completato entro la primavera. Questi i fiori all'occhiello di un sistema che funziona.

Tabella 1 - Costi pro-capite per livelli di assistenza (lire) - Anno 2001

Livelli di assistenza	Regioni (media)	Friuli Ven. Giulia
A assistenza sanitaria collettiva in ambiente di vita e di lavoro	115.176	75.161
B assistenza distrettuale	1.268.163	1.255.638
* assistenza di base	157.231	141.376
-guardia medica (compresa guardia turistica)	19.290	15.059
-medicina generale	116.150	111.730
-pediatria di libera scelta	21.791	14.588
* assistenza farmaceutica	401.256	354.313
* assistenza specialistica ambulatoriale	314.390	330.492
* assistenza territoriale ambulatoriale e domiciliare	112.783	143.950
* assistenza territoriale semi-residenziale (disabili psichiatrici, disabili fisici, psichici, tossicodip., anziani, malati terminali e persone affette da AIDS)	70.715	107.217
* assistenza territoriale residenziale (disabili psichiatrici, disabili fisici, psichici, tossicodip., anziani, malati terminali e persone affette da AIDS) :	142.115	115.885
* altro	69.673	62.404
C assistenza ospedaliera (comprensiva di P.S.)	1.280.686	1.318.684
Totale	2.664.024	2.649.483

Tabella 2 - Ripartizione in % dei costi dei singoli livelli di assistenza sul totale - Anno 2001

Livelli di assistenza	Regioni (media)	Friuli Ven. Giulia
A assistenza sanitaria collettiva in ambiente di vita e di lavoro	4,32%	2,84%
B assistenza distrettuale	47,60%	47,39%
* assistenza di base	5,90%	5,34%
-guardia medica (compresa guardia turistica)	0,72%	0,57%
-medicina generale	4,36%	4,22%
-pediatria di libera scelta	0,82%	0,55%
* assistenza farmaceutica	15,06%	13,37%
* assistenza specialistica ambulatoriale	11,80%	12,47%
* assistenza territoriale ambulatoriale e domiciliare	4,23%	5,43%
* assistenza territoriale semi-residenziale (disabili psichiatrici, disabili fisici, psichici, tossicodip., anziani, malati terminali e persone affette da AIDS)	2,65%	4,05%
* assistenza territoriale residenziale (disabili psichiatrici, disabili fisici, psichici, tossicodip., anziani, malati terminali e persone affette da AIDS) :	5,33%	4,37%
* altro	2,62%	2,36%
C assistenza ospedaliera (comprensiva di P.S.)	48,07%	49,77%
Totale	100,0%	100,0%

Fonte: Assr

Friuli Venezia Giulia

Popolazione: 1.150.000 abitanti

Aziende Sanitarie Locali: sanitari 6 (Pordenone, Trieste, Udine, Isontina, Bassa Friulana e Alto Friuli)

Aziende Ospedaliere: 3 autonome (Pordenone, Trieste e Udine)

Medici dipendenti del Ssr: 2500

Medici in convenzione: 1100 medici di base, 150 pediatri, 163 specialisti

**INTERVISTA A PAOLO QUONDAM
SEGRETARIO REGIONALE ANAAO
ASSOMED FRIULI VENEZIA GIULIA**

Pubblico e privato collaborano in un sistema integrato che funziona

Il sistema sanitario del Friuli Venezia Giulia si caratterizza per la qualità dei servizi offerti oltre ad una buona gestione politica. Tutto bene dunque?

Non saprei. Da tempo in questa Regione sono stati realizzati i Piani sanitari regionali, il primo risale a circa vent'anni fa, e proprio in questi mesi è cominciata la discussione sulla nuova riprogrammazione: il processo di pianificazione dovrà portare al nuovo Piano di Intervento a medio termine.

Più che di un nuovo Piano sanitario regionale, infatti, si tratta di una revisione delle legge sul riordino degli ospedali la famosa legge 13 del '95. Questo sarà fatto contestualmente al nuovo piano di interventi a medio termine. Ovviamente ci sono delle criticità legate al fatto che nel Friuli ci sono due grossi poli ospedalieri, uno ad Udine e uno a Trieste, che al contempo sono anche sedi di facoltà mediche. C'è quindi un problema di fondo: il rapporto tra il Servizio sanitario regionale e la Facoltà di medicina in queste due strutture. In più, queste due Università hanno una normativa separata perché uno è un Policlinico a gestione diretta, e l'altro no, e questo crea ulteriori problemi.

Il cambiamento della giunta ha determinato anche un cambiamento degli indirizzi di politica sanitaria?

In Friuli, dopo il cambiamento significativo della giunta, il nuovo assessore ha sentito forte il desiderio di una nuova programmazione, con l'obiettivo condivisibile di arrivare ad un nuovo protocollo con le Università. Questo, dunque, il primo nodo da affrontare assolutamente perché se gli ospedali di Udine e Trieste non chiariscono questo punto hanno dei grossi problemi. Poi c'è da affrontare con l'assessorato la pianificazione vera e propria: c'è da rivedere il Piano regionale dell'emergenza, quello materno infantile e da ultimo il Piano della riabilitazione, tre obiettivi che la vecchia giunta aveva già lasciato in sospeso.

Stiamo ragionando ormai da mesi in assessorato e continueremo a ragionare su questi argomenti, oltre su quelli spiccatamente sindacali come l'organizzazione del lavoro e via dicendo.

La nostra Regione storicamente parte da una dotazione di strutture sanitarie ben messa, ma i processi di riorganizzazione sappiamo tutti quanto sono difficili.

Com'è la situazione da un punto di vista ospedaliero?

Alcuni ospedali sono stati chiusi, anzi per la precisione siamo stati i primi a contribuire ad alcune chiusure secondo quanto prevedeva il piano precedente. Adesso, la nuova Giunta deve portare a termine la riorganizzazione della vecchia legge 13 del 1995, considerando che l'obiettivo non deve essere tanto quello di chiudere, quanto piuttosto ragionare su una nuova idea di rete ospedaliera in grado di integrare grandi e piccoli ospedali.

Il Friuli da sempre si caratterizza oltre che per una forte presenza del pubblico rispetto al privato, anche per una buona integrazione tra i due. Come fate a far coesistere queste due anime della sanità?

Forse il segreto è che non c'è nessuna pregiudiziale, anche perché le poche strutture private sono ben integrate con il pubblico. Insieme si riescono a fare dei ragionamenti, si stringono degli accordi, delle convenzioni. Il privato, insomma, collabora. Oltre a questo, naturalmente, possiamo dire che il sistema funziona perché sono stati messi in piedi dei meccanismi di controllo.

Qual è il vostro rapporto con l'assessorato alla sanità?

I rapporti con la Regione sono ripresi da qualche mese e per il momento sono buoni. Ad esempio sul problema delle risorse aggiuntive regionali, che è un grosso nodo, già c'è stato un chiarimento e una ripresa del discorso. Quindi

di per il momento siamo soddisfatti.

Un altro discorso che abbiamo in piedi con l'assessore è l'organizzazione del lavoro: cercheremo di studiare, a livello regionale, come omologare i servizi evitando che ogni azienda vada per proprio conto. Il nostro obiettivo è realizzare un unico punto di riferimento regionale: siamo una piccola regione e avere 10 punti di riferimento diversi non serve a nessuno è assolutamente controproducente. È importante, però, che il sindacato possa dialogare con i tecnici che elaborano i progetti, perché se noi solleviamo delle obiezioni o dei dubbi dopo che i progetti sono stati elaborati serve veramente a poco. Viceversa avere la possibilità di essere ascoltati durante l'elaborazione di un progetto ha una valenza enorme. Sia ben chiaro, senza nessuna commistione, perché sappiamo bene che ognuno ha il suo ruolo. Collaborazione, questo chiediamo.

Il Friuli Venezia Giulia ha compiuto la scelta dell'informatizzazione regionale. È finita la fase della sperimentazione, com'è andata?

Sì la fase della sperimentazione è finita e adesso il sistema comincia ad essere affidabile. Ma non è il caso di farsi prendere da facili entusiasmi, perché in alcuni campi l'affidabilità dei dati e dei ragionamenti conseguenti lascia ancora a desiderare. Siamo però convinti che il percorso sia quello giusto anche perché l'unico modo per valutare le attività e i volumi delle aziende è la raccolta unificata dei dati.

Qual è il segreto del Friuli?

Lo sforzo degli operatori. Le situazioni di disagio naturalmente esistono anche da noi, eccome, ma nella nostra Regione abbiamo categorie professionali che si sono fatte carico dei disagi e dei ritardi per far sì che il livello restasse buono. Però, questo modo di lasciare tutto sulle spalle degli operatori non si sa fino a quando può durare.

**INTERVISTA A GIANNI PECOL COMINOTTO
ASSESSORE SANITÀ DELLA REGIONE FRIULI VENEZIA GIULIA**

Obiettivo: riequilibrare la spesa ospedaliera

Assessore Cominotto, in che direzione si sta muovendo il sistema sanitario regionale del Friuli?

Il sistema si sta muovendo in varie direzioni. Stiamo mettendo mano ad un nuovo piano a medio termine che al suo interno conterrà un piano di revisione della rete ospedaliera. È un Piano sanitario regionale che però da noi viene chiamato "Piano di Intervento a Medio Termine". Oltre ad una revisione della rete ospedaliera regionale, il nostro l'obiettivo è quello di riequilibrare la spesa ospedaliera nei confronti di quella territoriale che oggi è decisamente squilibrata sul versante ospedaliero. Siamo ad un rapporto tale per cui il 58% delle risorse è destinato all'ospedale contro un 42% destinato al territorio. Vorremmo arrivare ad un riequilibrio che porti almeno ad un rapporto 55-45, in modo da far assumere più peso al territorio. Oltre a questo, il Piano dovrà varare alcune modifiche alla legge regionale che comportino un nuovo ruolo degli enti locali in un'ottica di pianificazione attuativa locale. Infine dovremo attuare una legislazione regionale di attuazione della legge nazionale 328 di riforma del-

l'assistenza che finora è stata inesistente.

Queste sono le grandi linee, all'interno poi ci sono altri obiettivi. Ad esempio, percorrere sperimentalmente all'interno delle strutture ospedaliere la separazione, dal punto di vista gestionale, della funzione di diagnosi e cura con quella di ricovero e assistenza, prevedendo anche lo sviluppo della professione infermieristica nella gestione delle aree comuni di degenza. Il modello anglosassone, per capirci, o il modello strutture private italiane che è la stessa cosa.

Queste che ha tracciato sono le grandi linee di progetto, quali invece i punti di maggior criticità del sistema?

Uno sviluppo della rete territoriale sulla linea della continuità assistenziale in modo da qualificare l'intervento ospedaliero nella fase acuta potendo però contare su una rete di continuità assistenziale che non crei vuoti: questo è il punto di maggior criticità di tutto il sistema sanitario della regione Friuli. Oltre a ciò, il nostro obiettivo è sviluppare le Rsa, gli Hospice e quanto di intermedio si trova tra una fase acuta, di perti-

enza ospedaliera, e invece un percorso esterno all'ospedale, che in parte esiste già e in parte invece va sviluppato e potenziato per garantire la continuità assistenziale.

Lei prima parlava di un Piano di Intervento a Medio Termine che ha come obiettivo il riequilibrio del rapporto ospedale/territorio, è prevista dunque un'incentivazione dei Distretti?

Assolutamente sì, nelle idee che abbiamo per la legge regionale di attuazione della 328 vi è una forte spinta alla distrettualizzazione delle funzioni. Abbiamo intenzione attraverso il processo di informatizzazione che sta andando avanti, di offrire una serie di servizi in grado di rispondere alle esigenze della popolazione. Adesso, per esempio, nell'area di Trieste verrà completata la sperimentazione dell'uso della carta dei servizi come tessera sanitaria che prevederà quindi anche un'estensione ai medici di medicina generale degli strumenti informatici necessari per accedere direttamente ai centri unici prenotazione (Cup), alle cartelle cliniche informatizzate e così via.

di Stefano Simoni

LA SANITÀ NELLA REGIONE SICILIA

La necessità di qualificare il territorio per liberare l'ospedale

Sicilia

LA SANITÀ DELLA SICILIA HA DIVERSE QUESTIONI APERTE SUL TAVOLO: SCARSA PROGRAMMAZIONE; DEFICIT DI BILANCIO DOVUTO, TRA L'ALTRO, AD UNA FORTE MIGRAZIONE SANITARIA CHE PARE INARRESTABILE; TROPPO OSPEDALE RISPETTO AL TERRITORIO, CON UN RISULTATO CHE DETERMINA ANCHE INAPPROPRIATEZZA DEI RICOVERI; DISTRETTI DISEGNATI SOLO SULLA CARTA CHE NON RIESCONO A PARTIRE

La situazione della sanità regionale in Sicilia è caratterizzata da una forte migrazione sanitaria, i cosiddetti viaggi della speranza. Questo produce un forte esborso economico "improduttivo" ed è legato anche ad un cattivo funzionamento della medicina universitaria e privata. In generale vi è una rilevante attività ospedaliera che assorbe la maggior parte delle risorse, con un gran numero di ricoveri impropri nelle aziende ospedaliere, frutto di un cattivo utilizzo dei distretti sanitari da parte delle Asl. Tutti elementi che certo non contribuiscono a far crescere nei cittadini l'apprezzamento verso il Ssn.

Oltre a questo, nel complesso il sistema sanitario della Regione Sicilia non ha caratteristiche originali e, in linea generale, si allinea con gli ordinamenti previsti dalla legislazione nazionale, quindi il decreto legislativo 502/92 e la riforma ter vale a dire il Dlgs 229/99.

Quello che manca però è un effettivo monitoraggio, e dunque non risulta facile sapere quanta parte delle normative sia stata effettivamente tradotta in realtà organizzativa.

Il territorio dell'isola è suddiviso in quattro bacini: Palermo-Trapani, Enna-Caltanissetta-Agrigento, Catania-Siracusa-Ragusa, Messina. Il primo Pia-

no sanitario regionale, approvato nel 2000 relativo al triennio 2000-2002, resta tuttora valido poiché il secondo piano, al momento, è allo studio. Il primo Psr ha creato 62 distretti, il cui territorio di pertinenza coincide con quello delle vecchie Usl previste nel 1980.

La vera emergenza resta quella della migrazione sanitaria verso strutture di eccellenza della penisola che pesa fortemente nel bilancio della Regione. Nel 2002, proprio per cercare di bloccare l'emorragia di fondi per i "viaggi della speranza" (la cifra, due anni fa, era di 206 milioni di euro all'anno) e per rafforzare l'offerta della sanità meridionale, venne siglato un protocollo d'intesa tra il ministero della Salute e i presidenti della Regione Calabria e della Regione Sicilia. Per l'isola l'accordo prevedeva la creazione di tre centri sanitari d'eccellenza, a Palermo, Messina e Catania, ma anche la costituzione di una nuova Asl, che comprendesse le isole minori della Sicilia per dare risposte adeguate alle loro necessità. Ad oggi, la situazione resta difficile: il protocollo non ha prodotto gli effetti sperati e per i tre centri d'eccellenza non si è andati oltre la loro individuazione "sulla carta", come dice il segretario regionale Annao Salvatore Barbera.

I dati relativi ai costi pro-capite per i livelli essenziali di assistenza e i dati relativi alla ripartizione percentuale dei costi dei singoli livelli di assistenza della Regione Sicilia non sono pervenuti all'Assr che ne ha curato la raccolta e l'elaborazione

Sicilia

Popolazione: : 5.104.435 abitanti

Aziende Sanitarie Locali: 9

Aziende Ospedaliere: 17

Medici dipendenti del Ssn: 4.631 (compresi i veterinari)

Medici in convenzione: medici di base 3.933; pediatri 857; medici di guardia medica 2.367

Assessore Cittadini, da più parti è richiesta una maggiore programmazione in sanità, oltre ad un governo del sistema sanitario cosa si sente di rispondere?

Stiamo cercando di programmare le esigenze del territorio, ma riuscire a mettere un po' d'ordine su questa materia è cosa molto complessa. Parlando delle strutture ospedaliere noi abbiamo una pletera di ospedali territoriali e di aziende ospedaliere che sommandosi alle case di cura fanno circa 150-200 strutture. Ci sono attualmente 48 ospedali territoriali, 17 aziende ospedali e tre aziende universitarie, più 59 circa case di cura accreditate con il Servizio sanitario nazionale di conseguenza il numero di po-

È necessaria la concertazione con le organizzazioni sindacali

Dottor Barbera, quali sono le maggiori criticità del sistema sanitario siciliano?

I problemi sono diversi. La quota di contribuzione che la Regione Sicilia dà al fondo sanitario nazionale è del 42%, rispetto al 36% di tutte le altre Regioni: un fenomeno inspiegabile, una situazione atavica data dallo Statuto speciale e che ci crea dei disavanzi. Detto ciò, abbiamo il problema del mancato governo della sanità siciliana dovuto a provvedimenti tampone adottati dai vari governi nel corso degli anni che mostrano una mancanza di strategia totale. Inoltre, il nostro sistema è fortemente sbilanciato verso la sanità pubblica, il territorio non esiste, non abbiamo Rsa, nessun country-hospital, i distretti ci sono (come i dipartimenti) però sono privi di contenuti e servono solo a dare qualche prebenda a qualcuno. Insomma, non abbiamo nulla, a prescindere da quello che c'è scritto sulla carta. Inoltre, il primo Piano sanitario regionale, che per noi ha rappresentato una grossa conquista dopo 40 anni, è fallito prima ancora di partire. Attualmente è allo studio quello nuovo, relativo al 2003-2005, e la Commissione si è riunita già due volte ma ancora non è stato fatto nulla perché mancavano gli input politici.

Questi elementi possono determinare prestazioni inappropriate?

Noi siamo stati i primi a recepire i Lea in maniera seria, al punto che abbiamo un tasso di occupazione per day hospital che è nella media nazionale. Il problema è che manca un governo in grado di gestire. Noi siamo andati avanti in maniera corretta fino a quando si è concertato con le organizzazioni sindacali, viceversa, quando sono stati adottati atti d'imperio, come ad esempio il sistema di finanziamento, op-

pure il protocollo d'intesa con l'Università, si sono sviluppate delle sperequazioni enormi. In Sicilia la risposta ai bisogni di salute continua ad essere data solo dall'ospedale.

Nel 2002 venne firmato un accordo tra il ministro Sirchia e i presidenti della Regione Sicilia e Calabria per la creazione di tre di eccellenza, un progetto interessante. A distanza di due anni quale bilancio si sente di fare?

Quel progetto era stato sviluppato per arginare l'emorragia dei viaggi della speranza, ma purtroppo continuano e dunque sotto questo aspetto non ha funzionato. I centri di eccellenza che si sarebbero dovuti creare non sono mai partiti e in questo delle responsabilità c'è l'hanno anche le Università. Il Piano siglato non possiamo dire che sia fallito, piuttosto non si è attivato. Sulla carta è tutto stabilito: sono stati individuati i siti a Palermo, Messina e Catania e altri per le isole minori, in alcuni casi sono elargiti anche finanziamenti, è stato stabilito dove devono andare i pazienti, cosa fare, ma paradossalmente è tutto fermo.

La migrazione verso i centri di eccellenza del resto del Paese comporta dei costi per il sistema sanitario regionale. Per fronteggiare lo sfondamento dei tetti era stata ipotizzata la reintroduzione dei ticket, com'è ora la situazione?

Sì, i ticket furono previsti sui farmaci ma anche per frenare l'eccessivo ricorso al pronto soccorso. Attualmente nell'articolo 7 della finanziaria i ticket sono stati introdotti, anche se solo per determinate categorie. Inoltre è stato sottoscritto un nuovo accordo con i medici di famiglia per ridurre la spesa

farmaceutica. La verità è che, fermo restando che non si dovrebbero avere gli ospedali ingolfati da ricoveri inutili, quando un medico si trova di fronte a un paziente da assistere deve trovare in ogni caso una risposta.

Per cercare di governare il sistema sanitario siciliano potrebbe essere utile la costituzione di un'Agenzia per i Servizi sanitari regionali?

Non sarebbe solo utile, ma addirittura indispensabile. In Sicilia abbiamo solo l'Osservatorio per l'applicazione del Piano con cui come Anaa collaboriamo. Un'Agenzia noi la chiediamo da anni, sarebbe fondamentale per la soluzione di diversi problemi. Se operiamo una scelta di gestione centralizzata della sanità è chiaro che dobbiamo separare la committenza dalla produzione, quindi incorporare ad esempio gli ospedali dalle Aziende sanitarie. In questo caso l'Agenzia per i Servizi Sanitari Regionali avrebbe il compito fondamentale di indicare la committenza che dobbiamo avere e così via di seguito.

Un'ultima domanda, quali sono i rapporti che avete con l'assessore alla sanità?

Premesso che siamo tutti molto legati all'assessore Ettore Cittadini, quello che vorremmo da lui è che si comportasse più da politico, facendo scelte maggiormente concertate con noi. Quando lo ha fatto, penso ai Lea, alla rete ospedaliera e così via, siamo riusciti a fare cose egregie e questo ce lo ha riconosciuto anche la Conferenza Stato-Regioni. Quando invece questo non è stato fatto, e mi riferisco al finanziamento alle aziende ospedaliere, alla convenzione con l'Università, ai protocolli d'intesa Regioni-Università, i risultati non sono stati buoni a detta anche dell'Assemblea regionale.

INTERVISTA A ETTORE CITTADINI, ASSESSORE ALLA SANITÀ DELLA REGIONE SICILIA

Dobbiamo estendere l'eccellenza dai reparti alle strutture

sti letto è decisamente ridondante. Mentre a livello ospedaliero la programmazione è ben precisa, non si può dire lo stesso di altri settori come, ad esempio per le case di cura, ripeto stiamo cercando di mettere mano alla programmazione ma non è semplice.

Entrando maggiormente nello specifico dei problemi della Regione, quello che la Sicilia, come altre regioni del centro-sud, accusa è la mancanza di centri d'eccellenza...

Questo è un problema che esiste e che determina forti flussi di pazienti verso altre regioni del Nord. In Sicilia il ministero della Salute ha individuato tre centri d'eccellenza: uno per l'oncologia, uno per l'ortopedia e il terzo dovrebbe riguardare il settore materno infantile. Ora, se si confrontano i dati del 2001, del 2002 e del 2003, si vede che purtroppo non c'è nessuna flessione nel fenomeno della migrazione sanirataria. I centri sono stati decretati nel 2002 e adesso dobbiamo realizzarli.

Attualmente ci sono delle eccellenze in alcuni reparti che stanno operando un'erosione di questo fenomeno di mobilità, ma è decisamente poco. Abbiamo dei centri di eccellenza, come l'Ismet che ha una gestione sperimentale pubblico/privato per i trapianti, riconosciuto il miglior centro d'Europa secondo osservatori gli americani che lo hanno paragonato al loro centro di Pittsburgh. Inoltre,

abbiamo un Centro Mediterraneo Ustioni pubblico, dentro l'Ospedale Civico di Palermo, che è considerato il secondo d'Europa. Quindi ci sono tante eccellenze, però sui singoli reparti e non su una struttura intera. L'unico settore che abbiamo frenato è stato quello della cardiocirurgia: nel 1993 avevamo 1.500 pazienti che uscivano, mentre nel 2003 solo 315, un dato accettabile. Certo, per frenare i circa 76.000 pazienti del 2002 che sono andati fuori ci vorrà tempo, oltre ad un salto culturale da parte di tutti.

Com'è andato l'esperimento di gestione con il San Raffaele di Milano?

Non come avremmo voluto. L'individuazione del San Raffaele come partner in questo esperimento è stata determinata dal fatto che verso quell'ospedale migrava il grosso dei nostri pazienti. Pensavamo quindi di aver individuato la soluzione purtroppo però l'accettazione a livello locale è stata pessima.

A che cosa si riferisce in particolare?

Abbiamo affidato al San Raffaele un grosso ospedale a Cefalù con 6 reparti e 280 posti letto, ma i medici locali, e anche i pazienti, si sono sentiti in qualche modo "colonizzati" e hanno fatto forti resistenze. Lo ripeto, si tratta di fare un salto culturale, perché dobbiamo tener presente che chi sceglie di spostarsi al Nord lo fa per un insieme

di cose: oltre alla qualità dell'intervento, ad esempio, anche per la solidità della struttura alberghiera.

Qual è il rapporto dell'assessorato con i medici ospedalieri?

Io sono un medico, sono direttore di un dipartimento universitario dal 1986 quindi conosco bene la galassia dei medici al punto da poter dire che è particolare. Con l'Anaa ci siamo scontrati spesso, in particolare sui protocolli d'intesa con l'Università.

Dopo tutti questi anni di esperienza posso dire che non esiste una visione uniforme della sanità alla quale un assessore si può ispirare: ci sono i medici del territorio, i medici di continuità assistenziale, i mmg che rivendicano il loro primato sull'assistenza, ci sono gli ospedalieri. C'è una frattura enorme tra i medici del territorio, che rivendicano il diritto primario ad essere i tutori della salute del cittadino, e gli ospedalieri. E poi all'interno degli ospedalieri ci sono le grandi corporazioni...

Lei, proprio per il suo passato di universitario, è "accusato" di essere troppo legato all'Università...

Da sempre c'è una conflittualità con le Università e non solo in Sicilia.

Il problema è che gli ospedalieri vivono da sempre la crescita dell'Università come un pericolo che si concretizza con una loro minor forza contrattuale. Io credo che per risolvere queste problematiche si debba arrivare a separare gli Atenei dall'Ospedale.

SPECIALIZZANDI '83-'91

Nuovi ricorsi con chiarezza e senza illusioni

L'approvazione di un ordine del giorno da parte del Senato e la sua divulgazione (incompleta ed inesatta), da parte di soggetti interessati alla vendita a caro prezzo di ricorsi, stanno creando disorientamento e aspettative eccessive ed ingiustificate tra i colleghi interessati.

Si rende pertanto necessario fare ulteriore chiarezza ed aggiornare sullo stato dell'arte del riconoscimento economico per la frequenza alle scuole di specializzazioni 1983-1991.

Situazione dei ricorsi presentati

In molte Regioni sono stati discussi, in sedi diverse (Tar, Tribunale civile), i ricorsi presentati dalla nostra associazione e da altre.

Sono pervenuti a sentenza presso il Tar della Sardegna e dell'Emilia Romagna due ricorsi con esito non favorevole. Inoltre sono in fase conclusiva di dibattito i ricorsi promossi da altre Regioni.

Senza della Corte di Cassazione depositata il 16-05-2003

(relativa al ricorso presentato da un medico nel 1995)

La sentenza ribadisce il diritto alla retribuzione in forza della direttiva comunitaria che sarebbe di per sé efficace. Richiama quanto definito dalla Corte di Giustizia che obbliga lo Stato che non abbia emanato i provvedimenti al risarcimento del danno ed estende anche ai non aventi rapporto di esclusività la possibilità risarcitoria.

In Parlamento

In Commissione Istruzione del Senato sono congiuntamente all'esame le iniziative dei senatori Manzoni e Consolo che prevedono la corresponsione delle borse di studio agli specializzandi medici ammessi alle scuole negli anni dal 1982 al 1991. L'onerosità della copertura economica non permette, però, ai provvedimenti di giungere alla conclusione del proprio iter. Recentemente, in sede di conversione in legge della Finanziaria 2004, il Senato ha approvato un ordine del giorno (G.12.200 allegato) che prevede un impegno, da parte del Governo, "a formulare una proposta operativa che affronti concretamente il problema della copertura economica dei due provvedimenti".

Per completezza va ricordato che:

a) un ordine del giorno non è una legge, ma un documento generico, non vincolante, che non produce di per sé alcun effetto automatico e per di più un identico ordine del giorno era stato già accolto dal Governo, lo scorso anno, in sede di conversione in Legge della Finanziaria 2003, senza alcun seguito;

b) l'approvazione dell'ordine del giorno (G.12.200) ha, di fatto, annullato un emendamento presentato dal senatore Manzoni (12.0.112 allegato) che avrebbe introdotto la necessità di una "domanda dinanzi agli organi giudiziari", ovvero un ricorso formale, per ottenere il riconoscimento economico. Poiché questo emendamento, su richiesta del Governo è stato ritirato, rimangono i Disegni di legge all'esame della VII Commissione Cultura che ipotizzano il riconoscimento per tutti gli aventi diritto a domanda (senza preventivo ricorso);

c) nella legge finanziaria approvata non vi è traccia di fondi destinati in tal senso, nonostante il Sottosegretario Vegas in pubblico dibattito abbia sostenuto la presenza di finanziamenti dedicati. E' quindi evidente come la strada per giungere ad una soluzione definitiva del problema sia ancora molto lunga.

Conclusioni

Da questo stato di cose emerge la complessità e l'incerto procedere di una soluzione che riconosca a tutti i medici specializzati nel periodo 1982-1991 il diritto sancito dalla Corte Europea di giustizia (3-10-2000).

Non esistono quindi scorciatoie e soluzioni miracolistiche,

come proposto da soggetti oggi molto presenti ed attivi nel contattare colleghi ex specializzandi per promuovere ricorsi.

È altresì vero che dall'emendamento ritirato traspare la volontà politica di circoscrivere la possibilità di sanatoria solo a coloro che abbiano presentato ricorso. Potrebbe quindi accadere che in sede di conversione in legge dei provvedimenti Manzoni e Consolo, il Governo proponga una modifica in tal senso.

Nonostante ciò appaia palesemente illegittimo ed incostituzionale, si rende prudente la presentazione di ricorsi da parte dei colleghi che non l'avessero già fatto.

In sintesi, le pronunce giurisprudenziali (vedi Corte di Cassazione), i numerosi ricorsi e le proposte legislative hanno determinato un forte movimento di pressione sulle istituzioni che l'Anaa Assomed intende continuare a sostenere anche attraverso la presentazione di nuovi ricorsi per conto dei colleghi che sino ad ora hanno atteso l'evoluzione dei fatti. È infatti evidente che la soluzione del problema non può essere trovata unicamente nelle aule giudiziarie, ma richiede un'azione di pressione politica che solo un sindacato può garantire nel lungo periodo.

L'Anaa Assomed, da sempre sensibile alla giusta istanza dei colleghi specializzati nel periodo 82/91, è pronta a fornire tutto il sostegno necessario, a fronte di contributi simbolici, ai medici interessati ora ad intraprendere un'azione legale volta al riconoscimento del diritto sancito dalla Corte di Giustizia Europea e dalla Corte di Cassazione.

Il ricorso sarà patrocinato dalle Segreterie Anaa Assomed della propria Regione.

(O.dG. 12.200)

Approvato dal Senato il 12/11/03, in sostituzione dell'emendamento ritirato.

Manzoni, Bevilacqua, Alberti Casellati, Fasolino, D'ippolito, Demasi, Toia, Cozzolino, Gaburro, Soliani, Di Girolamo, Salzano, Ulivi, Tessitore, D'andrea, Liguori, Cambursano, Petrini, Monticone, Baio Dossi, Garraffa

Il Senato,

premesso

che presso la 7a Commissione permanente è in corso di discussione l'atto Senato n. 933 che prevede la remunerazione del periodo "formativo-lavorativo" di tutti gli specializzandi medici degli anni dal 1983 al 1991;

che tutte le forze parlamentari hanno espresso la precisa volontà politica di approvare il disegno di legge che prevede la corresponsione per tutta la durata del corso, a titolo forfettario, di una borsa di studio annua pari a 7.000 euro;

che già con la scorsa finanziaria il Governo aveva accolto un ordine del giorno specifico,

impegna il Governo a formulare una proposta operativa che affronti concretamente il problema della copertura economica del provvedimento.

L'Anaa Assomed è pronta ad offrire il sostegno necessario per chiunque fosse interessato ad intraprendere un'azione legale. Il ricorso sarà patrocinato dalle Segreterie Anaa Assomed della propria Regione.

(Em. 12.0.112)

Emendamento ritirato e sostituito dall'OdG 12.200.

Dopo l'articolo 12, inserire il seguente:

Art. 12.0.1

(Riconoscimento retroattivo del periodo di formazione agli specializzandi medici ammessi alle scuole negli anni dal 1983 al 1991)

1. Ai medici ammessi presso le università alle scuole di specializzazione in medicina dall'anno accademico 1982-1983

all'anno accademico 1990-1991, che, alla data di entrata in vigore della presente legge, abbiano presentato domanda dinanzi agli organi giudiziari per il riconoscimento economico retroattivo del periodo di formazione, il Ministero dell'istruzione, dell'università e della ricerca corrisponde per tutta la durata del corso, a titolo forfettario, una borsa di studio annua onnicomprensiva di importo pari a settemila euro. Non si dà luogo al pagamento di interessi legali e di importi per rivalutazione monetaria.

2. Il diritto alla corresponsione della borsa di studio di cui al comma 1 è subordinato all'accertamento da parte del Ministero dell'istruzione, dell'università e della ricerca delle seguenti condizioni:

a) frequenza di un corso di specializzazione in base alla normativa prevista dal decreto del Presidente della Repubblica 10 marzo 1982, n. 162, e successive modificazioni, per l'intera durata legale del corso di formazione;

b) impegno di servizio a tempo pieno o ridotto, attestato dal direttore della scuola di specializzazione o da relativa autocertificazione secondo la normativa vigente in materia.

3. Entro trenta giorni dalla data di entrata in vigore della presente legge, con decreto del Ministro dell'istruzione, dell'università e della ricerca, sono determinati il termine entro il quale, a pena di decadenza, deve essere trasmessa l'istanza di corresponsione delle borse di studio previste dal presente articolo, le modalità di sottoscrizione e di autocertificazione secondo la normativa vigente in materia, nonché l'effettuazione di controlli a campione non inferiore al 10 per cento delle istanze presentate. Lo stesso decreto individua le modalità di riscossione degli importi annualmente dovuti ai sensi del comma 3, prevedendo altresì che l'inoltro delle domande e i pagamenti degli importi possano essere effettuati attraverso le associazioni rappresentative dei soggetti beneficiari. I giudizi in corso alla data di entrata in vigore della presente legge si intendono abbandonati con compensazione delle spese. Ai fini dell'applicazione della presente legge, non valgono le istanze di corresponsione delle borse di studio presentate ai sensi di precedenti disposizioni normative.

4. Il 50 per cento degli importi dovuti per i crediti riconosciuti ai sensi del presente articolo è corrisposto nel triennio 2004-2006, secondo le modalità individuate dal decreto di cui al comma 3, attraverso rate annuali di pari importo. La restante parte degli importi è corrisposta, a decorrere dall'anno 2007, nella forma di crediti d'imposta riconosciuti ai soggetti beneficiari fino a concorrenza del credito residuo, per non oltre cinque periodi d'imposta successivi. Con decreto del Ministro dell'economia e delle finanze, di concerto il Ministro dell'istruzione, dell'università e della ricerca, da emanarsi entro 24 mesi dalla data di entrata in vigore della presente legge, sono individuate le modalità di riconoscimento del credito d'imposta di cui al presente comma.

5. Agli oneri derivanti dall'attuazione del presente articolo, valutati in 93 milioni di euro in ragione d'anno a decorrere dall'anno 2004 si provvede mediante corrispondente riduzione dello stanziamento iscritto, ai fini del bilancio triennale 2004-2006, nell'ambito dell'unità previsionale di base di parte corrente "Fondo speciale" dello stato di previsione del Ministero dell'economia e delle finanze, al netto delle regolazioni debitorie, allo scopo parzialmente utilizzando l'accantonamento relativo al medesimo Ministro. Il Ministro dell'economia e delle finanze è autorizzato ad apportare, con propri decreti, le occorrenti variazioni di bilancio.

Conseguentemente, all'articolo 54, comma 1, tabella A ivi richiamata, sono ridotti, nella misura indicata, gli accantonamenti relativi a tutte le rubriche, al netto delle regolazioni debitorie:

2004: - 93.000

2005: - 93.000

2006: - 93.000.

IL PUNTO

Germania, un esempio da imitare: accorciare la formazione del medico

di Alberto Andrion

La Germania ha deciso di abolire il periodo di pratica post-laurea propedeutico alla possibilità di esercitare appieno la professione. Il motivo? I tempi dell'insegnamento universitario erano inutilmente prolungati, il praticantato serviva a mascherare i deficit dell'insegnamento clinico, i neolaureati svolgevano attività assistenziali ma erano pagati una miseria. Come si può notare, le assonanze con la situazione italiana non sono poche, sempre tuttavia a svantaggio del nostro paese. Infatti, è ben vero che il periodo di "pratica" che precede l'esame di stato per l'abilitazione all'esercizio professionale è più breve, ma è completamente non retribuito ed è seguito da corsi di specializzazione (media di 5 anni) che assomigliano molto al praticantato tedesco, vale a dire: si impara ciò che non si è appreso durante il corso di laurea più qualcosa di specialistico, e si è retribuiti con una miseria. Risultato: si entra (quando va bene!) nel mondo del lavoro a 32-33 anni e solo allora si riesce ad avere uno stipendio da professionista che possa definirsi tale. La strada intrapresa in Germania riguarda più in generale la scelta di prevedere nel corso di laurea meno teoria e più pratica. Anche sotto questo versante abbiamo molto da imparare. Da noi gli studenti vengono imbottiti di nozioni riguardanti biologia e ricerca di base, ma nulla sanno di corsia, di guardie, di sala operatoria (e questa è storia vecchia), ma ora nulla sanno anche di gestione delle risorse, di organizzazione e di consenso informato (e questa è storia nuova). Il risultato sotto gli occhi di tutti è che, al primo impatto con la realtà lavorativa della pratica professionale, la maggioranza dei giovani medici si sente come un pesce fuor d'acqua alla stessa stregua dei medici più anziani. In Germania, il ministro che ha promosso la riforma si chiama Ulla Schmidt: Sirchia e Moratti sono pregati di contattarla.

GERMANIA

Abolito il praticantato post laurea

Il governo tedesco ha deciso di abolire l'ultimo stadio della formazione in medicina, il praticantato che consente ai laureati in medicina di ottenere l'abilitazione dopo un periodo di anno e mezzo durante il quale, in qualità di medici interni neolaureati, svolgono mansioni assimilabili a quelli dei junior doctors percependo però uno stipendio piuttosto contenuto.

Questa misura era stata introdotta nel 1988 perché si avvertiva l'esigenza di far acquisire agli studenti in medicina quelle abilità pratiche che li confermassero professionisti a pieno titolo. Ma i medici e gli studenti l'avevano pesantemente contestata perché a loro avviso serviva solo a dissimulare i gravi deficit che l'insegnamento di pratica clinica aveva accumulato negli anni precedenti e, comunque, il provvedimento prolungava inutilmente i tempi universitari. Non ultimo l'aspetto economico, stipendi veramente troppo bassi denunciava la Marburger Bund, l'associazione degli ospedalieri tedeschi.

Attualmente per ottenere l'abilitazione occorrono come minimo 7 anni e mezzo, di cui un biennio dedicato agli studi preclinici, un triennio agli studi clinici, un anno alla pratica clinica in tre campi ed infine un anno e mezzo di praticantato. Si devono superare 4 esami, di cui l'ultimo prima dell'abilitazione. Dal 1° ottobre di quest'anno invece gli studenti potranno concludere i loro studi in sei anni, alla fine dei quali diventeranno junior doctors a pieno titolo e potranno guadagnare 3mila euro mensili, il triplo dello stipendio previsto dall'attuale normativa.

La decisione di abolire questo periodo di tirocinio pratico arriva dopo una più ampia riforma della formazione in medicina che prevede meno teoria e più pratica, incluso l'insegnamento in corsia e quello *problem oriented*. Il ministro della Sanità Ulla Schmidt l'ha accolta favorevolmente sottolineando come possa contribuire a rendere nuovamente attraente questa professione, in particolare in ospedale. Si stima che attualmente circa un terzo dei medici abilitati lasci la professione. Più cauto il presidente dell'associazione dei medici ospedalieri, Frank Ulrich Montgomery, che pur salutando la decisione del governo punta il dito contro i salari ancora troppo bassi dei junior doctor e critica il fatto che gli studenti che sosterranno gli esami prima del prossimo ottobre dovranno comunque accollarsi questi 18 mesi, seppure con uno stipendio più alto.

Con queste nuove misure gli ospedali tedeschi, già in affanno per la pressione finanziaria della riforma sanitaria, dovranno far fronte ad ulteriori esborsi, circa un 20 per cento in più.

UK

La metà dei medici subisce abusi da parte dei pazienti

La metà dei medici britannici sarebbe stata oggetto di insulti, minacce e aggressioni fisiche da parte dei pazienti, ma molti camici bianchi si sentirebbero troppo colpevoli o imbarazzati per riferire queste violenze, di cui in qualche modo incolpano se stessi o il sistema assistenziale. A vivere questo problema sono soprattutto i medici di famiglia, gli ospedalieri dei reparti di medicina d'urgenza, gli psichiatri, gli ostetrici e i ginecologi: un quarto di loro infatti si troverebbe di fronte ad almeno 5 episodi di questo genere all'anno.

Lo sostiene un'indagine della Bma, l'Ordine dei medici del Regno Unito, realizzata attraverso un questionario distribuito a 3mila medici di base e ospedalieri mirato a valutare la portata del fenomeno e l'impatto sulla loro vita. Alla base dei comportamenti aggressivi dei pazienti vi sono, secondo il sondaggio, motivi di salute o problemi personali, le frustrazioni per le cure prestate, oltre che storie personali di violenza o di abusi, alcol e droga. Dalle 800 risposte complete al questionario (un tasso di risposta del 28%) risulta che la quasi totalità dei sanitari ha sperimentato comportamenti verbali aggressivi negli anni passati, un terzo ha ricevuto minacce e un quinto subito aggressioni fisiche. E mentre la metà degli intervistati dichiara che questi episodi non hanno influenzato il loro lavoro, un terzo afferma di aver cambiato il proprio comportamento professionale. Più di un terzo infatti si dichiara propenso a non prendere in cura pazienti violenti, anche se un altro terzo si ritiene, in quanto medico, vincolato a un obbligo di cura che prescinde dalla condizione del paziente.

Un dato importante che emerge dall'indagine è che l'accettazione della violenza come componente della professione è condivisa da molti medici, un atteggiamento che potrebbe mascherare la vera incidenza di questi episodi violenti. In risposta a quanto emerso, la Bma ha emanato una serie di raccomandazioni per tutte le aziende ospedaliere, che vanno dallo sviluppo della definizione di episodio violento a un sistema che ne permetta la registrazione. Nel suo rapporto la Bma raccomanda anche l'attivazione di un servizio di follow-up, debriefing e counselling per tutti gli operatori sanitari coinvolti in situazioni di questo genere e in particolare un percorso formativo ad hoc per i medici, mirato alla gestione dei comportamenti violenti dei pazienti e alla tutela della sicurezza loro e dello staff.

Per fronteggiare queste situazioni è indispensabile rafforzare la collaborazione tra la polizia locale, gli uffici responsabili e i media perché, sottolinea il rapporto "anche far crescere la consapevolezza sulle responsabilità dei pazienti e i comportamenti accettati può contribuire a ridurre la violenza nei confronti dei medici".

Una vittoria per Bush la riforma di Medicare

Dopo un'aspra battaglia legislativa il Congresso americano ha approvato nel novembre scorso il riassetto di Medicare, il programma di assistenza sanitaria per gli anziani over 65, con un portafoglio di 395 miliardi di dollari. Il progetto di legge denominato "Medicare Drug Benefit Bill" che entrerà in vigore dal 2006 introduce una profonda trasformazione del programma di copertura sanitaria creato nel 1965 (e finanziato con la tassazione sul lavoro dipendente) e, se da un lato è stata vista con favore l'introduzione di benefici sulle specialità medicinali utilizzate dai pazienti che usufruiscono di prestazioni ospedaliere ambulatoriali, d'altro canto, è stato molto criticato l'inserimento di piani di privatizzazione, visti come un primo passo verso lo smantellamento di Medicare.

L'amministrazione Bush ha appoggiato il progetto di legge sostenendo che incoraggiare la privatizzazione (in sostanza la gestione privata dei fondi assicurativi) permette di creare una concorrenza che mantiene bassi i prezzi e dà agli anziani una più ampia gamma di scelte.

Ad alimentare lo scontro sul riassetto di Medicare ha contribuito in modo determinante l'impennata dei prezzi dei medicinali negli Usa, aumentati del 14 per cento rispetto all'anno precedente, che mediamente sono più alti del 4-10 per cento rispetto al Canada e all'Europa. Questa situazione ha dato un forte impulso al movimento per la legalizzazione della cosiddetta importazione "parallela" (ovvero la possibilità per il governo di acquistare farmaci tutelati da brevetto sul mercato ove viene venduto al prezzo inferiore), uno dei punti in agenda di molti sindaci Usa che sono ben consapevoli del notevole risparmio che porterebbe alle casse cittadine l'acquisto, ad esempio in Canada, di medicinali destinati ad anziani e disoccupati. L'anno scorso quasi un milione di americani ha importato privatamente medicinali dall'estero, soprattutto dal Canada, dove il prezzo dei farmaci è soggetto, contrariamente agli Usa, a regolazione statale. Si tratta di un fenomeno ancora limitato ma che è il segnale di un processo che con il coinvolgimento delle pubbliche amministrazioni potrebbe sconvolgere il mercato farmaceutico statunitense.

Il nuovo piano per Medicare vieta sia la reimportazione di medicinali dall'estero sia la possibilità per Medicare di negoziare i prezzi. Il panorama delle reazioni è molto variegato. "Si tratta di un'operazione bella e buona per consegnare enormi quantità di denaro alle assicurazioni e alle aziende farmaceutiche" secondo Steffie Woolhandler, professore associato alla Harvard Medical School.

Thomas Scully, amministratore del Cms, i Centers for Medicare

and Medical Services, un'agenzia che amministra i piani di copertura sanitaria federali, respinge invece l'idea di una negoziazione dei prezzi con le industrie farmaceutiche perché ciò equivalebbe a un "fixing" dei prezzi. Secondo Larry Sasich, ricercatore associato presso la Public Citizen, un'organizzazione di cittadini con sede a Washington, invece, è stato proprio il comportamento del governo "che in questo caso non sta negoziando i prezzi con il privato, come fa ad esempio per il Dipartimento per la Difesa, l'amministrazione per i Veterani e il Servizio sanitario per gli Indiani" a mantenere alti i prezzi dei medicinali.

A sorpresa l'Aarp, l'ex American Association for Retired Person, ha accolto con favore il progetto di legge. Il suo presidente Jim Parkel ha sostenuto che non c'è alcuna preclusione nel provvedimento alla reimportazione e che la sua associazione "sostiene e sosterrà la reimportazione dei farmaci dal Canada". Non è tardata però la protesta dei suoi associati che hanno accusato l'associazione di aver tradito la sua missione a causa di un pesante conflitto di interessi. "Si è trasformata da organizzazione in difesa dei pensionati in compagnia assicuratrice e drugstore" incalza Maurice Hinchey, rappresentante democratico del 22° distretto di New York al Congresso, e spiega che "la nuova legge proibisce la reimportazione lasciando però spazi all'ambiguità, infatti vi si afferma che la reimportazione è proibita a meno che la Food and Drug Administration (Fda) stabilisca che i medicinali importati sono gli stessi di quelli statunitensi". Ma la Fda ha già fatto sapere che non lo farà.

Schierate a sostegno della legge le aziende farmaceutiche. "Alliance to Improve Medicare", un'alleanza di aziende farmaceutiche e assicuratrici private hanno speso 1,5 milioni di dollari in pubblicità su stampa e televisione per promuoverne l'approvazione nelle quattro settimane antecedenti al voto. Piovono le critiche su un provvedimento contenuto nella legge che incoraggerebbe, dal 2010, circa un milione di anziani in sei grandi città a rivolgersi ad assicuratrici private. A sostegno che il "grosso" dei finanziamenti andrebbe nelle casse dei privati c'è anche uno studio di Brian Riedle, pubblicato dalla Heritage Foundation, un osservatorio conservatore che promuove la libera impresa. Solo il 6-7 per cento dei 395 miliardi allocati sarebbe necessario per coprire tutti gli aumenti complessivi dei prezzi dei farmaci secondo Riedle che sottolinea come sia difficile però

segue a pag. 12

TUTELA LAVORO

Trasferimento e tutela dei lavoratori invalidi

LE POSSIBILITÀ OFFERTE DALLA LEGGE N. 104 DEL 1992

Il nostro ordinamento subordina la possibilità per l'imprenditore di trasferire il proprio dipendente da un'unità produttiva ad un'altra al ricorrere di comprovate ragioni di carattere tecnico, produttivo od organizzativo (art. 2103 c.c.), ma tace sulla specifica questione relativa all'esistenza, in capo al lavoratore, di un diritto generalizzato ad ottenere il mutamento della sede di lavoro o di scegliere quella considerata più adeguata.

Le uniche previsioni dalle quali può ricavarsi un vero e proprio diritto del lavoratore alla scelta della sede più vicina al proprio domicilio, sempre che ciò risulti possibile in relazione alle esigenze organizzative dell'impresa, sono rinvenibili nella normativa a tutela dei lavoratori portatori di handicap e dei lavoratori che abbiano la necessità di assistere con continuità un familiare disabile non ricoverato presso centri terapeutici specializzati.

La Legge Quadro 5 febbraio 1992, n.104, infatti, in deroga al dettato dell'art. 39 del Decreto Legislativo 3 febbraio 1993 n. 29 in materia di graduatorie nell'assegnazione della sede ai vincitori di concorso, riconosce ai lavoratori disabili assunti presso gli enti pubblici, con un grado di invalidità superiore ai due terzi o con minorazioni ascrivibili alle prime tre categorie della tabella A annessa alla legge 10 agosto 1950, n.648, un diritto di precedenza nell'assegnazione della sede di servizio all'atto dell'assunzione nella pubblica amministrazione.

Inoltre, la persona disabile, con rapporto di lavoro sia pubblico che, privato, in situazione di gravità, ha il diritto di scegliere, ove possibile, la sede di lavoro più vicina al proprio domicilio e non può essere trasferita in altra sede senza il proprio consenso (art. 33).

Lo stesso è previsto anche per il genitore o il familiare lavoratore, con rapporto di lavoro pubblico o privato, che assista con continuità un parente o un affine entro il terzo grado gravemente disabile (art. 33, c. 5).

I requisiti richiesti per poter esercitare quest'ultimo diritto sono i seguenti:

- la gravità della disabilità della persona da assistere;
- la continuità dell'assistenza (il testo originario dell'art. 33, comma 5, della legge n. 104/1992 prevedeva il requisito della convivenza abituale nella stessa casa del familiare disabile. Detto requisito è stato soppresso dall'art. 19 della legge 8 marzo 2000 n.53);
- la possibilità del trasferimento, cioè la vacanza del posto nell'organico dell'ufficio di destinazione oggetto di domanda, con mansioni almeno equivalenti a quelle che il lavoratore svolgeva nel luogo di provenienza e la possibilità di immediata sostituzione nell'ufficio di provenienza del dipendente trasferito.

La normativa contenuta nella legge n. 104, che si applica anche al rapporto di lavoro dei dirigenti medici, sebbene di chiara lettura, non ha trovato un'interpretazione giurisprudenziale concorde nella applicazione concreta. In particolare, i contrasti interpretativi maggiori si sono presentati proprio in riferimento all'esistenza di un diritto soggettivo al trasferimento in capo al dipendente che voglia assistere un parente invalido.

Il diritto di scelta della sede di lavoro di cui al citato art. 33, infatti, sovente viene vanificato dall'interpretazione giurisprudenziale del requisito della "continuità dell'assistenza" e dalla condizione enunciata nella locuzione "ove possibile" (art. 33, comma 5).

Con riguardo al primo requisito, il problema si è posto soprattutto per il riavvicinamento alle sedi di provenienza originaria dei dipendenti che vogliano assistere un parente invalido dopo essere stati occupati altrove, in occasione della prima destinazione di assunzione. Si pensi, ad esempio, al caso del medico di Palermo che venga assunto, a se-

guito di concorso, in un'azienda ospedaliera di Milano e che, dopo due anni, sia costretto a prestare assistenza al padre, residente in Sicilia, divenuto nel frattempo invalido. L'orientamento dominante della giurisprudenza di legittimità e della Corte Costituzionale, esclude in tal caso il riconoscimento del diritto al "riavvicinamento", venendo a mancare il requisito della continua assistenza, per via dell'assegnazione del dipendente in una sede di lavoro lontana dal luogo di residenza del parente divenuto successivamente invalido.

La finalità della norma sarebbe, infatti, secondo tale indirizzo, quella di tutelare la persona disabile, lasciando inalterata una situazione di assistenza già in atto e non anche quella che si potrebbe potenzialmente realizzare in futuro. Ciò giustificerebbe il riconoscimento al familiare assistente del solo diritto a mantenere la sede di lavoro più vicina alla residenza del disabile o di sceglierla in caso di prima assegnazione, ma non anche il diritto al "riavvicinamento".

Secondo un altro orientamento minoritario della giurisprudenza di merito, invece, tale diritto sussisterebbe, in quanto il requisito della convivenza con l'assistito viene interpretato come appartenenza allo stesso nucleo familiare (convivenza "affettiva-morale") e non come convivenza in atto al momento della domanda di trasferimento.

Anche per quel che riguarda il requisito della possibilità del trasferimento, si riscontrano due indirizzi contrastanti nella giurisprudenza Corte di Cassazione.

Il primo, più rigoroso, ritiene che l'accoglimento dell'istanza di trasferimento non possa essere disposto automaticamente in presenza della vacanza del posto cui il dipendente aspira, ma vada subordinato anche alla legittima, positiva valutazione, da parte del datore di lavoro, delle funzioni da svolgere, e delle attitudini e delle capacità professionali del singolo dipendente richiedente, il quale non può essere sottratto alla c.d. comparazione con qualsiasi altro dipendente da destinare allo svolgimento delle medesime funzioni.

Il secondo orientamento, più elastico, ritiene che il diritto in parola ha come unica limitazione alla sua realizzazione la disponibilità oggettiva del posto di lavoro, di modo che l'inciso "ove possibile" (art. 33, comma 5), deve essere inteso in senso obiettivo, senza possibilità di riconoscere spazio alle determinazioni discrezionali del datore di lavoro. Pertanto, ove esista un posto vacante, il diritto al trasferimento sussiste sempre (salvo il caso in cui il posto venga soppresso o congelato con formale e motivato provvedimento generale), restando irrilevante la mera intenzione datoriale di non coprirlo o di assegnarlo ad altri.

Tale secondo indirizzo appare il più corretto, anche alla luce della finalità della legge n. 104, che è quella di "garantire il pieno rispetto della dignità umana e dei diritti di libertà e autonomia della persona handicappata, rimuovendo le condizioni invalidanti che impediscono lo sviluppo della stessa e perseguendo il recupero funzionale e sociale della persona affetta da minorazioni fisio-psichiche, con interventi volti a superare lo stato di emarginazione e di esclusione sociale" (art. 1).

Se da un lato, infatti, non vi sono dubbi sulla libertà economico-organizzativa del datore di lavoro e quindi sulla discrezionalità nella scelta del personale da assumere (art. 41 Cost.), dall'altro lato, non è possibile neutralizzare la portata della tutela perseguita con la legge in esame, subordinando l'esercizio di un diritto costituzionalmente garantito (artt. 2, 3, 38 Cost.), al potere discrezionale dell'imprenditore.

Vincenzo Bottino
Anaao Cref
Servizio Tutela Lavoro

segue da pag. 11

Una vittoria per Bush la riforma di Medicare

prevedere quanto denaro andrà effettivamente nelle tasche degli assicuratori in quanto parte dei fondi sarà trasferito in finanziamenti per coprire gli anziani già assicurati da altri programmi. Una stima molto approssimativa si aggira su 70 miliardi di dollari sul totale a favore dei privati.

I precedenti esperimenti di Medicare con le Health Maintenance Organizations (HMOs), le organizzazioni private che forniscono "pacchetti" assistenziali prepagati*, si sono rivelati disastrosi, come evidenzia un rapporto di Public Citizen in cui, tra gli altri problemi, vengono alla luce 2,4 milioni di casi in cui i beneficiari sono stati costretti a cercare nuovi provider dopo che il loro hanno interrotto i servizi.

"Gli assicuratori privati snelliscono solo le prestazioni" dice Woodhandler della Harvard Medical School "le HMOs hanno alti profitti e forniscono meno servizi; per di più il 15-20 per cento del loro budget se ne va in costi amministrativi rispetto al 3-4 per cento di Medicare".

La legge è stata aversata dai Democratici e fortemente appoggiata da Repubblicani i quali, stando al Center for Responsive Politics, hanno ricevuto circa 20 milioni di dollari dalle aziende farmaceutiche in contributi devoluti ai politici durante la tornata elettorale del 2002.

COSA SONO LE HMOs

Il termine fu coniato nei primi anni Settanta dall'analista di politica sanitaria Paul Ellwood. Le HMOs, che rappresentano la prima forma di pianificazione di "managed care", forniscono assistenza sanitaria prepagata, su base mensile o annuale, che generalmente include nel suo "pacchetto" le visite mediche, il ricovero ospedaliero, le emergenze, gli interventi chirurgici, i checkup, gli esami di laboratorio, raggi e terapie. Trattandosi di una formula prepagata, in cui costi sono definiti in anticipo, la strategia sanitaria adottata pone molta enfasi sulla prevenzione al fine di evitare una costosa ospedalizzazione.

Una delle critiche più forti mosse nei confronti delle HMOs consiste nell'obbligo per il paziente di rivolgersi ai medici e specialisti associati all'organizzazione; anche se ve ne sono alcuni tipi, cosiddette "open-ended", che prevedono la possibilità, con un costo aggiuntivo, di scegliere anche un medico non loro associato.

I fautori delle HMOs sostengono che questa formula permette un'accesso maggiore alle cure e l'accento posto sulla prevenzione produce non solo risparmi economici ma anche e soprattutto benefici in termini di salute.

Negli ultimi anni però il rifiuto delle HMOs di includere nel "pacchetto" assistenziale varie prestazioni ha fatto crescere lo scontento (e fiorire le cause), alimentando il sospetto di un comportamento più rivolto al profitto che alla salute. Dal 1996 perciò molti Stati hanno emanato leggi che limitano il potere discrezionale delle HMOs intervenendo su decisioni che si rivelino lesive per la salute dei pazienti. Nel 1997 erano 66,8 milioni gli americani ad aver scelto questo tipo di copertura sanitaria.

GIURISPRUDENZA *sentenze e ordinanze*

Tar Lazio

Sentenza n. 12046/2003

Abbattimento tariffe: incompetenza della giunta regionale

L'abbattimento delle tariffe spetta al Consiglio Regionale. Con sentenza n. 12046 il Tar del Lazio ha accolto il ricorso di un gruppo di case di cura accreditate con il servizio sanitario nazionale, operanti nella Regione Puglia per la branca di fisioterapia e ha annullato la delibera n.1073 emanata dalla Giunta regionale, con la quale si fissavano i cosiddetti "valori soglia" per i Drg ad alto rischio di inappropriata stabilendo che tutte le prestazioni in regime di ricovero ordinario, oltre la soglia indicata, sono remunerate con l'abbattimento del 50 per cento sulla tariffa ordinaria con decorrenza dal 2002. Gli atti di natura regolamentare sono infatti di competenza del Consiglio regionale principio riaffermato anche dalla pronuncia n.313/2003 della Corte Costituzionale nella quale si "esclude l'automatica devoluzione alla Giunta della potestà regolamentare regionale".

Pertanto, secondo il Tar, la questione va rimessa al consiglio regionale che potrà eventualmente emanare un provvedimento di identico tenore, essendosi i giudici limitati ad eccepire la censura di incompetenza e non essendo, invece, entrati nel merito della delibera.

Corte Costituzionale

Sentenza N.353/2003

Le Regioni non possono istituire nuove professioni sanitarie

Le professioni sanitarie sono di competenza statale, anche alla luce del nuovo Titolo V: la Regione, pertanto, non può legiferare in tale materia istituendo nuove figure professionali, registri e profili. Con questa motivazione, la Corte Costituzionale ha dichiarato l'illegittimità costituzionale della Legge 25/2002 del Piemonte recante la "Regolamentazione delle pratiche terapeutiche e delle discipline non convenzionali". La normativa piemontese, mirava a fare ordine nel campo attualmente occupato da "agopuntura, fitoterapia, omeopatia, omotossicologia, e omologhe", prevedendo l'istituzione di un registro per le terapie alternative e la costituzione di una Commissione permanente presso l'assessorato alla sanità. Con due compiti essenziali: la definizione dei requisiti minimi per il riconoscimento degli istituti deputati alla formazione degli operatori e la verifica del possesso dei requisiti per l'iscrizione di un apposito registro regionale, dopo il superamento di una prova tecnica e pratica. Ma il riconoscimento "regionale" di professioni sanitarie non ancora riconosciute a livello statale, viola, secondo il Governo che ha impugnato il provvedimento e secondo la stessa Corte Costituzionale che ha accolto il ricorso, i limiti di competenza delle regioni. Dopo aver ripercorso la storia della disciplina delle professioni sanitarie dal regio decreto del 1934 alla legge 521 del 2000, passando per la disamina della Costituzione e della 502 del 1992, la Corte ha evidenziato come le figure da formare, i profili e gli ordinamenti siano sempre stati riservati alla competenza statale. "La materia della sanità, compresa l'individuazione delle figure professionali in essa operative - si legge nella sentenza - deve osservare, sia i vincoli derivanti dall'ordinamento comunitario, sia i principi fondamentali e le direttive unitarie stabilite dalla legge dello Stato. Pertanto il legislatore piemontese ha invaso la competenza superiore che è quella dello Stato e della Comunità europea".

Sentenza n.359/2003

Mobbing: illegittima la legge della Regione Lazio

Con sentenza n. 359/2003 la Corte Costituzionale ha dichiarato l'illegittimità costituzionale della legge della Regione Lazio, numero 16 del 2002, che prevede disposizioni per contrastare il fenomeno del mobbing nei luoghi di lavoro. La legge era stata impugnata dal Presidente del Consiglio, per violazione dell'art.117 della Costituzione, in contrasto con la riserva di competenza esclusiva dello Stato in materia di ordinamento civile e di organizzazione dell'amministrazione statale e degli enti pubblici. La Corte, pur escludendo che alle Regioni sia precluso di legiferare laddove manchi una disciplina statale contenente i principi fondamentali di una materia, ha negato che tale potere legislativo possa osservarsi in via provvisoria ed illimitatamente. Se è consentito alle Regioni intervenire con propri atti normativi o con misure di sostegno idonee a studiare il fenomeno in tutti i suoi profili per prevenirlo o limitarlo nelle sue conseguenze, non è altrettanto legittimo intervenire in ambiti di potestà normativa concorrente, dettando norme che vanno ad incidere sui principi fondamentali. Nella fattispecie, infatti, la Regione Lazio aveva fornito all'articolo 2 della legge, dichiarato illegittimo dalla Corte, un'autonoma nozione giuridica del fenomeno, definizione che costituiva il fondamento di tutte le altre singole disposizioni. Pertanto l'illegittimità della norma definitoria citata si riverbera sull'intero testo legislativo.

Consiglio di Stato

Sentenza n. 7612/2003

No alla rideterminazione del tetto di spesa se il calo delle prestazioni non è per circostanze oggettive

La possibilità di prevedere, in via derogatoria, la modifica del tetto di spesa per le strutture convenzionate va riconosciuta solo a quelle che abbiano "dimostrato l'esistenza di circostanze oggettive fortemente limitanti lo svolgimento dell'attività". Con questa motivazione il Consiglio di Stato ha bocciato il ricorso di un centro di fisioterapia contro l'Asl che, nel procedere alla rideterminazione del tetto di spesa per l'anno 2000, aveva deliberato di prendere quale parametro di riferimento i dati relativi al consumo di prestazioni dell'anno 1998. Successivamente aveva predisposto lo schema di contratto per ciascuna struttura accreditata, compresa la ricorrente. Poiché nella delibera la Asl si era riservata il potere di attribuire "un valore medio di budget ai professionisti/strutture che nel corso del periodo di rilevazione avessero registrato sospensioni o limitazioni d'attività per circostanze oggettive, il Centro appellante aveva presentato una istanza con la quale si evidenziava la necessità di un sostanziale incremento del limite di spesa, non potendosi l'anno 1998 considerare parametro attendibile, in quanto in detto anno era stato costretto ad una rilevante limitazione dell'attività per incertezze gestionali conseguenti al mancato rilascio da parte dell'Asl dell'atto di autorizzazione alla ripresa del rapporto convenzionale. Ma la Asl di Lecce, respingendo l'istanza, aveva dimostrato che il centro aveva in ogni caso ripreso l'attività, fornendo prestazioni regolarmente compensate, per cui non sussistevano i presupposti per riesaminare il tetto di spesa nel 2000. Di qui il nuovo ricorso al Tar e al Consiglio di Stato che sulla scia della decisione del Tar ribadisce come la struttura avrebbe dovuto subire delle limitazioni di carattere oggettivo e non soggettive "come quelle accampate dall'appellante, cioè il timore di non poter ottenere il rimborso delle prestazioni effettuate".

FISCO & PREVIDENZA

Pensioni d'anzianità non solo in Italia

È stato presentato come un "vizio" solamente italiano, ma la verità è che è presente in tutta Europa. Si tratta della tanto vituperata pensione d'anzianità, cioè di quei trattamenti previdenziali conseguibili prima del raggiungimento del massimo dell'età per restare in servizio. Non contenti di aver portato i requisiti minimi per ottenere questo pensionamento anticipato a 35 anni di contribuzione e 57 anni d'età anagrafica, il prossimo disegno di legge di modifica previdenziale intende, dal 2008, eliminare completamente questo tipo di trattamento: resteranno solamente le pensioni di vecchiaia, conseguibili con almeno 40 anni di contribuzione ovvero 65 anni d'età.

Belgio: È possibile andare in pensione a 60 anni facendo valere 32 anni di contribuzione (35 dal 2005). L'importo della pensione è ridotto del 5% per ogni anno mancante a 65 per gli uomini, a 62 per le donne (65 dal 2009).

Danimarca: Non sono previste forme di pensionamento anticipato prima dei 65 anni d'età.

Germania: Fino al 2011 si potrà andare in pensione anticipata di 2 anni rispetto ai 65 previsti per la vecchiaia, con 35 anni di contribuzione. Il limite di 65 anni è abbassato a 62 anni dal 2012. E' prevista una riduzione dello 0,3% per ogni mese mancante al limite di vecchiaia.

Grecia: Si può andare in pensione prima dei 65 anni: almeno 58 per gli uomini e 55 per le donne, e con 37 anni di contribuzione.

Spagna: I lavoratori possono andare in pensione anticipata con almeno 60 anni d'età. E' prevista una riduzione dell'8% per ogni anno mancante a 65.

Francia: La riforma del 2003 consente il pensionamento anticipato solamente ai lavoratori cosiddetti precoci: inizio lavoro dai 14 ai 17 anni.

Lussemburgo: A 57 anni con 480 mesi di contribuzione effettiva.

Paesi Bassi: Nessun anticipo per i dipendenti pubblici. Eccezioni per i dipendenti privati.

Austria: Dal 2004 occorrono almeno 450 settimane di contribuzione, ovvero 420 settimane con almeno 61 per gli uomini e 56 per le donne. Per ogni anno mancante a 65 (donna 60) è fissato un taglio del 4,2% sino ad un massimo del 15 per cento.

Portogallo: A 55 anni con almeno 30 anni di contribuzione con penalizzazione del 4,5% per ogni anno mancante a 65 anni d'età.

Finlandia: A 60 anni con una riduzione dell'0,4% (0,6% dal 2005) per ogni mese mancante rispetto all'età di 65 anni.

Svezia: L'età del pensionamento è flessibile dal 61° anno d'età, con correzioni attuariali.

Regno Unito: Non opera alcuna anticipazione rispetto alla vecchiaia (65 anni uomini, 60 anni donne). Sono fatti salvi alcuni schemi privati.

Claudio Testuzza

SANITÀ PRIVATA

Accreditamento e parità: l'adeguamento deve essere continuo

La possibilità che il cittadino si rivolga al Servizio Sanitario Nazionale scegliendone la struttura, pubblica o privata accreditata, dove ottenere una prestazione diagnostica o terapeutica è senza alcun dubbio un fatto acquisito. Grazie anche al superamento del vecchio istituto del "convenzionamento" e alla sua sostituzione con l'introduzione dell'accREDITAMENTO. Un po' meno noto - se mai - è il fatto che nell'intenzione del legislatore il possesso dei requisiti ai fini dell'accREDITAMENTO doveva rappresentare una situazione dinamica e quindi suscettibile di modifiche, verifiche e controlli nonchè di ulteriori requisiti definiti in ambito regionale (fin qui definiti da poche Regioni). Ciò che avrebbe contribuito a determinare una realtà in continua evoluzione, senza la negativa certezza di un accREDITAMENTO perenne. I "requisiti" del DPR 14 gennaio 1997 hanno dunque costituito una vera e propria rivoluzione positiva. Ma il rischio, oggi, è che, in assenza di un adeguamento continuo sia alle nuove conoscenze tecniche e scientifiche, ma anche organizzative, di confort e soprattutto alle esigenze irrinunciabili di appropriatezza delle prestazioni, si arrivi alla obsolescenza del sistema. Tali rischi sono ovviamente presenti sia nel pubblico che nel privato, ma a carico di quest'ultimo possiamo dire che vi sia qualche preoccupazione aggiuntiva, dato che la "parità" non può dirsi proprio a regime. E a riguardo vi sono in questo primo mese dell'anno due notizie degne di estrema attenzione, ma che purtroppo non hanno fin qui ottenuto il pur meritevole risalto. La prima è contenuta nel "disegno di legge recante principi fondamentali in materia di Servizio Sanitario Nazionale" proposto dal Ministro della Salute ed approvato dal Consiglio dei Ministri il 19 dicembre 2003. La seconda riguarda una presa di posizione politica ad opera di un partito della

maggioranza di governo in Regione Lombardia. Ma andiamo con ordine. Il ddl Sirchia, che peraltro ha già suscitato più di una perplessità riguardo agli aspetti più noti, all'articolo 1 comma "f" (vedi testo a pag. 2) prevede che le strutture sanitarie private accreditate procedano nella selezione per l'assunzione dei medici valutando requisiti ed esperienze professionali in modo analogo alle strutture pubbliche. Ed inoltre che tengano conto dei crediti derivanti dalla "formazione continua", maturati nel triennio precedente alla data della selezione. Dopo l'accREDITAMENTO legato al possesso dei requisiti per strutture ed organizzazione, si completa pertanto l'istituto con l'introduzione dei requisiti del personale sanitario medico, in analogia a quanto avviene nel sistema pubblico. È colmata così l'attuale lacuna che non prevede uniformità nella valutazione dell'esperienza professionale e del curriculum dei Medici, con la possibilità che il Ssn eroghi la medesima prestazione specialistica, nel pubblico e nel privato accreditato, ad opera di professionisti in possesso di requisiti differenti. E questa novità, se definitivamente approvata, potrà finalmente aprire le porte ad una omogenea valutazione dello stato di servizio del medico specialista, oggi ingiustamente penalizzato negli anni trascorsi nel privato, anche se accreditato. In altre parole una reale parità tra i Medici del pubblico e del privato accreditato, fin qui non prevista spesso per formalismi normativi. La seconda notizia è rappresentata dalla richiesta di introduzione di una "continua" verifica degli standard tecnici e di qualità per l'accREDITAMENTO delle strutture private accreditate, in presenza di una spesa sanitaria che

continua a salire per l'aumento delle prestazioni. È la presa di posizione (datata 15/1/2004) dei Consiglieri Regionali lombardi della Lega Nord che chiedono inoltre precisi controlli sulla appropriatezza delle prestazioni del privato accreditato che copre ormai un terzo delle prestazioni sanitarie della Regione. Al di là della discriminatoria richiesta limitata al controllo delle sanità privata (il pubblico non è del tutto esente da carenze ed omissioni) è comunque da sottolineare la indifferibile richiesta di introdurre quella "continua" verifica di quanti (soggetti pubblici e privati) lavorano per conto del Ssn. Richiesta da portare improrogabilmente a livello nazionale e che viene ad affiancarsi alla positiva proposta del Ministro della Salute. In entrambi i casi un'ulteriore adeguamento della parità di regole. E a proposito di parità di regole un'ultima considerazione va fatta sulla perdurante scarsa attenzione, nell'ambito della sanità privata accreditata, a quegli organismi di governo e controllo clinico previsti dalle leggi sanitarie: il "comitato di controllo infezioni" previsti dai decreti Donat Cattin del 1988, il "Consiglio dei Sanitari", reiterato anche dalla recente legge di riforma sanitaria ed il "Collegio di Direzione" previsto a fianco della Direzione Generale. Si tratta di organismi generalmente presenti in tutta la normativa europea ed americana con funzioni di consulenza tecnica e di vero e proprio governo clinico, nel tentativo di dare continuità al supporto, alla supervisione e al coinvolgimento nelle responsabilità decisionali dei medici, principali attori nelle prestazioni sanitarie erogate dalle organizzazioni pubbliche e private. Sempre nell'ottica di una parità invocata, ma non sempre praticata.

Fabio Florianello

MEDICI IN PENSIONE

Buonuscita verificabile entro un anno

L'indennità di buonuscita, che, per i medici dipendenti dal servizio sanitario, prende il nome di indennità premio di servizio (Ips), ove fosse stata liquidata erroneamente, non può essere revocata, modificata o rettificata, qualora sia trascorso il termine di un anno dalla data di assunzione del provvedimento, anche se la comunicazione del provvedimento stesso sia pervenuta all'interessato dopo il termine annuale.

Il principio è stato stabilito dai giudici del Tar dell'Abruzzo, sezione di Pescara, con la sentenza n. 1077/2002. Il trattamento di fine servizio liquidato ad un dipendente pubblico, non può essere revocato, modificato o rettificato d'ufficio dall'Istituto di previdenza se è trascorso un anno dall'adozione del provvedimento, e se nel liquidare il trattamento, l'Ente sia incorso in un errore di fatto, o abbia ommesso di tener conto di elementi risultanti dagli atti, ovvero vi sia stato un errore nel computo dei servizi o nel calcolo del contributo di riscatto, (vedi informativa Inpdap n. 2 del 14 febbraio 2003).

Il termine perentorio è favorevole agli interessati quando il provvedimento di liquidazione è vantaggioso agli stessi, e gioca a sfavore quando, invece, si attiva nel caso opposto. L'esercizio del cosiddetto "ius corrigendi", da parte dell'ente, dovrà essere esercitato entro il termine sancito dall'articolo 30 del Dpr n. 1032 del 29 dicembre 1973: un anno, trattandosi di termine perentorio. Questo articolo prevede, infatti, che i provvedimenti di concessione della buonuscita possono essere revocati, modificati o

rettificati d'ufficio quando: vi sia un errore di fatto o si sia ommesso di considerare elementi risultanti dagli atti; vi sia stato errore nel computo dei servizi o nel calcolo del contributo di riscatto o dell'indennità di buonuscita o dell'assegno vitalizio; siano stati rinvenuti documenti nuovi dopo l'emissione del provvedimento; il provvedimento sia stato emesso in base a documenti riconosciuti o dichiarati falsi. In quest'ultimo caso la revoca, la modifica o la rettifica potrà essere disposta entro 60 giorni dal rinvenimento della nuova documentazione o dalla notizia riconosciuta o dichiarata falsità. Ricordiamo che il diritto alla buonuscita si matura alla cessazione dal servizio dopo almeno un anno di iscrizione, anche non continuativa, al fondo di previdenza:

Enpas per gli statali, Inadel per i dipendenti degli enti locali e sanità. Si tratta di una prestazione economico-previdenziale, che viene corrisposta d'ufficio sulla base dell'anzianità di servizio trasmessa all'Inpdap dall'amministrazione di appartenenza dell'iscritto. Peraltro va considerato che la legge n. 662/96 ha previsto che al personale che effettui passaggi di qualifica, di

carriera o di amministrazione senza soluzione di continuità e che dopo tali passaggi continui ad essere iscritto al Fondo, viene liquidata, solamente all'atto della cessazione definitiva dal servizio, un'unica indennità di buonuscita, commisurata al periodo complessivo di servizio prestato. Questo significa che il trattamento di fine servizio è previsto solamente nel caso vi sia un'effettiva interruzione (anche di un solo giorno) del rapporto d'impiego. Anche nei casi di mobilità, di trasferimento, di comando o di distacco non si procederà alla liquidazione della buonuscita, in quanto, in questi casi, non sussiste una risoluzione del rapporto d'impiego.

Il termine di un anno imposto all'Inpdap per eventuali rettifiche non si estende al dipendente che ritenga di essere stato danneggiato nel calcolo dell'indennità. Il termine del diritto ad avere la indennità di buonuscita effettivamente spettante, si prescrive nel termine di cinque anni. Questo termine potrà, comunque, essere interrotto a seguito di atto formale di costituzione in mora ovvero a seguito di ricorso.

Claudio Testuzza

A CHI SPETTA L'INDENNITÀ DI FINE SERVIZIO

Dipendenti degli enti locali e sanità che cessano dal servizio ovvero ai loro superstiti.*; possesso di un anno, anche non continuativo, di iscrizione all'ente e cessazione dal servizio; l'importo viene calcolato sulla base dell'ultimo stipendio annuo: 1/15 dell'80%; l'indennità viene pagata, entro tre mesi per cessazione del rapporto di lavoro per vecchiaia/inabilità; negli altri casi il termine dei tre mesi decorre dopo sei mesi dalla cessazione dal servizio.

* N.B. Per gli assunti dal 2001 è previsto il Trattamento di fine rapporto (TFR)

FONDAZIONE "PIETRO PACI" ONLUS SCUOLA DI FORMAZIONE "CARLO URBANI"

I° Corso di Formazione Medici per la Cooperazione Internazionale

Presentazione

Il I° Corso di Formazione Medici per la Cooperazione Internazionale della Scuola "Carlo Urbani" organizzato dalla Fondazione Pietro Paci e dall'Anaa Assomed si propone di offrire, ai sanitari che intendano prestare la loro opera di soccorso alle popolazioni in "situazioni di crisi", una formazione di "base" in merito all'organizzazione del lavoro delle equipe sanitarie impegnate nel settore della cooperazione e solidarietà internazionale.

Gli obiettivi del Corso sono:

- Educare e migliorare le capacità didattiche individuali con l'obiettivo specifico di produrre manuali di educazione sanitaria costruiti in cooperazione con le equipe sanitarie "locali".
- Dare una formazione specifica sulla programmazione degli interventi ovvero sulla loro durata e sulle procedure necessarie a produrre un meccanismo di automantenimento dell'intervento.
- Costruire un metodo di lavoro che fornisca la "possibile igiene" in aree a carenza idrica, e come ottenere le quote necessarie di acqua in tali aree.
- Istruire i discenti in merito all'Epidemiologia dei territori ed alla prevalenza delle malattie infettive ed all'organizzazione di un sistema di prevenzione con campagne di vaccinazione.
- Informare e costruire la dovuta attenzione per cultura generale sulle religioni e sulle peculiarità presenti in società e comunità con sfera politica non laica.
- Ricostruire il percorso della "diagnostica compatibile e sostenibile", restituendo il valore ed il significato alla semeiotica fisica.
- Reindirizzare i concetti di specializzazione e competenza professionale verso una figura del medico con attribuzioni meno specialistiche e con minore separazione tra aspetti chirurgici e medici.
- Indurre una sufficiente preparazione storica ed un metodo nell'approccio alle culture ed alle realtà "locali" che tenga conto di una analisi multidisciplinare (politica, religiosa, filosofica, ed economica) al senso della nascita, della malattia e della morte in realtà assolutamente diverse dal mondo occidentale.

Organizzazione del Corso e calendario delle lezioni

Il Corso è articolato in 8 moduli formativi di due giornate (venerdì 15.00-19.00 e sabato 9.00-13.00; 14.00-18.00), per un totale di 96 ore di lezione svolte nell'arco di quattro mesi, da marzo a giugno. Ogni modulo è coordinato da un esperto del settore. Mediante apposite griglie di valutazione relative alla formazione ricevuta durante ciascun modulo, verranno effettuate verifiche intermedie sulla efficacia del corso e sul livello di apprendimento dei discenti. Mentre alla fine del corso, previa verifica della assiduità della frequenza ed il superamento della prova finale, verrà rilasciato

l'attestato contenente i crediti formativi.

MODULO 1

Venerdì 19 marzo 2004 (15.00-19.00)
Sabato 20 marzo 2004 (9.00-13.00; 14.00- 18.00)

Contenuti

Programmazione ed organizzazione degli interventi 4 ore
Valutazione dei territori interessati dal progetto di cooperazione 2 ore
Analisi del budget (costi permanenti e costi transitori) 2 ore
Formazione del personale locale ed esterno 2 ore
Radicazione sul territorio ed utilizzazione del piccolo prestito 2 ore

MODULO 2

Venerdì 2 aprile 2004 (15.00-19.00)
Sabato 3 aprile 2004 (9.00-13.00; 14.00- 18.00)

Contenuti

Epidemiologia dei territori 4 ore
Analisi dei data-base e problematiche connesse alla raccolta dei dati 2 ore
Relazione con il sistema sanitario locale 2 ore
Malattie in relazione al clima ed alla disponibilità d'acqua 4 ore

MODULO 3

venerdì 16 aprile 2004 (15.00-19.00)
sabato 17 aprile 2004 (9.00-13.00; 14.00- 18.00)

Contenuti

Primary Health Care 3 ore
Malattie infettive, inquadramento generale 3 ore
Campagne di vaccinazione 3 ore
Malaria, realtà e territori 3 ore

MODULO 4

Venerdì 7 maggio 2004 (15.00-19.00)
Sabato 8 maggio 2004 (9.00-13.00; 14.00- 18.00)

Contenuti

AIDS diffusione, prevenzione e spazi terapeutici nei paesi in via di sviluppo 4 ore
Infestazioni e malattie trasmesse con l'acqua da bere 4 ore
Igiene delle comunità, introduzione generale 4 ore

MODULO 5

Venerdì 21 maggio 2004 (15.00-19.00)
Sabato 22 maggio 2004 (9.00-13.00; 14.00- 18.00)

Contenuti

Igiene della nascita 2 ore
Igiene e conservazione degli alimenti 2 ore
Igiene dell'acqua 2 ore
Igiene sanitaria sui territori 2 ore
Triage dell'emergenza sanitaria 4 ore

MODULO 6

Venerdì 28 maggio 2004 (15.00-19.00)
Sabato 29 maggio 2004 (9.00-13.00; 14.00- 18.00)

Contenuti

Terapia invasiva = chirurgia 4 ore

Urgenze mediche 4 ore
I farmaci essenziali 4 ore

MODULO 7

Venerdì 11 giugno 2004 (15.00-19.00)
Sabato 12 giugno 2004 (9.00-13.00; 14.00- 18.00)

Contenuti

Diagnostica povera e ruolo della semeiotica fisica 5 ore
Quali protesi 3 ore
Formazione del personale locale e costruzione manuali su tecniche e metodiche compatibili 4 ore

MODULO 8

Venerdì 25 giugno 2004 (15.00-19.00)
Sabato 26 giugno 2004 (9.00-13.00; 14.00- 18.00)

Contenuti

Cultura, costumi e religione della nascita 4 ore
Cultura della malattia 4 ore
Cultura, religione e filosofia della morte 4 ore

INFORMAZIONI GENERALI

La quota di iscrizione al corso è di euro 200,00. Il corso è gratuito per gli iscritti all'Anaa-Assomed. Per iscriversi è necessario compilare l'allegato modulo e restituirlo via fax al numero 010.312151 oppure spedirlo all'indirizzo: Fondazione Pietro Paci onlus - Via Foglienzi, 6 - int. 7 - 16146 Genova

Sede del Corso

Le lezioni si svolgono presso la Sede della Fondazione "Pietro Paci" Viale S. Lavagnini 14 - 50129 Firenze

Direttore del Corso

Paolo Quondam
Esperto problematiche pediatriche e d'area Caucasicca

Docenti

- Zeno Bisolfi** - Malattie tropicali, Ospedale di Negrar (VR)
- Franco Bonanni** - Esperto problematiche Albania, America Latina e Centroamerica
- Luigi Cafiero** - Direttore ufficio UNOPS Tirana
- Luciano Carrino** - Ministero degli Affari Esteri DGLS Roma
- Giorgio Cortassa** - Esperto in medicina d'urgenza e delle problematiche della Cina
- Gianluca Falcitelli** - Ong CISP Roma
- Silvio Galvagno** - Divisione di Ortopedia, Ospedale di Savigliano
- Giuseppe Giagnorio** - Direttore Medicina d'Urgenza, Ospedale di Gorizia
- Alessandro Loretti** - Igiene della comunità
- Gavino Ma ciocco** - Istituto d'igiene dell'Università di Firenze
- Ambrogio Vanenti** - Direttore WHO Office, Gerusalemme
- Giuseppe Meo** - Ong CCM Torino
- Fausto Orecchio** - Parassitologia, Policlinico Gemelli Roma
- Gabriella Pagano** - Malattie Infettive A.O. S. Martino Genova
- Giuseppe Razza** - Responsabile progetti regione Balcanica MAE
- Angelo Stefanini** - Istituto di Igiene Università di Bologna
- Giorgio Tamburini** - Ufficio Cooperazione Burlo Garofalo Trieste
- Giuseppe Tommasini** - Esperto problematiche Africa orientale
- Cees Wittebrod** - Direttore ECHO 2
- Segreteria Organizzativa** Egidio Di Pedè - Fondazione "Pietro Paci" Via Foglienzi, 6 - int. 7 - 16146 Genova Tel e fax 010.312151 fondazionepietropaci@libero.it

SCHEDA DI ISCRIZIONE

I° CORSO DI FORMAZIONE MEDICI PER LA COOPERAZIONE INTERNAZIONALE
Firenze, marzo/giugno 2004

La compilazione della seguente Scheda contenente i dati anagrafici È OBBLIGATORIA ai fini dell'assegnazione dei crediti ECM.

Nome	Cognome
Luogo e data di nascita	
Indirizzo Abitazione	
CAP	Città
Telefono	Fax
E-mail	Cellulare
Professione	
Disciplina	
Codice Fiscale (leggibile)	
Istituto / Ente di appartenenza	
Indirizzo (ente)	
Dichiaro di accettare tutte le condizioni sopra esposte. Ai sensi della Legge 675/1996 autorizzo gli organizzatori ad utilizzare i miei dati personali per gli scopi connessi al Corso.	
Isritto ANAAO ASSOMED	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
Numero Iscrizione.....	
Data	Firma
Compilare la scheda ed inviarla al fax n. 010.312151	

Sciopero nazionale 9 febbraio 2004

PERCHÉ ORA BASTA!

**I dirigenti medici, veterinari, sanitari,
professionali, tecnico e amministrativi del Ssn**

DICONO

NO

SI

- al progressivo impoverimento del SSN
- a 21 servizi sanitari regionali diversi
- alla "schedatura" da parte del ministero dell'Economia di ogni atto medico
- a una riforma delle pensioni che peggiori le attuali condizioni di tutta la categoria dei dirigenti
- a questo atto di indirizzo delle Regioni per il rinnovo contrattuale che penalizza le condizioni di lavoro e minaccia i livelli economici
- al blocco indiscriminato delle assunzioni e ai contratti atipici
- al mancato finanziamento per il rinnovo contrattuale dei dirigenti
- alla esternalizzazione dei servizi sanitari
- a maggiori risorse per garantire uniformità di accesso ed equità delle prestazioni per tutti i cittadini
- al rilancio del Servizio sanitario nazionale che non è una spesa, ma un vantaggioso investimento
- alla riqualificazione del sistema formativo e al contratto di lavoro subordinato per gli specializzandi e alla applicazione del Dlgs 368/99
- alla conclusione definitiva delle code contrattuali per il recupero economico del potere di acquisto
- ad un finanziamento adeguato per il rinnovo contrattuale della dirigenza
- ad un nuovo atto di indirizzo che permetta un rinnovo contrattuale adeguato alle esigenze del sistema e degli operatori
- alla rapida apertura delle trattative per il rinnovo del contratto
- ad una nuova organizzazione del lavoro che riduca il disagio medico: guardia, pronta disponibilità, copertura assicurativa ecc.
- alla riduzione dello strapotere del Direttore Generale ed ad una maggiore autonomia e responsabilità dei dirigenti.

ANAAO ASSOMED - AMSCE - ANPO - AUI - CIDA-SIDIRSS - CIMO-ASMD (CONFEDIR SANITA' [SICUS- SIDAS]- SNAMI Ospedalieri - UNIONE MEDICA) - CISAL Medici - CISL FPS - CIVEMP (SIVEMP-SIMET) - FEDERAZIONE CISL Medici-COSIME (DIRSAN MEDICI-CISAS MEDICI-SAPMI-USPI) - FEDERAZIONE Medici aderente UIL FPL (UIL-FPL MEDICI-AMCO - COAS - CUMI - AISS - FAPAS - FIALS - FNAM - Nuova ASCOTI-SAPMI-UMI-UMUS) - FEDERSPECIALIZZANDI (AMSUR-AMSPES-MEDSPI-SPECMI-SPEM) - FESMED (ACOI-ANMCO-AOGOI-SUMI-SEDI-FEMEP-ANMDO) - FP CGIL - FP CGIL Medici - SINAFO - SNABI SDS - UGL Medici - UIL FPL DIRIGENZA STAP - UMSPED (AAROI-AIPAC-SNR)

DIRIGENZA MEDICA

Il mensile dell'Anaa Assomed

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

direttore
Serafino Zucchelli
direttore responsabile
Silvia Procaccini

comitato di redazione:
**Alberto Andron, Piero Ciccarelli,
Antonio Delvino, Mario Lavecchia**
Hanno collaborato:
Arianna Alberti,

**Vincenzo Bottino, Paola Carnevale
Fabio Florianello, Stefano Simoni,
Claudio Testuzza**

Coordinamento editoriale:
Cesare Fassari
Progetto grafico e impaginazione:
Giordano Anzellotti (art director), **Daniele Lucia**
Abbonamento annuo € 20,66
Prezzo singola copia € 2,50

Editore
Italpromo Esis Publishing
Via del Commercio 36, 00154 Roma
Telefono 065729981 - fax 065729982/2

Registrazione al Tribunale di Milano n.182/2002 del 25.3.2002
Diritto alla riservatezza: "Dirigenza Medica"
garantisce la massima riservatezza dei dati forniti
dagli abbonati nel rispetto della legge 675/96
Stampa: Tecnostampa sri - via Le Brezze 60025 Loreto (An)
Finito di stampare nel mese di gennaio 2004