

DIRIGENZA MEDICA

Il mensile dell'Anaa Assomed

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

Editoriale

FACCIAMO IL PUNTO

di **Serafino Zucchelli**

La fine dell'anno e la imminente fine della legislatura invitano a fare qualche bilancio, ovviamente sui temi che ci toccano da vicino: il nostro contratto, le leggi in materia di sanità, i rapporti tra Ssn e Università e, infine, il non facile rapporto tra medici e politica.

Il 3 novembre 2005 è stato firmato definitivamente il Ccnl relativo al quadriennio normativo 2002-2005 ed al biennio economico 2002-2003. Dal 4 novembre è immediatamente applicabile e comincia quindi il suo itinerario per l'applicazione a livello regionale e aziendale.

Per prima cosa dovremo pretendere subito gli aumenti previsti e almeno l'inizio della corresponsione degli arretrati. Non sarà facile vista la situazione di cassa di Regioni e Aziende, ma non possiamo tollerare ritardi.

Come avete potuto vedere anche quest'ultimo e apparentemente dovuto passaggio, cioè la firma definitiva, non è avvenuta in modo facile ed è stato purtroppo necessario mostrare i muscoli dando vita ad una vertenza sindacale con tanto di minacce di manifestazioni e scioperi, ma siamo riusciti con molto impegno a fare rispettare il calendario di scadenze che ci eravamo prefissi nei primi giorni di settembre.

Rimane ora l'ultimo tratto di strada: riuscire a firmare il biennio 2004-2005 entro la fine dell'anno. Se questo avverrà, ma non accadrà per caso, ma solo se sapremo esprimere una forte e decisa volontà, avremo completato, seppure con grave ritardo, il rinnovo del contratto di lavoro. Nel secondo biennio dovremo cercare di concretizzare gli obiettivi ancora incompleti o mancanti che ci eravamo prefissi fin dall'inizio della vertenza:

1) un tabellare sostanzialmente simile a quello degli altri dirigenti della Pubblica Amministrazione (nel II biennio si tratta di applicare alle cifre già ottenute gli adeguamenti inflattivi);
2) un riconoscimento economico per chi svolge attività disagiate: guardia notturna in orario di lavoro, pronta disponibilità, straordinari;
3) definizione di un percorso aperto di sviluppo professionale economicamente riconosciuto, non automatico ed indipendente dagli incarichi gestionali, ma con essi integrato.

Sono obiettivi molto ambiziosi e difficili da raggiungere. Abbiamo la fondata speranza di riuscirci se manterremo, come è accaduto fino ad ora, una sostanziale unità dei sindacati medici al tavolo di trattativa. Non deve però accadere

segue a pag. 16

È in vigore il nuovo Ccnl per il I biennio SODDISFANO I CONTENUTI, ANCHE SE IL METODO È MORTIFICANTE

"Dopo 46 mesi dalla sua scadenza naturale e dopo quasi un anno di faticosa trattativa, il 3 novembre finalmente abbiamo sottoscritto, in via definitiva, il contratto di lavoro della dirigenza medica e veterinaria relativo al quadriennio normativo 2002-2005 e al I biennio economico 2002-2003. Ma alla soddisfazione per i contenuti dell'accordo, non corrisponde quella nei confronti del metodo dilatorio a dir poco mortificante per i professionisti della sanità, in virtù del quale l'entrata in vigore del contratto coincide addirittura con la sua scadenza".

Questo il commento del segretario nazionale dell'Anaa Assomed, Serafino Zucchelli dopo aver siglato la prima parte del contratto di lavoro che - ha detto - "ha impegnato l'Associazione nel difficile compito di portare la trattativa con le Regioni e l'Aran sui contenuti normativi ed economici che riflettono le legittime attese della categoria, riuscendo ad aprire una fase nuova tra aziende sanitarie e dirigenza medica".

"Con tenacia e responsabilità abbiamo contrastato con questo contratto ogni tentativo di ridurre il confronto sindacale ad un insieme di nuove regole tese a conseguire un vecchio obiettivo e cioè la massima produttività dei servizi, attraverso il massimo utilizzo della forza lavoro professionale, a parità di costi senza preoccuparsi della loro qualità, efficacia, appropriatezza e sicurezza. Ecco perché, mentre abbiamo rifiutato proposte di incremento dell'orario di lavoro a parità di retribuzione, nello stesso tempo ci siamo resi disponibili a dedicare una quota dell'orario riservato all'aggiornamento (26 ore/anno) prioritariamente per contribuire alla riduzione delle liste d'attesa, in coerenza con il trasferimento nel nuovo tabellare unico della dirigenza pubblica di una quota di retribuzione di risultato. Tale disponibilità, naturalmente nel rispetto della volontà individuale, è stata estesa anche oltre l'orario di lavoro dovuto di 34 + 4 ore settimanali, attraverso una pattuizione delle modalità di accesso e di remunerazione (60 euro/ora lorde) a prestazioni assistenziali rese in libera professione aziendale.

Con le stesse finalità abbiamo costantemente riproposto sul tavolo contrattuale tutte

segue a pag. 14

Aziende sanitarie integrate: l'Anaa apre il dibattito

A partire da questo numero avviamo una serie di approfondimenti sullo stato delle Aziende sanitarie integrate nelle diverse Regioni italiane, tema sul quale verte anche il Convegno organizzato dall'Anaa Assomed a Roma il 12 dicembre. La situazione complessa in cui si trovano le strutture che rispondono contemporaneamente al Ssn e all'Università è infatti elemento che il sindacato vuole mettere al centro della riflessione, a partire dall'esame delle differenti soluzioni organizzative messe in campo in ciascuna Regione.

Le aziende sanitarie integrate
Attualità e prospettive

alle pagine 10-12

PRIMO PIANO

Contratto: il testo con le proposte per il II biennio economico del Ccnl 2002-2005 messo a punto dai sindacati medici e le tabelle con le stime degli arretrati relativi al I biennio

A PAGINA 3

PRIMO PIANO

Devolution: il Senato ha dato il via libera definitivo al Disegno di legge di riforma costituzionale che modifica radicalmente l'architettura dello Stato. Ora la parola passa ai cittadini che attraverso il referendum dovranno decidere se confermare o meno la riforma

ALLE PAGINE 8-11

SPECIALE REGIONI

Su questo numero il focus di approfondimento è dedicato alla Puglia e alla Provincia Autonoma di Trento. Interviste ai responsabili regionali Anaa Assomed, Salvatore Della Tommasa e Romano Nardelli e all'assessore alla sanità della P.A. Trento Remo Andreoli

ALLE PAGINE 6-7

LE INNOVAZIONI IN TERMINI DI ASSETTI GESTIONALI E ORGANIZZATIVI PREVISTE DAL NUOVO CONTRATTO

Nel II biennio una "road map" per valorizzare le attività disagiate e lo Sviluppo Continuo Professionale

di Amedeo Bianco

Una certa pubblicistica puntualmente rappresenta il rinnovo dei contratti del pubblico impiego, tra questi la sanità, la scuola, gli enti locali, come una specie di calamità naturale che devasta i conti pubblici ed appesantisce l'economia nazionale di "oneri impropri". Un tornado che fa volare gli stracci, che da una parte esalta le miopie contabili e le cosmesi di bilancio e dall'altra umilia strategie di miglioramento degli operatori e dei servizi. Questa visione riduce la contrattazione ad una rincorsa, incompleta e tardiva, delle retribuzioni dei tassi d'inflazione, destinando poco o nulla alle innovazioni ed alla crescita degli operatori e delle organizzazioni.

In realtà, così come avviene nel settore privato, la contrattazione va interpretata come uno strumento di "buon governo" del lavoro e quindi della "buona quantità e qualità" dei suoi prodotti; nel caso della sanità e della scuola la tutela di beni costituzionalmente sanciti.

Il III Ccnl della dirigenza del Ssn non sfugge a queste logiche e anzi, considerati ritardi e reticenze, sembra portarle al paradosso visto che (se va bene) sarà praticamente applicato quando già formalmente scaduto. Nonostante queste premesse poco confortanti, le Ooss della Dirigenza del Ssn non si sono rassegnate a tale deriva e nel secondo biennio, ancora aperto, sono unite nell'obiettivo di tracciare una "road map" che porti a soluzioni condivise su due questioni di straordinaria rilevanza non solo per i legittimi interessi della categoria, ma anche per gli assetti gestionali ed organizzativi delle aziende sanitarie:

1) il riconoscimento economico e la definizione normativa del lavoro disagiato svolto prevalentemente nell'ambito della continuità assistenziale (guardie, reperibilità, straordinari, altre attività usuranti);

2) l'introduzione di un percorso di sviluppo professionale ed economico che concorra al miglioramento continuo della qualità dei professionisti e dei servizi resi. Sul primo punto alcuni dati sono impressionanti e di per sé eloquenti: si stima infatti che ogni notte negli ospedali pubblici sono in guardia attiva circa 5.000 medici e altri 18.000 sono in "pronta disponibilità" su chiamata; molte di queste attività sono svolte oltre l'orario di lavoro e spesso non retribuite né compensate con recuperi orari. Il riconoscimento di un "prezzo" significativo per tale fatica che superi con lo slancio del possibile l'attuale indecorosa indennità (2,74 euro/ora lorde) intende corrispondere ad un bisogno legittimo e largamente sentito dai professionisti coinvolti e nello stesso tempo sollecitare le Regioni e le aziende sanitarie verso l'obiettivo di una organizzazione più efficiente e sicura della continuità assistenziale e dell'urgenza emergenza ospedaliera con le relative integrazioni territoriali. Una strada è stata faticosamente aperta nell'intesa normativa ed economica del I biennio attraverso la possibilità di svolgere quella parte di guardie notturne non comprensibili nell'orario di lavoro in libera professione aziendale a tariffa concordata di 480 euro, con l'impegno al superamento della pronta disponibilità sostitutiva, con la previsione di un confronto regionale sulle tipologie di attività che richiedono la guardia attiva etc.

Nel secondo biennio vanno perfezionate le intese e soprattutto rispettata la volontà e l'autonomia del tavolo negoziale di destinare una consistente quota degli incrementi contrattuali a forme di Retribuzione Aggiuntiva del Disagio notturno.

Il secondo punto parte dalla considerazione che il nostro sistema delle cure specialistiche ospedaliere e territoriali, sebbene compreso in un modello organizzativo e gestionale aziendalista, mantiene delle forti peculiarità che poco si prestano a rigide trasposizioni di regole e procedure tipiche dell'azienda manifatturiera, così come oggi sviluppata in una moderna economia di mercato.

Ad esempio il tumultuoso sviluppo delle complessità tecnologiche richiedono un aumento e non una riduzione delle quantità e delle qualità delle competenze professionali complessivamente presenti nel sistema; allo stesso modo le complessità delle relazioni tecnico-professionali, etiche, gestionali insite nei processi clinico assistenziali paradossalmente esaltano e non attenuano i profili delle singole responsabilità dei molteplici soggetti coinvolti; infine le forti pressioni alla produzione di servizi (liste d'attesa) non riducono, ma aumentano la necessità della ricerca dell'efficacia e dell'appropriatezza, territori di insostituibile dominio dei professionisti.

Inoltre tutti i professionisti, nel loro concreto agire professionale, (in modo particolare i medici) ruotano intorno ad un centro di gravità rappresentato dalla percezione forte di una loro autonomia e responsabilità; nonostante l'autoritarismo e l'invadenza del terzo pagante (l'Azienda) questa forza gravitazionale condiziona in modo determinante il successo di ogni progetto di qualità, appropriatezza ed efficacia.

Il Ccnl, nell'ambito delle competenze proprie, può e deve affrontare questa questione specifica avendo il coraggio di abbandonare luoghi comuni e semplicistiche assimilazioni aziendalistiche, mettendo in campo obiettivi, strumenti e procedure che meglio saldano gli interessi dei cittadini con quelle di questi Dirigenti del tutto speciali di queste Aziende del tutto speciali.

Come noto, oggi disponiamo di due distinti strumenti retributivi che hanno lo scopo di orientare le attività professionali verso l'efficienza (comune a tutta la dirigenza del pubblico impiego) e l'efficacia tecnico-professionale (peculiare della dirigenza del Ssn):

a) il sistema premiante (risultato) con annesso valutazioni e verifiche (nucleo di valutazione);
b) il sistema degli incarichi dirigenziali con annesso valutazioni e verifiche (collegio tecnico).

Sul sistema degli incarichi dirigenziali l'esperienza di circa otto anni ci dice che mediamente non ha trovato il consenso dei professionisti perché giudicato inadeguato, poco trasparente ed eccessivamente discrezionale.

D'altra parte su questo sistema si scaricano tutte le attese di una carriera che la sovrastruttura aziendale fortemente schiaccia sulla matrice organizzativa e gestionale dei servizi perché se migliorare in carriera vuol dire più autonomia e più responsabilità questo, in azienda, significa avere il budget, essere un centro di responsabilità, gestire risorse umane e materiali.

C'è dunque tensione ed insoddisfazione che si tradu-

cono in spinte anche sindacali ad inflazionare gli incarichi di maggior peso organizzativo e gestionale, da quelle più accessibili quali le responsabilità di strutture semplici, a quelle più difficili quali la direzione di Uo e dei Dipartimenti. Nella maggioranza dei casi queste spinte intercettano aspirazioni legittime, altre volte invece si sommano ad obiettivi manageriali opportunistici e clientelari ed il tutto rischia di determinare una ulteriore frammentazione dei processi clinico assistenziali in centri di (pseudo) responsabilità spesso vuoti di autonomia vera ma non per questo meno autoreferenziali.

Il sistema premiante fondato sul risultato, come è noto dalla letteratura aziendalista, è più idoneo a orientare in modo flessibile e in tempi relativamente brevi le quantità di produzione quindi, al contrario di quanto ossessivamente e semplicisticamente affermato da molti Direttori Generali, assolutamente inadeguato ad assecondare lo sviluppo della qualità dell'intero sistema.

A questo si aggiunge la nota "inconsistenza" del premio in molte realtà del Paese e comunque l'impossibilità di far corrispondere a quantità incrementali di produzione, coerenti quantità incrementali di risultato monetario. In altre parole, almeno il nostro sistema premiante, ruota intorno al paradosso di perseguire un maggior monte prodotto a sostanziale parità di monte premio.

Da tale contesto emerge l'esigenza di introdurre un sistema di valorizzazione professionale ed economica originale e innovativo in grado cioè di sollecitare il consenso e la partecipazione di tutti i professionisti all'intero sistema di gestione delle risorse umane nelle aziende sanitarie che include i due meccanismi precedenti ma prescinde da questi.

Questa proposta si prefigge infatti di sistematizzare e valorizzare tutte quelle attività singole e di gruppo oggi ritenute in grado di modificare i comportamenti professionali migliorando le performance degli operatori e dei servizi quali ad esempio le attività di audit clinico, di revisioni tra pari, di progettazione, monitoraggio e valutazione di impatto delle linee guida, di partecipazione a commissioni aziendali e regionali (infezioni ospedaliere, rischio clinico, sicurezza ambienti e procedure, formazione Ecm, qualità etc), ai Collegi tecnici dipartimentali, Nuclei di valutazione, di partecipazione e costruzione di progetti formativi sul campo e a distanza etc.

In altre parole, queste ed altre attività che sostanziano il progetto di governo clinico, se effettivamente svolte e periodicamente verificate definiscono un percorso aperto che segna nel tempo lo Sviluppo continuo professionale e un corrispondente sviluppo della retribuzione a cui avranno accesso tutti i dirigenti indipendentemente dagli incarichi dirigenziali affidati e sul quale questi si inseriscono con le attuali modalità.

Non è un automatismo in quanto è legato al superamento delle verifiche quinquennali, le stesse che avvengono per tutti gli incarichi dirigenziali a cura del

segue a pag. 16

IL TESTO DEL DOCUMENTO MESSO A PUNTO DAI SINDACATI MEDICI

Le proposte per il II biennio economico 2004-2005

Chiudere entro il 31 dicembre. È questo l'imperativo categorico che l'Anaa Assomed ha ribadito all'Aran in sede di trattativa per il rinnovo del II biennio contrattuale. Preoccupano l'Associazione, infatti, le dichiarazioni del Governo secondo cui la chiusura del secondo biennio della sanità potrebbe slittare al 2006, dichiarazioni che si riflettono sull'atteggiamento della controparte, l'Aran, che sembra voler diluire anziché accelerare i tempi della trattativa. Per questo l'Anaa Assomed ha voluto riunire tutte le organizzazioni sindacali, e chiedere la loro adesione su una bozza di

piattaforma che porta la firma dell'Associazione e che rappresenta il punto di partenza della discussione. Dopo una trattativa interna alle organizzazioni sindacali, nel corso della quale l'Anaa ha svolto un importante ruolo di mediazione delle diverse posizioni e anime del sindacato, confederale e autonomo, si è giunti alla stesura del documento di seguito pubblicato che ha trovato il consenso di tutte le organizzazioni sindacali ad eccezione della Cgil medici che, pur condividendone l'impostazione generale, ha presentato una nota alternativa che contiene alcuni distinguo.

Il testo del documento sindacale

Tutte le Ooss convergono sull'obiettivo di concludere le trattative del II biennio nel più breve tempo possibile e comunque non oltre il 31/12/2005 portando a soluzioni condivise alcune questioni di grande rilevanza che coinvolgono sia legittimi interessi normativi ed economici della categoria sia l'avvio di processi di miglioramento dei modelli gestionali ed organizzativi delle aziende sanitarie e più precisamente:

- 1) incremento del tabellare unico della dirigenza in ragione dei tassi di inflazione;
- 2) il riconoscimento economico e la definizione normativa del lavoro disagiato svolto prevalentemente nell'ambito della continuità assistenziale ed urgenza-emergenza (guardie, pronte disponibilità, straordinari);
- 3) la definizione di un percorso aperto di sviluppo professionale ed economico che concorra al miglioramento continuo della qualità dei professionisti e dei servizi resi;
- 4) garanzie di effettiva disponibilità delle risorse regionali relative all'1% della massa retributiva 2003.

1) INCREMENTO DEL TABELLARE DELLA DIRIGENZA IN RAGIONE DEI TASSI DI INFLAZIONE

Le Ooss ritengono che vada mantenuto nel tempo l'obiettivo di una sostanziale parificazione del tabellare della dirigenza pubblica e a tal scopo questa voce del trattamento fondamentale va incrementata, in considerazione dei tassi di inflazione previsti per il biennio 2004-2005 per un ammontare complessivo a regime di € 39.800,00.

Secondo nostre stime effettuate sulla base dei dati resi pubblici dall'Aran, questo incremento che a regime 2006 aumenta del 4,194% il tabellare in vigore al 31/12/2003, utilizza l'equivalente del 2,4552 della massa salariale pari cioè a circa il 49,2% delle risorse contrattuali disponibili nel II biennio.

2) RICONOSCIMENTO ECONOMICO E DEFINIZIONE NORMATIVA DEL LAVORO DISAGIATO

A) LA RETRIBUZIONE AGGIUNTIVA DEL DISAGIO (La guardia notturna in orario di lavoro) L'Aran ha in corso una rilevazione presso gli Enti del

Ssn con l'obiettivo di quantificare il numero assoluto e medio di guardie notturne svolte in ogni struttura definendo altresì quelle svolte fuori l'orario di lavoro dovuto. Ci auguriamo che la rilevazione possa conseguire nei tempi utili l'obiettivo di disporre di dati reali ed attendibili che comunque dovranno essere condivisi dal tavolo negoziale perché questi costituiranno il riferimento contabile sulla cui base attribuire risorse contrattuali.

Nel secondo biennio, in continuità e coerenza con quanto già più volte affermato nel corso della trattativa del primo biennio, intendiamo far rispettare la nostra volontà e l'autonomia del tavolo negoziale della Dirigenza Medica nel destinare una quota degli incrementi contrattuali a forme di Retribuzione Aggiuntiva del Disagio connesso alla effettuazione di guardie notturne nell'orario di lavoro.

A nostro giudizio, tale orientamento, non prevedendo interventi sulla specifica Indennità di lavoro notturno, comune ad altri comparti, si configura, sul piano contrattuale, come una scelta patteggiata assolutamente legittima delle parti limitandosi a regolamentare la destinazione di una parte del Fondo per il trattamento accessorio legato alle condizioni di lavoro di cui all'articolo 55 del III Ccnl che coinvolge, durante la vita lavorativa almeno il 90% della categoria e, in ragione corrente, almeno il 70% della stessa.

Lo scopo è quello di definire un importo economico minimo, a valenza nazionale, che va corrisposto a tutti coloro che effettuano un turno di guardia notturno all'interno dell'orario di lavoro; tale Retribuzione Aggiuntiva si somma all'indennità prevista ed invariata nel suo ammontare al 31 dicembre 2003 e non riassume eventuali situazioni di ulteriore riconoscimento economico di tali attività in essere nelle Aziende ma si aggiunge a queste.

Riteniamo che al finanziamento di tale Retribuzione Aggiuntiva debbano concorrere, nelle entità ed alle scadenze previste:

- a) tutte le risorse contrattuali che l'atto di indirizzo attribuisce alla cosiddetta produttività, più precisamente lo 0,20% del 2004; lo 0,20% del 2005 infine lo 0,62% a valere dal 2006.
- b) quelle risorse che, nelle scadenze prevedibili (ad esempio dal 01/07/2006) si liberano in conseguenza dell'applicazione dell'articolo 18 e cioè il corrispettivo delle indennità notturne delle guardie svolte fuori dall'orario dovuto e retribuite mediante disponibilità finanziarie extra fondo di cui all'articolo 55.
- c) quelle risorse che nel I biennio erano state prov-

Contratto 2002-2005 - Stima degli arretrati della parte fissa della retribuzione in applicazione delle tabelle I Biennio Economico 2002-2003 RIEPILOGO DIRIGENTI MEDICI A RAPPORTO ESCLUSIVO

Incarico	Aumento tabellare anno 2002	Aumento retribuzione posizione anno 2002	Aumento contrattuale complessivo anno 2002	Aumento tabellare anno 2003 (comprensivo aumenti 2002)	Aumento retribuzione posizione anno 2003 (comprensivo aumenti 2002)	Aumento contrattuale complessivo anno 2003 (comprensivo aumenti 2002)	Aumento contrattuale complessivo anno 2004 (a regime I Biennio)	Aumento contrattuale complessivo anno 2005 I semestre (a regime I Biennio)	Arretrati contrattuali complessivi anni 2002-2003-2004 e fino a 31 ottobre 2005 (a regime I Biennio)
Dirigente incarico struttura complessa	915,20	1.365,00	2.280,20	1.987,70	3.417,70	5.405,40	5.405,40	2.494,80	17.249,000
Dirigente incarico struttura semplice	915,20	752,70	1.667,90	1.987,70	1.885,00	3.872,70	3.872,70	1.787,40	12.397,30
Dirigente incarico lett. C) art. 27 Ccnl 08/06/2000	915,20	482,30	1.397,50	1.987,70	1.206,40	3.194,10	3.194,10	1.474,20	10.242,70
Dirigente equiparato	915,20	482,30	1.397,50	1.987,70	1.206,40	3.194,10	3.194,10	1.474,20	10.242,70
Dirigente <5 anni	915,20	482,30	1.397,50	1.987,70	1.206,40	3.194,10	3.194,10	1.474,20	10.242,70

Fonte: Elaborazione Centro Studi Anaa Assomed su dati Aran

visoriamente attribuite all'incremento del valore economico dell'ora straordinaria (art 55 comma 6).

B) LO STRAORDINARIO

Nel II biennio le Ooss ritengono che il valore economico dell'ora straordinaria vada quantificato secondo la specifica norma contrattuale (mai disapplicato!) che si riferisce al nuovo valore economico del tabellare e che, in assenza di sufficiente capienza del fondo, si riduca in misura corrispondente il monte ore retribuibili oltre il quale le Aziende sono autorizzate al ricorso all'attività libero professionale aziendale.

Sul piano normativo va altresì ribadito che il ricorso alle ore straordinarie non può considerarsi una normale programmazione delle attività ma soltanto per sopraggiunte condizioni di carenze di organici rispetto all'esistente e va quindi definito un arco temporale non superiore ai due mesi nel quale può essere usato e oltre il quale si deve provvedere, prioritariamente con implementazione degli organici, quindi con ricorso al lavoro aggiuntivo.

C) LA PRONTA DISPONIBILITÀ

Nulla è innovabile al momento per quanto riguarda un migliore riconoscimento economico delle pronte disponibilità in ragione delle risorse disponibili, restano però fermi gli obiettivi di:

- definirne un tetto massimo mensile (non oltre 10), oltre il quale, a carico del bilancio aziendale, il valore dell'indennità triplica. Tale incremento non riassume eventuali incrementi favore già in essere nelle aziende;
- riservare le ore straordinarie disponibili prioritariamente al riconoscimento delle attività svolte su chiamata;
- superamento della pronta disponibilità sostitutiva.

Risulta in conclusione evidente che tali proposte impegnano l'equivalente dell'1,002% della massa salariale 2003 pari cioè a circa il 20,3% degli aumenti contrattuali disponibili per il II biennio.

3) DEFINIZIONE DI UN PERCORSO APERTO DI SVILUPPO PROFESSIONALE ED ECONOMICO

Il sistema professionale che produce le cure specialistiche ospedaliere e territoriali, si caratterizza sul piano organizzativo e gestionale, per la presenza di forti peculiarità che poco si presta-

no a rigide trasposizioni di regole e procedure tipiche dell'azienda manifatturiera.

Non a caso accusano una profonda crisi di credibilità e di efficacia i due strumenti sui quali si fonda tutta la cultura aziendalista relativa alla gestione delle risorse umane avendo questi mostrato tutti i loro limiti nel saper valorizzare ed utilizzare compiutamente la ricerca e la pratica dell'efficacia e dell'appropriatezza, territori di insostituibile dominio dei valori e delle competenze dei professionisti.

Il sistema degli incarichi dirigenziali è giudicato dai professionisti inadeguato, poco trasparente, eccessivamente discrezionale e comunque incapace di corrispondere a tutte le attese di una carriera che il modello aziendale fortemente e fatalmente riduce alla matrice organizzativa e gestionale dei servizi.

Il sistema premiante fondato sul risultato, più idoneo a orientare in modo flessibile e in tempi relativamente brevi le quantità di produzione, appare, al contrario di quanto ossessivamente e semplicisticamente affermato da molta retorica aziendalista, assolutamente inadeguato ad promuovere e mantenere nel tempo lo sviluppo della qualità dell'intero sistema.

Le Ooss ritengono che il Ccnl, nell'ambito delle competenze proprie, può e deve affrontare queste peculiarità definendo ed avviando un sistema di valorizzazione, professionale ed economica, dei Dirigenti che non esclude i due meccanismi precedenti ma si sviluppa all'interno di essi integrandone scopi ed obiettivi.

Questa proposta si prefigge infatti di sollecitare e valorizzare tutte quelle attività singole e di gruppo oggi ritenute in grado di modificare i comportamenti professionali e di migliorare le performance degli operatori e dei servizi.

Queste tipologie di attività sostanzialmente riconducibili al progetto di governo clinico, se effettivamente svolte e periodicamente verificate definiscono un percorso aperto di Sviluppo continuo professionale e un coerente sviluppo della retribuzione a cui avranno accesso tutti i dirigenti indipendentemente dagli incarichi dirigenziali affidati.

Non è un automatismo di carriera a cui corrispondono scatti retributivi in quanto la progressione è legata al generale sistema delle verifiche quinquennali, le stesse che avvengono per tutti gli incarichi dirigenziali a cura del Collegio Tecnico; il superamento di queste dà diritto all'acquisizione di crediti professionali definiti nel numero e nel corrispettivo economico unitario dalla contrattazione nazionale identificando uno specifico portfolio valutati-

vo, un insieme cioè di fattori di valutazione ad ognuno dei quali corrisponde uno specifico peso in crediti professionali.

Il riconoscimento economico dei crediti professionali maturati avviene a determinate scadenze dello sviluppo professionale secondo quattro fasce di esperienza professionale maturata definite da tre verifiche precisamente al 5° anno (come già avviene) al 15° anno (come già avviene) e al 25° anno (unica nuova).

Le fasce definite da queste tre verifiche potrebbero essere: 1) tra 0 e 5 anni; 2) tra 6 e 15 anni; 3) tra 16 e 25 anni; 4) oltre i 25 anni.

Il numero di crediti, fermo restando l'equivalente economico unitario, è cumulativo e con una progressione tra le fasce determinato a livello nazionale.

Le verifiche del Collegio Tecnico operano dunque sull'intero sistema professionale valorizzando non solo il livello di competenza tecnico professionale connesso allo specifico incarico dirigenziale ma anche lo sviluppo professionale del Dirigente fondato sulla valutazione delle attività di governo clinico e sulle performances professionali

Se positive determineranno l'acquisizione dei crediti professionali previsti per quella fascia di esperienza professionale, se negative potranno ad esempio comportare la mancata acquisizione per uno o due anni degli ulteriori crediti professionali con relativa perdita economica, fino ad una nuova verifica "straordinaria" mirata sui fattori riscontrati insufficienti alla precedente verifica.

Il corrispettivo economico del nuovo sistema dovrebbe trovare collocazione nella retribuzione fondamentale aggiungendosi alla retribuzione unica di posizione nazionale in godimento al 31 dicembre 2003 e seguire le sue dinamiche di sviluppo senza riassorbimento in caso di passaggio a posizioni di valore economico superiore.

Si aprirebbe così la strada ad un modello di sviluppo e valutazione delle risorse professionali e delle retribuzioni a queste connesse almeno in parte aperto e conseguito da tutti i Dirigenti, potenzialmente in grado di sollecitare ancor di più le attenzioni dei professionisti al miglioramento continuo delle performances e alla cultura della valutazione basata sugli esiti.

A tale scopo potrebbe essere destinata la quota di incrementi contrattuali residua pari a circa l'1,5262% della massa salariale 2003 corrispondente a circa il 30,5 % degli incrementi contrattuali.

N.B. All'interno di tale disponibilità stimiamo vada riservata una quota di risorse da destinare all'incremento della indennità di struttura complessa al fine di mantenere costanti i differenziali retributivi tra queste tipologie di incarico così come definiti dalle retribuzioni medie dell'Aran al 2001.

N.B. In considerazione di quanto sopra si ritiene, inoltre, opportuno incrementare i valori massimi delle fasce di cui al comma 10 dell'articolo 40 del Ccnl 8 giugno 2000 dell'equivalente degli incrementi del quadriennio 2001-2005, pari all'11,05%.

Come si può dedurre questi orientamenti delle Ooss della Dirigenza Medico-Veterinaria, circa l'80% degli incrementi del II biennio andrebbero nella retribuzione fondamentale e il restante 20% in quello accessorio.

Contratto 2002-2005 - Stima degli arretrati della parte fissa della retribuzione in applicazione delle tabelle I Biennio Economico 2002-2003 RIEPILOGO DIRIGENTI MEDICI A RAPPORTO NON ESCLUSIVO

Incarico	Aumento tabellare anno 2002	Aumento retribuzione posizione anno 2002	Aumento contrattuale complessivo anno 2002	Aumento tabellare anno 2003 (comprensivo aumenti 2002)	Aumento retribuzione posizione anno 2003 (comprensivo aumenti 2002)	Aumento contrattuale complessivo anno 2003 (comprensivo aumenti 2002)	Aumento contrattuale complessivo anno 2004 (a regime I Biennio)	Aumento contrattuale complessivo anno 2005 I semestre (a regime I Biennio)	Arretrati contrattuali complessivi anni 2002-2003-2004 e fino a 31 ottobre 2005 (a regime I Biennio)
Dirigente incarico struttura complessa	915,20	975,00	1.890,20	1.987,70	2.275,00	4.262,70	4.262,70	1.967,40	13.694,60
Dirigente incarico struttura semplice	915,20	736,67	1.651,87	1.987,70	1.809,17	3.796,87	3.796,87	1.752,42	12.166,31
Dirigente incarico lett. C) art. 27 Ccnl 08/06/2000	915,20	532,57	1.447,77	1.987,70	1.385,80	3.373,50	3.373,50	1.557,00	10.789,77
Dirigente equiparato	915,20	662,66	1.586,63	1.987,70	1.662,06	3.649,76	3.649,76	1.684,02	11.692,85
Dirigente <5 anni	915,20	532,30	1.447,77	1.987,70	1.385,80	3.373,50	3.373,50	1.557,00	10.789,77

Fonte: Elaborazione Centro Studi Anaa Assomed su dati Aran

IL SENATO HA APPROVATO IN VIA DEFINITIVA LA RIFORMA COSTITUZIONALE

Sulla devoluzione la parola passa dal Parlamento al referendum

Il 17 novembre scorso l'assemblea di Palazzo Madama ha varato il Disegno di legge di riforma costituzionale che modifica profondamente l'architettura dello Stato. La nuova stesura dell'articolo 117 della Costituzione affida alle Regioni il potere di regolare autonomamente alcune materie tra cui la sanità, aprendo concretamente la strada alla frammentazione del Servizio sanitario nazionale, tanto nei principi che nelle scelte organizzative. Ma prima che la riforma diventi operativa dovrà sottoporsi al giudizio dei cittadini attraverso il referendum che si preannuncia a questo punto come il vero banco di prova. Le opposizioni e i sindacati annunciano battaglia

Nella seduta del 17 novembre scorso il Senato, dopo un iter parlamentare durato oltre due anni, ha votato la definitiva approvazione del disegno di legge di riforma costituzionale comunemente nota come "devolution".

Come previsto dall'articolo 138 della Costituzione, non avendo raccolto il voto di due terzi del Parlamento, le modifiche costituzionali diventeranno attuative solo se saranno sostenute dalla maggioranza dei cittadini attraverso un referendum confermativo che verrà richiesto da cinque o più Consigli regionali, come già annunciato.

Se verrà mai applicata la riforma cambierà nelle radici la forma di Stato e di Governo. Il premier sarà indicato direttamente dagli elettori sulla base del programma, avrà il potere di sciogliere la Camera, di nominare e revocare dei ministri e il compito di determinare la politica generale. Prenderà il posto dell'attuale presidente del Consiglio nominato dal capo dello Stato sulla base del responso elettorale e delle indicazioni dei gruppi parlamentari.

Il bicameralismo perfetto, che prevede due Camere con poteri pressoché identici, sarà sostituito da un sistema con due assemblee che hanno basi elettorali e poteri diversi: una Camera "generalista" e un Senato federale. Nasce dunque la cosiddetta "devolution", fortemente volu-

ta dalla Lega che in questo modo alla vigilia delle elezioni politiche, può portare a casa un risultato importante. Saranno le Regioni a 'dettar legge' in alcune materie: organizzazione scolastica (quella parte dei programmi di studio definiti di "interesse specifico"), polizia amministrativa regionale locale e infine sanità, secondo quanto previsto dal comma quattro dell'articolo 117 della Costituzione modificato che in proposito parla di: "potestà legislativa esclusiva delle Regioni".

Sempre l'articolo 117, questa volta al secondo comma, in riferimento ancora alla sanità, "norme generali di tutela della salute", afferma che questa è di competenza dello Stato centrale. I molti rimaneggiamenti cui è stato sottoposto il decreto di riforma costituzionale, in base alle mediazioni tra le componenti della maggioranza, hanno dunque condotto ad una formulazione contraddittoria e che certamente, nel caso in cui si arrivasse all'applicazione del nuovo testo, produrrebbe una crescita del contenzioso tra Stato e Regioni.

L'approvazione del Ddl di riforma ha fatto crescere la preoccupazione degli operatori della sanità, tutti, sui rischi di frammentazione del Servizio sanitario nazionale. Torna ad aleggiare come uno spettro l'ipotesi di avere 21 sistemi sanitari diversi. Il sentimento diffuso che questa legge possa distruggere l'unitarietà del Ssn

senza offrire di contro adeguate garanzie di uniformità e uguaglianza nel diritto alla salute dei cittadini trova conferma nelle parole del segretario nazionale dell'Anaa Assomed, Serafino Zucchelli, che già il giorno dopo l'approvazione della riforma alla Camera ha invitato gli iscritti alla sua organizzazione a "votare no al referendum confermativo che si terrà sulla legge di riforma costituzionale" esprimendo dunque una bocciatura totale sul provvedimento di modifica del titolo V della Costituzione.

Sulla stessa linea il Comitato Solidarietà e Salute, cui aderiscono la quasi totalità delle associazioni ordinarie e sindacali delle professioni mediche e infermieristiche e le maggiori associazioni di tutela dei cittadini, che a più riprese ha sottolineato come: "questa legge va contro la stessa volontà degli italiani, espressa in più occasioni, di mantenere ben saldi unitarietà, equità e solidarietà quali principi cardine del sistema di tutela della salute, senza discriminazioni di sorta, né di censo, né di residenza anagrafica".

Preoccupazioni condivise anche dall'Agenzia per i servizi sanitari regionali secondo cui "se si farà il federalismo fiscale sarà necessario un intervento perequativo dello Stato molto forte".

(S.S.)

Zucchelli: votare "No" al referendum per fermare la riforma

"I medici italiani confermano la loro profonda preoccupazione e contrarietà nei confronti del Ddl sulla devoluzione che ha ricevuto il via libera della Camera in terza lettura. In particolare bocciano il passaggio con il quale si intende modificare la Costituzione attribuendo alle Regioni la potestà legislativa esclusiva in materia di sanità, istruzione e polizia locale".

Con queste parole il segretario nazionale dell'Anaa Assomed, Serafino Zucchelli, aveva commentato l'approvazione della "devolution" da parte della Camera, il 20 ottobre scorso.

Un allarme ancor più vibrante arriva ora, dopo il voto del Senato. Zucchelli ha ricordato l'impegno profuso in questi anni dal sindacato contro ogni interpretazione del federalismo che divida il Paese: "Negli ultimi

anni - ha ricordato Zucchelli - l'Anaa Assomed si è battuta, dando vita anche al Comitato Solidarietà e Salute, per evitare che il federalismo introdotto nella precedente legislatura, se non regolamentato e applicato secondo principi di solidarietà ed equità, potesse accrescere, anziché ridurre, le storiche e gravi differenze e discriminazioni nelle garanzie del diritto della salute, già oggi presenti tra le diverse realtà del Paese".

"La nuova modifica costituzionale - paventa Zucchelli - darà luogo alla definitiva distruzione della unitarietà del Ssn, lasciando spazio a 21 sistemi sanitari diversi, senza alcuna garanzia per i cittadini delle diverse regioni di uniformità e uguaglianza nel diritto alla salute. Nel contrastare i principi di questa riforma ci sentiamo confortati non solo dal sostegno dei nostri colleghi, ma

anche dall'esito delle numerose e recenti indagini demoscopiche dalle quali è risultato che i cittadini italiani non vogliono la devoluzione in sanità per non sancire o peggiorare le disuguaglianze ancora oggi esistenti. Anche per questo si ritiene che non si debba permettere ad una minoranza oltranzista di imporre a tutto il Paese le sue scelte". "L'ultimo strumento che abbiamo - conclude Zucchelli - per impedire l'applicazione di questa riforma è invitare a votare 'No' al referendum confermativo che, mancando la maggioranza dei due terzi in Parlamento, dovrà essere celebrato: non possiamo permettere che venga distrutto un sistema di tutela della salute che, seppur migliorabile, è stato giudicato tra i migliori del mondo dalla stessa Oms".

LA SANITÀ NELLA

Puglia

Un modello da rifondare

PER TUTTA LA PRECEDENTE LEGISLATURA LA SANITÀ DELLA PUGLIA HA CERCATO DI RIFARSI UN LOOK TAGLIANDO POSTI LETTO, CON L'OBIETTIVO, RAGGIUNTO, DI RIASSESTARE LE MALANDATE CASSE REGIONALI. SE DA UN LATO IL PAREGGIO DI BILANCIO È STATO CENTRATO, COME TESTIMONIANO I DATI DELL'AGENZIA REGIONALE PER LA SANITÀ, I SERVIZI SONO RISULTATI PERÒ DEFICITARI: STRUTTURE CHIUSE, DISTRETTI MAI PARTITI, NESSUNA ALTERNATIVA AL TAGLIO DEI POSTI LETTO E CITTADINANZA CHE CONSEGUENTEMENTE SI È SENTITA ABBANDONATA. ORA IL MODELLO È DA RIFONDARE E LA NUOVA GIUNTA DOVRÀ TROVARE LA STRADA

di Stefano Simoni

Il modello pugliese di sanità, quello per cui si è tanto speso l'ex presidente della Regione Raffaele Fitto, ha fallito. O quantomeno il corpo elettorale non lo ha giudicato soddisfacente al punto da riconfermare la fiducia alla precedente amministrazione. In pochi hanno creduto a quel modello e il risultato adesso è sotto gli occhi di tutti: la rete ospedaliera è stata smontata e allo stesso tempo non è stata creata una struttura alternativa territoriale. Il compito dei nuovi amministratori parte proprio da qui: riorganizzare il territorio e operare affinché venga consolidata un'architettura in grado di soddisfare le esigenze insopprimibili della cittadinanza pugliese. Un'impresa sicuramente non facile, una sfida che Alberto Tedesco, neo assessore alle politiche della salute, ha deciso di raccogliere e seppur sono passati pochi mesi dal suo insediamento già si possono cogliere dei segnali di cambiamento.

Il Piano sanitario regionale per iniziare. È notizia di queste settimane l'avvio della fase di studio. "La procedura di ascolto e consultazione vera e propria - ha spiegato l'assessore Tedesco - inizierà non appena attiveremo il processo che dovrà però passare attraverso la rivisitazione del Piano sanitario regionale che discenderà dalla approvazione dal Piano sanitario nazionale. I tempi prevedibili sono quelli scanditi dalla legge. Le Regioni sono tenute ad omogeneizzare i propri Piani entro 150 giorni dall'entrata in vigore del Piano nazionale che dovrebbe essere approvato entro la fine dell'anno". Cercheremo di avere un'intervista con Alberto Tedesco quando presenterà il nuovo Psr, visto che per questa volta, malgrado le nostre richieste, non siamo riusciti ad incontrarlo.

PIANO DI PREVENZIONE 2005-2007

Nel rispetto dell'Intesa Stato-Regioni è stato elaborato il Piano di Prevenzione 2005-2007. Obiettivi del Piano: la prevenzione del rischio cardiovascolare attraverso la diffusione della carta del rischio cardiovascolare nella popolazione pugliese compresa tra i 35 e i 69 anni; la prevenzione delle complicanze del diabete; le vaccinazioni antinfluenzali, con relativo aumento delle coperture nelle categorie a rischio (per evitare il ripetersi della situazione dello scorso anno, quando nel momento del picco del virus influenzale il taglio dei p.l. fece vivere alla Puglia giornate di vera emergenza sanitaria). In più il Piano prevede una serie di programmi di screening, da quello mammografico a quello per individuare il carcinoma della cervice uterina.

Per ognuno dei progetti è prevista la costituzione di un Comitato regionale di Indirizzo con la partecipazione di rappresentanti dell'assessorato, dell'Ares, dell'Osservatorio epidemiologico regionale, dei Mmg, dei pediatri di libera scelta e delle società scientifiche. Il Comitato ha il compito di indicare le linee operative ed effettuare il monitoraggio delle attività, garantendo anche la partecipa-

zione degli organismi di tutela dei diritti dei cittadini. Il Piano di prevenzione 2005-2007 della Regione sarà finanziato con risorse pari a circa 31 milioni di euro da spendere per ciascun anno.

SPESA FARMACEUTICA

Nel corso di questi mesi la Giunta ha intrapreso una serie di iniziative volte al contenimento dei costi relativamente alla spesa farmaceutica che per la Puglia è particolarmente gravosa: a fronte infatti di una media nazionale del 13% la Regione viaggia su cifre pari al 15-16%. Promuovere un'attività di partecipazione dei cittadini nei processi di monitoraggio sistematico rispetto alla spesa farmaceutica, nell'ambito più ampio di un maggiore coinvolgimento nella valutazione dell'intero sistema sanitario, è lo strumento più innovativo che si è dato la Regione per cercare di tenere sotto controllo la spesa.

In questa direzione va anche l'accordo sottoscritto tra l'Ares (Agenzia regionale per la sanità, delegata dalla Giunta regionale) e Federfarma Puglia per la distribuzione, da parte delle farmacie territoriali, dei farmaci e dei presidi compresi nel prontuario terapeutico ospedaliero per i pazienti diabetici. La Regione Puglia in questo modo conseguirà un notevole contenimento della spesa farmaceutica perché, per un verso, i farmaci in questione saranno acquistati dalla struttura pubblica con lo "sconto" stabilito dalla Legge 386/04 e, per l'altro, perché è stata concordata con Federfarma Puglia una riduzione dei margini delle farmacie.

Altro provvedimento in materia è l'approvazione di alcune modifiche al sistema di compartecipazione alla spesa farmaceutica, precedentemente regolato dalla delibera n.1718/04. In particolare è previsto l'innalzamento del livello del reddito (da 10.000 euro si passa a 22.000) per l'esenzione totale dal ticket farmaceutico; sono inoltre esenti i portatori di patologie neoplastiche e i cittadini con malattie rare, croniche e invalidanti oltre ai donatori d'organo da vivente e i trapiantati.

ASSISTENZA TERRITORIALE

Il documento di indirizzo economico funzionale (Dief) del servizio sanitario regionale, approvato dalla giunta regionale nella prima riunione dopo la pausa estiva, contiene un'importante novità per la Puglia. È stato lo stesso assessore alle Politiche della Salute, Alberto Tedesco, a sottolinearla: "Per la prima volta la spesa territoriale supererà quella ospedaliera". In pratica ci sono più risorse per poliambulatori, residenze sanitarie assistite, hospice, assistenza domiciliare, in una parola per i distretti, che per gli ospedali.

L'assistenza territoriale assorbirà il 48,8% degli oltre 5 miliardi e 600 milioni di euro che rappresenta il fabbisogno sanitario pugliese secondo l'intesa Stato-Regioni. Per l'assistenza in corsia, invece, è destinato il 47,2%.

Nel 2004, l'una e l'altra erano al 48%. Nel 2005, ci sarà un travaso di risorse dagli ospedali ai distretti dello 0,8% che in termini assoluti equivale a 451 milioni di euro. È prevista in ascesa anche la spesa per la prevenzione che sale dal 4% al 4,4%.

Nel documento si danno indicazioni anche per l'abbattimento delle liste di attesa e un capitolo è riservato al contenimento della spesa farmaceutica per il quale bisognerà "assicurare il rispetto dei tetti fissati per l'assistenza farmaceutica pre-esistente della misura del 13% per la spesa territoriale e del 16% per la spesa complessiva". Tra gli obiettivi c'è anche quello di assicurare il vincolo di crescita del 2% dei costi di produzione, al netto dei costi del personale.

Inoltre sono prorogati i contratti per il funzionamento del 118 fino alla realizzazione ed attuazione del sistema unico tecnologico da impiantare a seguito di gara europea.

BILANCIO REGIONALE

Il disegno di legge di assestamento di bilancio e la terza variazione al bilancio di previsione 2005 approvato dalla Giunta regionale nel mese di agosto, assegna alla sanità risorse maggiorate di circa 45 milioni di euro. In particolare è stata disposta l'utilizzazione di sette milioni di euro per interventi di riduzione delle liste di attesa e miglioramento del settore dell'emergenza sanitaria. I fondi saranno destinati al completamento dei servizi di radioterapia e all'acquisto di nuove ambulanze e apparecchiature diagnostiche proprio per ottenere la riduzione dei tempi di attesa per le prestazioni sanitarie.

RISORSE E PRESTAZIONI

"La Regione Puglia ha le risorse necessarie per garantire le prestazioni a garanzia dei livelli di assistenza per l'anno 2005" secondo l'Agenzia regionale della sanità (Ares). La situazione relativa al 2005 è stata riassunta in febbraio da una nota dell'Agenzia ed è la seguente: "i contributi (ricavi) derivanti dai trasferimenti al sistema sanitario, per l'anno in corso, iscritti nei bilanci di previsione delle aziende sanitarie non includono un importo di circa 273 milioni di euro, che saranno disponibili col riparto e che la Regione non ha ancora utilizzato in attesa della formalizzazione dell'accordo Stato-Regioni sul finanziamento del fabbisogno di risorse della sanità realizzando, di fatto, un accantonamento.

Appare dunque evidente - conclude l'Ares - che l'accantonamento operato risulta di gran lunga maggiore rispetto alla ipotesi di perdita consolidata di previsione 2005 delle medesime aziende, che ammonta a circa 82 milioni di euro, derivante da un consolidamento provvisorio delle previsioni di spesa sulla base dei flussi informativi di cui si discute".

INTERVISTA A SALVATORE DELLA TOMMASA
SEGRETARIO REGIONALE ANAAO ASSOMED PUGLIA

“La difficoltà ad operare in un contesto poco organizzato”

Dottor Della Tommasa, in Puglia, come in altre Regioni, le ultime elezioni amministrative hanno significato un cambio di gestione politica. Si possono già vedere dei cambiamenti?

No, è ancora presto. L'impianto generale è quello lasciato dalla scorsa gestione: il fatto di non aver portato a termine il piano di riordino si fa sentire pesantemente. Per questo, continuiamo a portarci dietro i problemi storici della Regione.

Abbiamo la necessità di una riorganizzazione dei servizi territoriali e di un potenziamento delle strutture ospedaliere che invece sono state depotenziate. Infatti, la precedente Giunta, guidata da Raffaele Fitto, ha deciso il taglio di quasi 4.000 posti letto e questo è un elemento che si fa sentire.

Anche rispetto agli attuali standard previsti dal-

Qual è lo stato dell'organizzazione del territorio e dei distretti?

I distretti non sono stati né individuati né fatti partire. È chiaro comunque che non è sufficiente individuare i distretti, ma occorre metterli in condizione di poter operare ed erogare servizi. L'elemento di maggiore criticità è il mancato collegamento ospedale-territorio. Non esiste un rapporto, c'è invece uno scollamento totale per cui un paziente dimesso da un ospedale quando esce non trova praticamente nulla. Ciò comporta un enorme disagio che si traduce spesso in un ritorno in ospedale per la necessità di un ricovero o di una cura. Lo spreco di risorse è evidente.

Abbiamo parlato delle criticità del servizio sanitario pugliese. Quali sono invece le eccellenze?

Credo che l'eccellenza debba essere diffusa e non, come comunemente si intende, riservata a pochi ospedali altamente specialistici. L'eccellenza deve pervadere in ogni espressione, in ogni suo punto, il servizio sanitario regionale: dal territorio, al medico di famiglia, all'accettazione del pronto soccorso fino alla struttura nel suo complesso. Strutture che devono essere dotate delle tecnologie migliori e del personale in misura adeguata a soddisfare quelle che sono le esigenze di tutela della salute della cittadinanza.

Detto questo anche in Puglia ci sono "eccellenze" e anche l'indagine condotta dal settimanale "Panorama" nel mese di ottobre ne ha individuate. Gli ospedali riuniti di Foggia o il Policlinico di Bari, dove c'è l'Università, potrebbero essere la punta di diamante del sistema. Inoltre, punte di eccellenza possono essere alcune realtà private come il tanto decantato ospedale di San Giovanni Rotondo o l'ospedale di Tricase, una struttura privata ecclesiastica. Abbiamo anche delle strutture di ricovero e cura a carattere scientifico, come quella di Castellana Grotte per le malattie gastro-enterologiche e il Centro Tumori di Bari. Certo non si può competere con le realtà del Nord, però la Puglia ha delle buone strutture a livello professionale. Purtroppo alla preparazione dei colleghi spesso non corrisponde la possibilità, da un punto di vista organizzativo, di fare un salto di qualità. Investimenti in tal senso sarebbero assolutamente necessari e credo che le risorse ci siano. L'importante è allocarle correttamente per renderle funzionali alle esigenze di salute dei cittadini, senza limitarsi a fare calcoli di tipo ragionieristico in base ai soli Drg.

Continuiamo a parlare di risorse. La conferenza Stato-Regioni ha individuato per la Puglia una somma pari a cinque miliardi e seicento milioni di euro. La considera adeguata?

È la cifra stabilita dai parametri nazionali, il decreto 56 del 2000, quello sul federalismo che assegna delle risorse in base a certi parametri stabiliti. La Puglia si è spesso lamentata della disparità proveniente da questo tipo di disposizione legislativa, portando spesso ad esempio la situazione dell'Emilia Romagna, che ha lo stesso nu-

mero di abitanti della nostra Regione ma riceve più fondi e dunque può investire di più nel settore della salute. Comunque credo che si debba fare uno sforzo per utilizzare al meglio le risorse che ci sono, razionalizzando il sistema, individuando ed eliminando gli sprechi.

A settembre l'assessore alla salute Tedesco ha nominato i nuovi Direttori generali. Anche in Puglia ci sono state polemiche a riguardo?

Le polemiche ci sono state poiché si è imputato a questa nuova gestione di fare nomine di tipo partitico. Il fatto è che sono stati cambiati undici direttori generali su tredici, in merito alle professionalità vedremo più avanti. Per ora stanno facendo un inventario di quello che hanno ereditato, una revisione dei conti.

Qual è il rapporto tra pubblico e privato nella vostra Regione?

Noi abbiamo circa duemila posti letto accreditati, quindi rispetto al potenziale attuale che è di 16.800 posti letto il calcolo è presto fatto: il privato corrisponde a circa il 15%.

Visto che il parametro nazionale è di circa il 10%, da noi è solo di poco superiore. Una situazione che nasce dal sottodimensionamento della realtà pubblica, nella quale mancano come dicevo prima circa 2.000 posti letto.

In questi anni, malgrado la Regione avesse posto un limite alle prestazioni da erogare per contenere il tetto di spesa, c'è stato un proliferare di cliniche private e di laboratori privati convenzionati ma non accreditati, ai quali l'utenza naturalmente si rivolge per trovare soddisfazione alle proprie richieste.

Dottor Della Tommasa qual è il suo giudizio in merito al nuovo assessore?

Per ora sta mandando dei messaggi, ma per quanto riguarda le relazioni con i sindacati non siamo ancora stati consultati.

Tedesco da noi è conosciuto perché è stato assessore alla sanità negli anni '90, quindi è navigato. Rispetto a quegli anni però la situazione è cambiata: ci sono i parametri dettati dal federalismo, ci sono gli indici dei posti letto che sono stati drammaticamente ridotti, c'è una sanità molto diversa e un'utenza molto più attenta. Se l'assessore è competente dovrà rendersi conto di questi cambiamenti.

Quali i problemi maggiori che un medico ospedaliero si trova ad affrontare ogni giorno?

Difficile a dirsi. Credo la difficoltà maggiore sia operare in un contesto poco organizzato. Mi riferisco a problemi organizzativi veri, come ad esempio la carenza di collegamenti con altri reparti per poter condividere informazioni del paziente.

Anche i servizi sono carenti e c'è poca attitudine a sviluppare un sistema interdipartimentale, a lavorare a stretto contatto di gomito con il paziente nel suo insieme e non a pezzettini come avviene di norma. Ognuno vede il suo specifico senza vedere il paziente nel suo complesso.

la Conferenza Stato-Regioni, che indicano 4,5 posti letto per mille abitanti, la Regione Puglia si trova ad essere carente di 1.960 posti letto: siamo sottodimensionati, mancano i posti letto per acuti, per la lunga degenza e per la riabilitazione e allo stesso tempo non è stato attivato il servizio territoriale.

Questi elementi hanno comportato quel senso di sfiducia nei confronti della passata gestione che ha poi segnato l'esito elettorale. Credo, infatti, che se Raffaele Fitto e la sua giunta sono stati battuti è anche per la gestione della sanità. La campagna elettorale si è in massima parte concentrata sulla questione sanità.

Ci sono segnali di inversione di marcia?

La nuova amministrazione sta provando a riorganizzare e a delineare un nuovo modello. Alla fine di settembre, ad esempio, è stato emanato un atto di indirizzo per la revisione del piano di riordino ospedaliero: dopo le chiusure di ospedali, le parziali riconversioni che hanno creato e continuano a creare disagi per l'utenza e per gli stessi operatori, la nuova amministrazione vorrebbe accorpate alcuni presidi rendendoli più funzionali in base alle necessità specifiche. Queste sono le direttive di massima, poi al momento di avviare gli interventi concreti si dovrà vedere quali ospedali potenziare e quali chiudere del tutto, perché purtroppo ci sono strutture che non meritano nemmeno tale denominazione.

LA SANITÀ NELLA

P.A. Trento

In Trentino si vive a lungo ma ci si cura altrove

UN'AREA GEOGRAFICA CHE HA BISOGNO DI NUOVE STRATEGIE PER GARANTIRE UN'ASSISTENZA CAPILLARE ED EFFICACE, SOPRATTUTTO CON L'AUMENTARE DELLA POPOLAZIONE ANZIANA

di Lucia Conti

La Provincia Autonoma di Trento si suddivide in 223 Comuni ed è abitata da circa 500 mila persone, ma trattandosi di un'area di montagna sono numerosi i visitatori, in particolare durante la stagione sciistica. Le caratteristiche del territorio e l'instaurarsi diffuso di situazioni di cronicità, soprattutto tra la popolazione anziana, caratterizzata peraltro da una grande variabilità dei casi, comporta chiaramente problemi sia sul versante della tipologia e dell'organizzazione dell'offerta di servizi, sia sul versante della loro sostenibilità economica.

LO STATO DI SALUTE DEI TARENTINI

La speranza di vita è tra le più alte d'Italia e la mortalità infantile è invece più bassa della media nazionale (2 per mille abitanti contro il 4,4), come pure quella neonatale (1,6 per mille contro il 3,3). La principale causa di morte è data dalle malattie cardiovascolari (44,40% dei decessi), seguita dai tumori (30,70%), dalle malattie dell'apparato respiratorio (7,80%) e digestivo (4,30%). Questi alcuni dei risultati descritti nella Relazione sullo stato del Servizio sanitario nella Provincia Autonoma di Trento, presentata lo scorso agosto.

Riguardo la salute della popolazione emerge una progressiva diminuzione delle malattie infettive, ma un incremento di quelle croniche e degenerative, così come delle patologie derivanti da disagio esistenziale, psichico e sociale e delle malattie mentali. In crescita le situazioni di non autosufficienza negli anziani e di patologie connesse a handicap psicofisici di carattere organico (come malattie ereditarie). La responsabilità di assicurare l'espletamento delle attività e l'erogazione delle prestazioni di prevenzione, cura, riabilitazione è assegnata ad un'unica Azienda sanitaria, la cui dimensione è maggiore, in termini di popolazione assistita, di quasi il 50% rispetto a quella media nazionale. L'Azienda provinciale si articola in 13 Distretti sanitari, i cui ambiti territoriali coincidono con la suddivisione amministrativa degli 11 Comprensori, ad eccezione di quello della Valle dell'Adige, che è stato suddiviso in tre Distretti sanitari.

LA SPESA SANITARIA

La Provincia Autonoma di Trento spende in sanità per ognuno dei suoi abitanti più di 1.706 euro all'anno, una spesa pro-capite fra le più elevate d'Italia, superiore di 12 punti percentuali a quella media nazionale, che si ferma a 1.518 euro. Complessivamente, nel 2004, il Trentino ha investito in salute 837.450.000 euro, con un incremento del 3,84% rispetto all'anno precedente.

Le maggiori voci di costo sono rappresentate dal personale (311 milioni di euro pari al 37,17% della spesa complessiva, rispetto al 33,40% a livello nazionale) e dall'acquisto di beni e servizi, che incide per il 15,6% a fronte del 14% a livello nazionale. La spesa farmaceutica è stata nel 2004 pari a 80.433.000 euro (il 9,60% rispetto al 13,75% nazionale) e con 164 euro pro capite risulta essere quella più bassa in Italia, pur non avendo introdotto tickets.

Ad incidere sulla spesa sanitaria è anche la forte dotazione di posti letto (circa 4.200) nelle 49 Residenze sanitarie as-

sistenziali: 10 ogni cento ultrasessantacinquenni, un rapporto che, correlato ad esempio con l'Emilia Romagna, significherebbe per questa regione avere ben 32.000 posti letto. Ma oltre che dall'alta dotazione di posti letto, il rilevante scostamento rispetto al dato nazionale è determinato anche dall'alta qualità delle prestazioni: nelle Rsa del Trentino vi è infatti un operatore ogni 2,5 ospiti, un infermiere ogni undici e vengono erogate prestazioni specialistiche, fisioterapiche, nonché servizi di animazione.

CURE PALLIATIVE ED ADI

Nel corso del 2001 sono stati circa 160 i malati terminali di tumore assistiti a Trento nelle loro abitazioni nell'ambito del progetto sperimentale avviato alla fine del 2000 dal Servizio cure domiciliari dell'Azienda sanitaria. Al servizio di assistenza a malati e familiari ha collaborato un'équipe formata dall'80% dei medici di medicina generale, oncologi ospedalieri, infermieri professionali, psicologi, assistenti sociali, volontari della Lotta contro i tumori e di altre associazioni di volontariato. Il 14% dei pazienti sono stati seguiti per più di 90 giorni, mentre il 20% per meno di una settimana (lo standard delle cure palliative è di 60 giorni). Si chiama invece Caregivers (donatori di cura) il progetto a sostegno dei malati in casa non autosufficienti messo a punto dal Servizio per le politiche sociali della Provincia di Trento e che mira a facilitare la permanenza dell'assistito in famiglia, difendendo anche la qualità di vita di chi lo assiste. Il Progetto si propone di raggiungere gli obiettivi di assistenza attraverso due momenti formativi, uno indirizzato ai referenti assistenziali (operatori socio assistenziali e socio-sanitari dipendenti dagli enti gestori) che dovranno fungere da supporto ai caregivers trasmettendo loro specifiche tecniche di cura e assistenza, e l'altro rivolto alla popolazione con l'obiettivo di promuovere una rete di aiuto tra i soggetti coinvolti in queste attività di cura e assistenza.

LA MOBILITÀ SANITARIA

Cresce il saldo negativo in fatto di mobilità sanitaria: nel 2003 sono stati 47.899 i ricoveri di trentini in strutture fuori provincia, mentre sono stati 34.441 quelli di non trentini ricoverati in provincia, con un saldo negativo di 13.458, pari a 13 milioni di euro.

La mobilità, e in particolare i servizi legati all'ortopedia, sono quelli a causare il maggior saldo negativo per la sanità trentina con un disavanzo di 15,4 milioni di euro per il 2004 (1,4 milioni di euro in più rispetto al 2003). Il Trentino è debitore netto principalmente nei confronti del Veneto (-15.272 migliaia di euro) che assorbe il 50% dei ricoveri (4.484), e della Provincia autonoma di Bolzano (-7.746 migliaia di euro con il 23% dei ricoveri); un altro 25% di ricoveri sono assorbiti dalla Lombardia.

C'è comunque l'altra faccia della medaglia, vale a dire i pazienti che scelgono di andare in Trentino a farsi curare, provenienti per il 31% dal Veneto per il 30% dalla Lombardia e per il 14% dalla Provincia Autonoma di Bolzano. Il Trentino è scelto, in particolare, per prestazioni di riabilitazione e di lungodegenza.

A caratterizzare la P.A. di Trento è anche l'alto tasso di a-

bortività, che risulta inferiore a quello italiano anche per quanto riguarda le interruzioni volontarie di gravidanza (Ivg), ma registra invece il valore più alto di Italia per l'abortività spontanea.

Le interruzioni volontarie di gravidanza nel 2003 sono state 1.229, con una riduzione del 9,7% rispetto al 2002. "Il numero reale di interruzione volontarie della gravidanza tra le donne residenti in Provincia - sottolinea il Rapporto - è però inferiore, considerando che il Trentino importa più casi di Ivig di quanti ne esporti (nel 2003 rispettivamente 490 e 105)".

TAVOLO DI LAVORO MEDICI-PROVINCIA

C'è una nuova legge (n. 12/2005) approvata per accrescere il ruolo dei medici nelle discussioni di politica sanitaria. Questo sarà possibile grazie all'istituzione del Consiglio sanitario provinciale, l'organo consultivo formato dal direttore dell'Azienda sanitaria; dal dirigente del dipartimento della Provincia; da due medici delle cure primarie a rapporto convenzionale e sei medici dipendenti dalla Asl, designati dall'Ordine; tre infermieri nominati dal collegio infermieri, assistenti sanitari e vigilatrici di infanzia; un rappresentante designato da ciascuno dei restanti ordini e collegi delle professioni sanitarie.

L'ASSISTENZA FARMACEUTICA

La Giunta trentina ha recentemente approvato le direttive che regolamentano l'assistenza farmaceutica del Servizio sanitario provinciale, rifacendosi in parte a quelle approvate nel 2002. In quell'occasione venne introdotta la possibilità di stipulare accordi con le associazioni sindacali delle farmacie convenzionate, pubbliche e private, per consentire la distribuzione diretta dei farmaci sul territorio con le modalità previste per la distribuzione attraverso le strutture del Servizio sanitario, riconoscendo alle farmacie convenzionate uno sconto pari al 15% (più iva), che oggi scende al 12,5%. Per quel che riguarda, invece, la distribuzione diretta dei farmaci attraverso gli ospedali, la Giunta provinciale ha autorizzato l'Azienda provinciale per i servizi sanitari a mettere a disposizione dei pazienti appena dimessi dal ricovero (o dei pazienti che si sottopongono a visite specialistiche) 17 principi attivi di farmaci per il primo ciclo di cure (o per il ciclo di cure fino alla successiva visita specialistica).

P.A. Trento

Popolazione	477.000
Aziende Usi	1
Ospedali di secondo livello	2
Ospedali di primo livello	5
Distretti sanitari	11
Rsa	49

INTERVISTA A ROMANO NARDELLI SEGRETARIO ANAAO P.A. DI TRENTO

Urgente riorganizzare il sistema, dai servizi ai contratti

Dottor Nardelli, il Consiglio provinciale ha approvato, lo scorso luglio, una legge per un maggiore coinvolgimento delle professioni sanitarie nelle scelte di politica sanitaria. È qualcosa che si sta verificando o che ritiene sia destinata a rimanere sulla carta?

È un provvedimento contestualizzato alla revisione della Legge 10/93, che disciplina il Servizio sanitario provinciale e alla quale, nel corso del 2006, verranno apportate delle modifiche sostanziali, sulle quali l'Anaaò e le altre sigle sindacali sanitarie sono state invitate a esprimere un parere allo scopo di ottimizzare il sistema, a partire dalla riorganizzazione della rete ospedaliera.

Attualmente in Trentino ci sono ben otto ospedali per una popolazione di circa 450.000 abitanti. Si tratta nella maggior parte dei casi di presidi di valle, legati alle caratteristiche orografiche del territorio, con caratteristiche organizzative particolari: ad esempio hanno bacini d'utenza molto variabili nel corso dell'anno per ragioni turistiche. Questo può alla lunga incidere sulla garanzia di avere le condizioni professionali e le attrezzature adeguate ad assicurare un servizio di qualità con i rischi relativi immaginabili per i pazienti e per i medici che devono intervenire.

Il progetto futuro è quello di avere un ospedale di riferimento provinciale, a Trento, e degli ospedali periferici che garantiscano alcuni tipi di prestazioni, di alta qualità con un'attività specialistica di supporto.

Posso comunque affermare che finora c'è stato un buon dialogo sia con l'interlocutore politico, primo tra tutti l'assessore Andreolli, sia con la dirigenza aziendale. Que-

sto ha permesso sinora di affrontare le difficoltà nella maniera migliore sia per il "sistema" che per i medici. Ma nella sanità trentina sono in gioco ancora molte problematiche, compreso il Contratto Provinciale della Dirigenza Medica sostitutivo di quello Nazionale, che a breve discuteremo all'Apran, l'analogo provinciale dell'Aran. **A quali questioni si riferisce?**

La regolamentazione della mobilità intra-aziendale dei medici che la futura rete ospedaliera prevede.

La rivisitazione delle posizioni dirigenziali (le strutture semplici, l'alta professionalità...) che al momento non ha soddisfatto le nostre aspettative.

L'applicazione della legge 66/2003 sugli orari di servizio, degli straordinari e delle ferie della dirigenza medica.

La notevole mole di lavoro a cui siamo chiamati richiede dei cambiamenti, non solo a livello di gratificazione economica ma soprattutto come miglioramento delle condizioni di lavoro.

Su questi temi la nostra categoria ha già manifestato la propria insoddisfazione e in maniera molto più compatta di quanto fosse accaduto in passato, perché la frustrazione raggiunta è riuscita a coinvolgere anche i colleghi che finora erano rimasti piuttosto fuori dall'attività sindacale.

Il Trentino sta puntando molto sull'assistenza territoriale. In che modo vi siete coinvolti?

Il nostro ruolo nell'assistenza territoriale è ancora marginale. I servizi attivati si basano più che altro sulle attività di associazionismo dei medici del territorio, la collaborazione dovrà essere ridefinita per rispondere

ad un nuovo modello di assistenza integrata ospedale-territorio.

Al momento ogni Distretto è organizzato intorno alla struttura ospedaliera, per cui il presidio attiva l'assistenza sul territorio e medici di medicina generale la mettono in pratica. L'obiettivo futuro è realizzare un coordinamento e una sinergia sempre più forte.

La vostra sanità è caratterizzata da una forte mobilità anche di pazienti. È un fenomeno che, secondo lei, va contrastato?

La mobilità sanitaria va senz'altro contrastata ed è proprio uno degli aspetti da tenere presenti nella revisione dei presidi e della mobilità dirigenziale.

Riteniamo che la riorganizzazione di alcuni servizi ospedalieri (ad esempio di ortopedia e chirurgia) con il coinvolgimento degli operatori possa invertire in maniera determinante il flusso dei pazienti verso altre strutture.

Il Trentino registra la spesa farmaceutica più bassa d'Italia. Da cosa dipende?

Anzitutto dal fatto di avere un'Azienda sanitaria unica, che permette di coordinare e controllare più efficacemente il modo in cui le risorse vengono impiegate. Infatti chi monitorizza le prescrizioni del medico ospedaliero è lo stesso che monitorizza il medico del territorio, così da avere una chiara visione dei bisogni ma anche degli eventuali sprechi.

Probabilmente c'è anche una differenza nelle voci di spesa: alcuni servizi che in altre Regioni sono a carico del Servizio Sanitario, in Trentino sono a carico di altre istituzioni. Per quanto riguarda il coinvolgimento e la responsabilizzazione del medico al controllo della spesa, posso affermare con certezza che esiste già una adeguata sensibilizzazione ed attenzione da parte nostra.

INTERVISTA A REMO ANDREOLLI ASSESSORE ALLA SANITÀ DELLA P.A. DI TRENTO

Integrare i servizi ospedalieri e territoriali

Assessore Andreolli, quali sono le linee perseguite dalla P.A. di Trento in sanità?

Uno dei principali obiettivi riguarda l'applicazione di un modello organizzativo innovativo orientato a recuperare gradi di efficienza interna, in modo da consentire il miglioramento della qualità e della quantità dei servizi. In questo senso, il modello organizzativo più efficace è quello di "rete", fondato sull'integrazione funzionale dei servizi e delle attività del Servizio sanitario provinciale.

Lo scorso anno sono state istituite due Commissioni di esperti incaricate di definire i programmi per la riqualificazione e la riorganizzazione dei due capisaldi dell'assistenza sanitaria: quella primaria/territoriale e quella ospedaliera, contemplando anche l'esigenza dell'integrazione tra questi due livelli.

Per la valorizzazione dell'assistenza primaria è stato previsto il potenziamento dei servizi di prevenzione e di base, nonché dei servizi domiciliari di primo livello, alternativi al ricovero ospedaliero, in modo da garantire al cittadino un trattamento più personalizzato, agevole e umano (quindi dimissioni protette e assistenza domiciliare cure palliative ecc.). Abbiamo inoltre puntato su un maggiore coinvolgimento dei medici di medicina generale e dei pediatri di libera scelta, non solo come erogatori delle prestazioni di base, ma anche nella funzione di analisi e diagnosi per l'accesso alle prestazioni.

La qualificazione e la riorganizzazione della rete ospedaliera provinciale, oltre al sempre maggiore orientamento iperspecialistico qualificato per i due maggiori ospedali (Trento e Rovereto), ha riguardato principalmente gli ospedali di distretto: al fine di garantire l'effettiva parità di trattamento e di efficacia ai residenti della zona per le fun-

zioni ospedaliere di base, è previsto il raggiungimento di uno standard omogeneo fondato sull'appropriatezza clinica e organizzativa dei servizi. Inoltre, ogni ospedale di distretto, sulla base di peculiari potenzialità vocazionali, potrà specializzarsi su una funzione qualificante, divenendo anche un polo di attrazione per altri territori, provinciali ed extra provinciali. Attraverso la diffusione della modalità organizzativa dipartimentale, quindi, si attuerà il funzionamento a rete del sistema ospedaliero, ma anche del servizio di urgenza-emergenza, considerato di fondamentale importanza, soprattutto in un territorio come quello trentino.

In che modo pensate di intervenire sul fenomeno della mobilità sanitaria?

Il fenomeno della mobilità è prioritario nell'agenda politica, anche per la necessità di ricercare un equilibrio finanziario a fronte di una situazione che, dal 1995 ad oggi, ha sempre registrato un saldo della mobilità sanitaria negativo, oltretutto lievitato nell'ultimo anno ad un livello del tutto inatteso.

Giustificando, ovviamente, quel tipo di mobilità fisiologica riferita alla mancanza di specialità a livello locale, il ricorso all'esterno dei pazienti trentini per prestazioni diagnostiche e terapeutiche di bassa e media complessità è molto preoccupante. È nostra intenzione contrastare questo fenomeno, senza comunque ledere il diritto della libera scelta del luogo di cura da parte del cittadino.

La prima cosa da fare riguarda il potenziamento qualitativo dell'offerta. Già l'anno scorso è stato assegnato all'Azienda sanitaria l'obiettivo di ridurre entro il 2005 del 20% la mobilità passiva aumentando la produt-

tività delle Unità operative di ortopedia-traumatologia degli ospedali trentini. Per il prossimo anno verrà assegnato l'obiettivo di contenere la mobilità per le prestazioni diagnostiche.

Inoltre, con il previsto avvio dell'Unità operativa di neurochirurgia, viene creata una nuova specialità che ridurrà il precedente, in questo caso inevitabile, flusso migratorio verso l'esterno per le patologie di questa branca.

Anche sul fronte dei tetti per le prestazioni rimborsabili si sta valutando, assieme alle altre Regioni, quale decisione adottare che risulti efficace per contenere le uscite, sempre nel rispetto del diritto alla salute e alla cura per il cittadino.

Quali sono i rapporti tra le istituzioni e gli operatori sanitari?

Accanto al principio cardine di partecipazione del cittadino e dei suoi rappresentanti alle scelte strategico-politiche del Servizio sanitario provinciale, si ritiene altrettanto importante valorizzare l'apporto degli operatori sanitari, in modo anche da rafforzare la propensione degli stessi verso la presa in carico e la responsabilità nei confronti del cittadino.

L'attuazione di questa prerogativa si è realizzata con l'approvazione della Legge provinciale n. 12/05, con la quale, tra l'altro, è stato istituito il Consiglio sanitario provinciale, organismo interlocutore di carattere consultivo da coinvolgere nella programmazione quale interprete delle professioni sanitarie cui è demandata l'attuazione concreta degli indirizzi e delle direttive provenienti dal livello politico e dalle quali, pertanto, è necessario acquisire pareri e suggerimenti per garantire effettivamente lo sviluppo e il miglioramento del Servizio sanitario

Le aziende
sanitarie
integrate

Attualità
e prospettive

LA CRISI DEI RAPPORTI TRA OSPEDALE E UNIVERSITÀ IN EMILIA ROMAGNA

Occorre passare dall'Università alla "poliversità"

di Carlo Lusenti*

Il protocollo d'intesa, firmato in febbraio, è troppo sbilanciato a favore dell'Università. È necessario dunque ristabilire un corretto rapporto tra istituzioni, un programmato e ordinato sviluppo delle relazioni tra assistenza sanitaria da un lato, e ricerca e didattica dall'altro per evitare il conflitto di poteri

Versus unum, ricondurre tutto ad unità, ad un'unica logica e ad un'unica regola, questo è l'etimo latino di Università, e mai il nome proprio di una istituzione penso sia stato così lungimirante riguardo alle intenzioni che si sono manifestate in ormai mille anni di storia dalla prima fondazione avvenuta a Bologna.

Parlare di una istituzione così antica, nobile e fondamentale per la civiltà occidentale, per chi appunto in quella sede è orgoglioso di aver studiato suscita un particolare rispetto, ma anche un più severo giudizio.

Se la missione ambiziosa di sistematizzare e ricondurre a sé il sapere, la ricerca, la didattica, l'alto studio è scritta nell'atto costitutivo dell'Università non si può dire lo stesso per l'acquisizione di potere, l'occupazione di spazi affidati ad altre istituzioni, l'autoreferenzialità.

Questo il nocciolo del problema, non certo per quanto riguarda tutte le facoltà ed i corsi di studio, ma certamente per la facoltà di medicina e chirurgia e la sua convivenza con l'organizzazione pubblica di tutela della salute avviata in Italia dal secondo dopoguerra.

La storia parte quindi da molto lontano, ma non è mia intenzione tenerla molto lunga. Andava in avvio però affermato come i problemi di oggi abbiano radici profonde e non abbiano soluzioni di breve periodo, come i temi che oggi i medici ospedalieri sollevano riguardino un corretto rapporto tra istituzioni, un programmato e ordinato sviluppo dei rapporti tra assistenza sanitaria, ricerca e didattica, e non siano semplici rivendicazioni di categoria e di corporazione.

Non sarebbe altrimenti comprensibile la tenace volontà di una Associazione come la nostra di porre all'attenzione della politica e della società civile un argomento che pare agli estranei ai lavori come una poco chiara lotta di poteri.

Di interessi generali vogliamo parlare, all'interno dei quali vanno compresi e resi funzionali quelli particolari, anche quelli di un particolare fondamentale come la *mission* di didattica e ricerca dell'università.

La ricerca in medicina si realizza di fatto in ogni luogo dove si sviluppa la buona pratica clinica, la medicina dell'evidenza, la miglior organizzazione dei servizi, l'innovazione tecnologica. Secondo progetti e programmi definiti e dai risultati misurabili e confrontabili, con risorse pubbliche e private, nelle Università come negli ospedali, secondo regole chiare e trasparenti.

La didattica per i medici è un *continuum* di no-

zioni acquisite e trasferite, di sapere e saper fare, di competenze tecniche, relazionali e gestionali, che di nuovo nella realtà si realizza in una molteplicità di luoghi e strumenti, che deve essere valutata e modificata nel tempo, senza recinti e senza monopoli.

I medici ospedalieri chiedono che questi principi siano riconosciuti, utilizzando tutte le competenze e le risorse, dando valore al merito misurabile senza rendite di posizione o esclusioni pregiudiziali.

Parrebbero affermazioni e auspici scontati, che si potrebbe ritenere si realizzano già e naturalmente in un virtuoso confronto tra professionisti e istituzioni, concorrendo a far crescere il livello di qualità dei servizi ai cittadini ed il grado complessivo di civiltà del paese.

Bastano pochi esempi a capire che non è così. La pleora eccessiva e senza paragoni al mondo di laureati in medicina prodotti inutilmente, la crescita inarrestabile e non necessaria del numero delle facoltà di medicina, la formazione specialistica impermeabile ad ogni esigenza di valutazione programmata delle competenze necessarie per l'assistenza sanitaria, la volontà, che resiste alle leggi ed al buon senso, di mantenere gli specializzandi dentro le mura dell'istituzione universitaria, piuttosto che immerterli nei circuiti formativi del servizio sanitario nazionale, sono una dimostrazione così evidente di autoreferenzialità e volontà di separazione da non richiedere ulteriori argomenti. Se non aggiungere che i costi di tutto questo li paga la collettività.

L'assistenza è invece la *mission* del servizio sanitario nazionale regionalizzato, delle aziende sanitarie e ospedaliere, degli ospedali e dei medici ospedalieri. Le facoltà di medicina, giustamente e legittimamente, mediante accordi e convenzioni, utilizzano strutture del servizio sanitario per i fini di didattica. Ma anche in questo caso l'appetito non è mai sazio, la volontà espansiva mai doma, e l'autoreferenzialità resta il criterio guida. Anche in un terreno, l'assistenza sanitaria, affidato alla responsabilità di altre istituzioni, Stato e Regioni, ed alla cura di altre professioni, medici ospedalieri, ma non solo, la volontà di vertere ad unum si somma a quella di essere *primus*.

Di nuovo, non è un problema di categoria dei medici, che peraltro vedono spesso mortificate e limitate legittime aspettative professionali sostenute da anni di qualificato impegno per l'unica istituzione a cui appartengono: la Regione.

È un problema generale e politico sostenuto da due questioni convergenti. Da un lato il prezzo della mancata integrazione e degli attriti tra corpi professionali, che quotidianamente operano negli stessi luoghi di cura, è minore qualità e minore efficienza, ed è evidente a chi viene addebitato. In sintesi una convivenza squilibrata tra Ospedali e Università fa correre rischi consistenti al buon funzionamento del servizio sanitario. Dall'altro lato affidare all'Università crescenti spazi e maggiori responsabilità, e potere, all'interno del sistema che garantisce l'assistenza sanitaria pubblica, significa attenuare la responsabilità, ed anche il controllo, che i cittadini hanno affidato all'unica istituzione che li rappresenta e che a loro volta democraticamente controllano: di nuovo la Regione.

In definitiva le Università, ed in particolare le facoltà di medicina, sono importanti e libere istituzioni che però in completa autoreferenzialità utilizzano l'assistenza per gli autonomi fini di ricerca e didattica, esercitando in questo modo un crescente potere diretto sulla tutela della salute dei cittadini, che a questo esercizio non le hanno mai delegate.

Per queste ragioni, sulla base di queste analisi e in difesa di quelli che riteniamo valori generali, abbiamo reagito a febbraio di quest'anno alla adozione da parte della Giunta regionale dell'Emilia Romagna di un protocollo di intesa con le quattro Università della Regione che ritenevamo sbagliato.

Qui non voglio ripercorrere la cronaca della vertenza e la trattativa tuttora in corso per correggere e migliorare diversi ambiti di interpretazione e applicazione, peraltro richiamati nel testo di Alberto Sensi. Mi premeva, invece, rendere conto dei principi, veri su tutto il territorio nazionale, per i quali l'impegno per una integrazione tra Servizio sanitario nazionale e Università, equilibrata e rispettosa del valore e dei valori dei medici ospedalieri, sia una battaglia di civiltà e di progresso. Fatta nell'interesse dei cittadini, per utilizzare al meglio le risorse di professionalità, dedizione, senso di appartenenza e rispetto per l'interesse generale di cui i medici ospedalieri nella loro lavoro quotidiano, e l'Anaa Assomed nella sua azione sindacale e politica, sono portatori. Insomma per passare dall'Università alla poliversità.

*Segretario Anaa Assomed Regione Emilia Romagna
Coordinatore Consulta permanente Anaa Assomed
dei Segretari delle Regioni e Province Autonome

“L'integrazione non può essere fatta sulla testa dei medici ospedalieri”



La storia delle quattro aziende Ospedaliere Universitarie dell'Emilia Romagna. Dalla svolta del primo protocollo di intesa nel 1988, che aveva l'obiettivo di mettere fine alle "convenzioni", fino allo scorso febbraio, quando un nuovo protocollo è stato siglato in assenza di qualsiasi confronto con le organizzazioni sindacali mediche. Un percorso che via, via ha visto crescere l'influenza dell'Università a scapito dell'Azienda, oltre ad una diffusa diminuzione del senso di appartenenza dei medici ospedalieri

Pierluigi Api Segretario Azienda Ospedaliera Universitaria di Ferrara; Giovanni Battista Ceccherelli Segretario Azienda Ospedaliera Universitaria di Modena; Giancarlo Pizza Segretario Azienda Ospedaliera Universitaria di Bologna; Roberto Quintavalla Segretario Azienda Ospedaliera Universitaria di Parma; Alberto Sensi Responsabile Commissione Regionale SSR-Università

In Emilia Romagna, la svolta nei rapporti tra Servizio sanitario e Università è avvenuta già nel 1998, quando è stato stipulato un protocollo di intesa che ha messo fine alla lunga storia delle "convenzioni" per approdare sullo scivoloso terreno della "coesenzialità" (tra Ssr e Università), concetto apparentemente più teologico che giuridico, posto a fondamento del nuovo patto che sostanzialmente permette alle Università di ac-

cedere in modo più pesante e ufficiale alla programmazione sanitaria e impone quel modo di intendere la integrazione tra Ssr e Università, che tanto somiglia ad una egemonica pax romana piuttosto che ad una leale collaborazione. Il protocollo 1998 era talmente anticipatore della Legge 517/99 da poter essere prorogato senza modifiche di impianto fino al recente rinnovo, avvenuto in tutta fretta il 14 Febbraio 2005, in assenza di qualsiasi confronto con le Ooss mediche.

Così, sebbene il nuovo protocollo non sia ancora stato recepito in attuative locali e in atti aziendali, le aziende "miste" sono già evolute insensibilmente in aziende ospedaliere universitarie, senza da un lato realizzare un vero passo avanti nella integrazione tra professionalità, ma dall'altro assicurando un potere crescente delle Università, alle quali viene consentito di imporre le proprie soluzioni e autocertificare le proprie esigenze.

Ma un nuovo passo doveva essere compiuto; infatti, la novità principale del protocollo 2005 risiede nella licenza per le Università di allargarsi ulteriormente nelle quattro aziende (e nell'Irccs Ortopedico Rizzoli), ma anche di colonizzare altre strutture, utilizzando anche un grimaldello illegittimo: le esigenze legate alle scuole di specializzazione, per le quali anche la Legge 517/99 prevede l'apporto del Servizio sanitario regionale senza che questo debba comportare il passaggio di altre strutture alle Università. Il nuovo protocollo è chiamato anche a sanare una serie di atti convenzionali integrativi di difficile giustificazione nell'ambito del precedente protocollo. D'altro canto, l'espansionismo universitario si è sempre sviluppato soprattutto al di fuori del momento ufficiale delle attuative, mediante successive integrazioni locali, sottratte a qualsiasi discussione con i medici ospedalieri e poi "sanate" da un successivo protocollo, che proprio nel sanare gli insediamenti avanzati apre le porte per le future conquiste.

Le realtà attuali delle quattro aziende di riferimento per le Università (vedi tabella) sono le fotografie di una egemonia mai sazia che oggi è ancor più sti-

Azienda Ospedaliera Universitaria di Modena

A Modena l'organico universitario è numericamente il più forte della Regione: logico quindi che, conseguita la direzione di tutti i dipartimenti del Policlinico, si sia spinta sul nuovo Ospedale di Baggiovara dove tenta di trovare sbocchi dirigenziali per i propri docenti.

Azienda Ospedaliera Universitaria di Bologna

Lo squilibrio tra gli organici è notevole (tabella I) e rende evidente la sperequazione nell'attribuzione degli incarichi dirigenziali. Lunga e paralizzante è stata l'opposizione dell'Università alla riorganizzazione dipartimentale, infine raggiunta con un grave squilibrio egemonico. Raggiunta però la situazione di 14 dipartimenti con direttore universitario sui 15 totali, si è sviluppata una dura reazione degli ospedalieri che si sono battuti per un riequilibrio, riuscendo in parte a realizzare un recupero che l'Università ha arrestato imponendo la sostituzione del Direttore Generale. L'Università si è poi rivolta anche verso altre possibili espansioni, realizzando un nuovo dipartimento esterno al Policlinico, presso l'Ospedale Bellaria.

molata dal nuovo sistema di remunerazione degli universitari "convenzionati", non più basata sulla parificazione stipendiale con le figure ospedaliere corrispondenti, ma sulla diretta ed aggiuntiva corresponsione di incarichi dirigenziali, prescindendo dallo stipendio universitario percepito. Esaminando la distribuzione degli incarichi nelle quattro aziende (vedi tabella) appare stridente la situazione di privilegio degli universitari, in netto contrasto con qualsiasi pretesa di pari opportunità professionali e in spregio alla necessità di adegua-

Azienda Ospedaliera Universitaria di Parma

Anche a Parma lo squilibrio degli organici universitari rispetto a quelli ospedalieri è contenuto in confronto a Bologna e Ferrara e i medici ospedalieri hanno conseguito un certo equilibrio valorizzando le Uooo semplici, anche dipartimentali.

Azienda Ospedaliera Universitaria di Ferrara

L'Università si è manifestata ambigua sul progetto del nuovo ospedale di Cona, contribuendo al lungo periodo di incertezza che tanto ha danneggiato l'Arcispedale Sant'Anna. Il protocollo di intesa locale sulla formazione specialistica a Ferrara non è stato neppure siglato, nell'assoluta indifferenza e/o impotenza della direzione generale.

In tale contesto i medici ospedalieri hanno tentato di mantenere un certo equilibrio interno all'Azienda, obiettivo che nell'Azienda Ospedaliera-Universitaria di Ferrara, grazie alla fiducia concessa al nostro Sindacato, che da sempre ha la maggioranza assoluta delle deleghe sindacali (vedi tabella alla pagina seguente), è ancora sufficientemente solido (metà dei dipartimenti restano a direzione ospedaliera).

Anche a Ferrara però si è assistito all'espansione universitaria mediante "clinicizzazione automatica" e promozione universitaria di primari, che portano in dote il reparto.

Le aziende sanitarie integrate
Attualità e prospettive

ta consistenza degli organici universitari nelle Uuoo a loro messe a disposizione.

L'Università non ha colto l'opportunità di varare dipartimenti integrati veri, ed ha invece mantenuto nei dipartimenti universitari degli assortimenti di sezioni diversi rispetto alla composizione di Uuoo nei dipartimenti misti, in modo da poter giocare partite complesse ed in gran parte estranee all'Azienda. Il protocollo di intesa sulla formazione specialistica, siglato solo nel 2000, è rimasto un allegato privo di efficacia, recepito solo formalmente, ma lasciando intatta la autoreferenzialità dei direttori delle Scuole, anche a scapito della formazione degli specializzandi.

Questi segnali di riluttanza all'integrazione vengono meno in altri campi, quali la richiesta di applicazione del dettato della 517/99 nella sua parte economica: la Regione è intervenuta con un'integrazione per impedire l'arretramento economico dei ricercatori conseguente alla nuova distribuzione del fondo, che nella 517/99 implica trasferimento di risorse ai professori.

Parallelamente a questa crescita di influenza dell'Università, paralizzan-

te per l'Azienda, assistiamo ad una diffusa diminuzione del senso di appartenenza dei medici ospedalieri, con tutte le conseguenze che questo necessariamente comporta.

A questi elementi comuni si affiancano poi elementi specifici aziendali, che riassumiamo sinteticamente nei box in questa pagina.

Per il futuro le quattro aziende temono molto il nuovo protocollo di intesa, che riteniamo rappresentare un errore politico, un elemento di iniquità e di instabilità con profili di illegittimità.

La forte risposta sindacale, mediatica e giudiziaria della Anaa Assomedi Regione Emilia Romagna ha consentito l'avvio di una discussione con l'Assessorato. Auspichiamo che a livello regionale si riesca a garantire al livello locale aziendale un adeguato peso nella negoziazione dell'intesa, che possa creare il clima culturale necessario per una vera integrazione tra professionalità, evitando i dannosi aspri conflitti che diversamente ne conseguirebbero. Una integrazione non può essere fatta sulla testa dei medici ospedalieri, ma deve passare attraverso la valorizzazione della dirigenza medica nella didattica, nella ricerca, ma soprattutto nell'esercizio della propria responsabilità dirigenziale.

Le Aziende Ospedaliere Universitarie in Emilia Romagna: organici e direzioni ospedaliere e universitarie

Medici	Medici ospedalieri	Dipartimenti universitari	Dipartimenti a direzione ospedaliera	Dipartimenti a Direzione universitaria	UU00 assistenziali	UU00 complesse a direzione ospedaliera	UU00 complesse a direzione universitaria	UU00 semplici a direzione ospedaliera*	Deleghe semplici a direzione universitaria*	ANAAO
Bologna	639	234	4	10	0	28	54	24(3)	33(5)	120
Ferrara	352	99	5	5	0	27	25	22(10)	10(5)	180
Modena	351	336	0	8	0	15	38	20(0)	13(0)	85
Parma	390	240	()	()	1	22	27	18(8)	26(15)	80

*tra parentesi le UU00 semplici dipartimentali (incluse nel numero fuori parentesi)
() i dipartimenti sono attualmente in profonda revisione

INTERVISTA A GIOVANNI BISSONI, ASSESSORE ALLA SANITÀ DELL'EMILIA ROMAGNA

“Con le circolari abbiamo chiarito i punti controversi del Protocollo”

Assessore, qual è lo stato dell'arte per quanto riguarda il protocollo d'intesa tra Regione e Università?

Il protocollo, messo a punto nel rispetto dei principi generali della legge 517/99, è stato siglato nella primavera del 2005 ed è conseguente alla nuova legge regionale sul riordino, nella quale la Regione conferma la scelta delle aziende ospedaliere-universitarie. L'organizzazione dell'azienda integrata ospedaliere-universitaria, infatti, era stata introdotta in via transitoria e sperimentale, destinata a scadere il 31/12/04, mentre ora entra a regime come scelta organizzativa per integrare le funzioni di ricerca, didattica e assistenza.

Perché avete deciso di riconfermare questa scelta organizzativa?

La valutazione sui vecchi protocolli è stata positiva: la direzione di marcia era quella giusta, anche se il percorso di integrazione è andato piuttosto a rilento e alcuni aspetti sono risultati deficitari. In particolare è mancato quanto previsto per le scuole di specialità e per gli specializzandi.

Il nuovo protocollo cerca proprio di fare un passo in avanti sulla integrazione delle funzioni di didattica, ricerca e assistenza costruendo un'azienda più forte su tali obiettivi. Di qui discende una partecipazione maggiore e responsabile dell'Università alla vita dell'azienda, perché riteniamo che l'integrazione sia possibile nella misura in cui i due soggetti, Università e Servizio sanitario regionale, scommettono sull'azienda comune. In questa direzione vanno anche il concerto previsto tra i due soggetti nella scelta del direttore generale e la creazione del comitato di indirizzo, che risale peraltro ai principi stabiliti nella legge 517/99.

E crediamo che sarà utile anche la nascita dei dipartimenti ad attività integrata, in precedenza attuati in una sola delle quattro sedi universitarie. Infine c'è il

rafforzamento dell'osservatorio sulle scuole di specialità e la previsione di un nuovo osservatorio sulle lauree sanitarie.

Adesso cosa manca al protocollo per essere operativo?
Ora ogni azienda, sulla base del protocollo, deve mettere a punto una delibera attuativa e definire gli aspetti che le sono demandati dal protocollo regionale, come ad esempio l'individuazione delle unità operative a direzione universitaria, in quanto essenziali al percorso di formazione del medico (il triennio clinico), e l'individuazione dei dipartimenti ad attività integrata.

Prima però occorre ancora un atto di competenza regionale, ovvero l'atto di indirizzo per la formulazione dei nuovi atti aziendali, che accolga i principi previsti dalla nuova legge regionale riguardo alla partecipazione organizzativa, al governo clinico, al collegio di direzione come organo aziendale.

L'atto regionale è ormai in fase conclusiva e ha registrato un accordo sostanziale molto ampio tra la Regione e le organizzazioni di categoria. Anzi, devo dire che proprio il confronto su questo atto di indirizzo è servito, molto, ad allentare il clima di tensione che si era creato tra la Regione e le organizzazioni mediche.

Resta però la valutazione critica dell'Anaa su alcuni punti essenziali del protocollo.

È vero. In particolare la critica è rivolta al fatto che la Regione abbia mantenuto il concerto nella nomina del direttore generale e che una quota delle unità operative sia stata lasciata a direzione universitaria. Credo di poter dire però che siamo in una fase di riavvicinamento significativo.

L'Anaa resta convinta comunque che il protocollo sia fortemente sbilanciato a favore dell'Università.

Il coinvolgimento dell'Università è assolutamente in

linea con i principi previsti dalla 517/99. Noi abbiamo ritenuto che quei principi non potessero essere toccati dalle nuove autonomie che le Regioni hanno assunto grazie alla modifica del Titolo V. Perché se è vero che il titolo V tutela l'autonomia delle Regioni è altrettanto vero che non ha toccato l'autonomia dell'Università.

L'Università ha semplicemente i poteri previsti nella normativa, anche perché il rischio è che se si tiene bassa la partecipazione dell'Università, allo stesso tempo si tiene bassa anche la responsabilità dell'Università. Ritengo che la Regione Emilia Romagna e il Ssr siano assolutamente in grado di reggere una nuova fase in cui si chiede più partecipazione ma anche più responsabilità.

Non le sembra che le organizzazioni di categoria siano state poco ascoltate in fase di formulazione del protocollo?

Nella formulazione del protocollo c'è stata un'accelerazione dei tempi, perché eravamo a fine legislatura e non ritenevamo giusto lasciare nell'incertezza le quattro aziende ospedaliere universitarie per il periodo necessario al rinnovo dell'amministrazione regionale.

Tuttavia la consultazione con le organizzazioni mediche c'è stata, tanto è vero che la proposta conclusiva ha accolto alcuni principi forti che le stesse sigle ci avevano chiesto di inserire.

Molte delle preoccupazioni che l'Anaa aveva manifestato rispetto al protocollo hanno trovato immediato riscontro in circolari che la Regione ha successivamente emanato e che dovrebbero aver fugato definitivamente queste preoccupazioni, visto che rispetto alle circolari non è stata sollevata alcuna obiezione.

(S.S)

a cura di Arianna Alberti

REGNO UNITO

Una forma semplificata di consenso da proporre al paziente

Poter scegliere tra due tipi di consenso, uno "semplice" e uno "informato", al momento di sottoporsi alle cure sanitarie renderebbe la vita più facile sia ai pazienti che ai medici. Lo sostiene un eminente esperto di etica medica, John Harris, professore di bioetica alla Manchester University e codirettore del Journal of Medical Ethics che ha avanzato la proposta di introdurre una forma semplificata di consenso nel corso di un incontro sulla relazione medico-paziente. L'incontro, uno dei cinque organizzati dal Comitato per gli standard e l'etica, che fa capo al General Medical Council (Gmc), l'organismo che rilascia l'autorizzazione all'esercizio della professione medica nel Regno Unito, si è svolto nel quadro dei dibattiti che precedono la revisione periodica della Good Medical Practice, il documento del Gmc che delinea i principi su cui deve basarsi la buona pratica medica e gli standard di competenza, cura e condotta professionale. Per il professor Harris il consenso informato "è una causa persa, un ideale irraggiungibile" e se oggi ai pazienti venisse offerta la possibilità di scegliere tra un consenso semplice e uno informato "la maggior parte di loro opterebbe per quello semplice e sarebbe ben contento di far decidere al proprio medico se e come procedere al trattamento, acconsentendo a non rivalersi qualora le cose non dovessero andare per il verso giusto. Questo restituirebbe ai medici un certo controllo professionale e cautelerebbe il Ssn da eventuali azioni giudiziarie". Anche per Phil Hammond, membro anziano del direttivo del Gmc la pressione che viene esercitata sul paziente per ottenerne il consenso a volte può essere troppo pesante, specie nei momenti critici. "Come medici stiamo diventando un po' come i consulenti finanziari - dice - esponiamo tutte le possibili opzioni di cura ma poi è sul paziente che ricade la scelta e l'incertezza legata al prendere una decisione". I punti di vista e le varie proposte che emergeranno nel corso dei cinque convegni del Gmc, compresa questa relativa al consenso informato, verranno esaminate ed eventualmente recepite nella nuova bozza della Good Medical Practice.

GERMANIA

Lo scontento dei medici si concentra negli ospedali universitari

I medici ospedalieri tedeschi rivendicano retribuzioni e condizioni lavorative migliori. Lo scorso agosto circa 3 mila hanno sfilato a Berlino, su invito della Marburger Bund (il sindacato dei medici impiegati nel settore pubblico e privato) in una marcia di protesta chiedendo, tra l'altro, un incremento salariale del 30%. Lo scontento si è concentrato soprattutto negli Stati di Baden-Württemberg ed Hessen e nella capitale, Berlino, dove la maggior parte dei medici che lavorano negli ospedali universitari ha dovuto accettare tagli salariali del 10% e un orario lavorativo più lungo. Il fatto è che i medici che lavorano negli ospedali universitari, in genere, sono assunti direttamente dallo Stato, come personale accademico, e alcuni Stati, in conseguenza della recessione economica che ha colpito il Paese, hanno deciso di abolire le indennità per le festività natalizie e di aumentare da 38,5 a 42 le ore di lavoro settimanale. Sono in molti a ritenere che se questa situazione non si risolverà molti medici potrebbero decidere di emigrare all'estero provocando una seria carenza di personale; quanto a "chi decide di restare - polemizza Marc Martignoni della Heidelberg Surgical University - non si sa per quanto tempo riuscirà a reggere il crescente impegno clinico e didattico". Non tutte le posizioni sono così categoriche, numerosi ospedalieri si dicono disposti a dedicare del tempo extra alla ricerca e alla clinica purché le ore che rientrano nell'orario di lavoro vengano retribuite adeguatamente. I politici dei due Stati dove si è concentrata la protesta, pur esprimendo simpatia per le posizioni dei camici bianchi, non hanno dimostrato alcuna intenzione di fare particolari concessioni pecuniarie ai medici assunti dallo Stato. Nel Baden-Württemberg, dove agli ospedali universitari è consentito pagare dei bonus ai medici senza percepire fondi extra dallo Stato, il management di quasi tutti gli ospedali si è schierato a fianco dei medici temendo il rischio di una "fuga" dei giovani medici e il conseguente declino della medicina accademica tedesca.

WORLD DAY

Aids, una giornata per ricordare che l'emergenza continua

È giunta alla sua diciottesima edizione la giornata mondiale per la lotta all'Aids, celebrata ogni anno il 1° dicembre, da quando fu decisa per la prima volta a Londra, dopo una storica riunione dei ministri della sanità, nel lontano 1988. Da allora, nonostante gli sforzi dei governi e l'impegno sul campo delle Ong, l'Hiv/Aids continua ad avere un impatto drammatico sulla salute dei popoli. Tra il 1996 e il 2004, le risorse destinate dalla comunità internazionale ai programmi per combattere l'epidemia sono passate da 300 milioni a 6 miliardi di dollari l'anno. Oltre ai programmi speciali dell'Organizzazione mondiale della sanità e delle Nazioni Unite, agli inizi del terzo millennio è nato anche un organismo indipendente, il Global Fund, il Fondo globale contro Aids, tubercolosi e malaria, con l'obiettivo di raccogliere, gestire e distribuire i fondi donati da governi e privati per combattere la crisi globale. Le risorse destinate sono molte, ma anche le promesse non mantenute di molte nazioni, ancora ferme alle dichiarazioni di intenti espresse anni fa e questo spiega il significato dello slogan scelto quest'anno per la Giornata mondiale: "Stop Aids. Keep the promise" (Ferma l'Aids. Mantieni la promessa), un chiaro monito a rispettare gli impegni assunti, e non sempre onorati, in questi anni. Le cifre fornite da Unaid, l'Agenzia delle Nazioni Unite deputata a contrastare l'epidemia, aggiornate al novembre 2005, sono impietose: sono 40,3 milioni le persone che convivono con Hiv e Aids, di cui 38 milioni gli adulti (17,5 milioni donne) e 2,3 milioni i bambini sotto i 15 anni; 4,9 milioni i nuovi casi di Hiv nel 2005, 700 mila i bambini; 3,1 milioni le morti, di cui 2,6 milioni gli adulti e 570 mila i bambini, sempre nel 2005. Un totale di 64,3 milioni di casi di Hiv e 23,1 milioni di decessi fino ad ora. La regione più colpita dall'Hiv è senza dubbio quella africana, con oltre 25 milioni di persone affette dal virus responsabile dell'Aids, ma, in termini di crescita, l'Asia Orientale e la regione del Sud-Est Asiatico sorprendono per la drammaticità dei dati. Si calcola infatti che, dal 2002 al 2004, a fronte di un aumento del 4% nel numero dei casi riscontrati nell'Africa Sub-Sahariana, si è rilevato un incremento del 10% nel Sud-Est Asiatico. Particolarmente drammatica la situazione in Cina dove i sieropositivi sarebbero, secondo le stime ufficiali del governo, circa 840 mila, ma molto più alte per gli esperti internazionali. La malattia si diffonde con una crescita annua del 30%, la più alta al mondo. Secondo Unaid, se non ci sarà un intervento efficace, entro il 2010 in Cina coloro che hanno contratto l'Hiv/Aids potrebbero arrivare a 10 milioni e gli "orfani dell'Aids" a 260 mila. Nel nostro Paese, l'ultimo aggiornamento del Centro operativo Aids (Coa) dell'Istituto superiore di sanità ci mette di fronte a una realtà poco rassicurante: al primo semestre del 2005 sarebbero infatti oltre 120 mila i sieropositivi e ogni anno

4.000 nuove persone si infettano. Ancora oggi, dopo oltre un ventennio di Aids, ogni due ore un italiano resta contagiato dall'Hiv. I dati del Coa mostrano un aumento della proporzione di casi attribuibili a trasmissione sessuale: a sorpresa si registra un'inversione di tendenza che riguarda le infezioni da Hiv tra gli omosessuali, che tornano a crescere, segnando un +12% rispetto all'anno precedente, e passando dal 16% al 28% del totale delle infezioni. "Un segnale evidente - commenta Gianni Rezza, responsabile del Coa - del preoccupante calo di attenzione per una categoria che aveva conservato sinora una memoria storica dell'epidemia". Ma il vero allarme è per gli eterosessuali che nella maggior parte dei casi, soprattutto se donne, scoprono di essere sieropositivi nel momento stesso della diagnosi di Aids, quando cioè si manifestano i primi segni clinici della malattia. La tendenza è di un aumento dell'età delle persone che si infettano: oltre il 70% dei casi si concentra nella fascia 25-39 anni, ma cresce la quota di casi nella fascia 35-39 anni e negli anziani. E sono a rischio anche i giovanissimi: ragazzi tra 14 e 25 anni che, sfuggiti al clima terrorizzato e ai messaggi martellanti dei primi anni dell'infezione, si affacciano alle prime esperienze sessuali. A livello globale, l'aumento a della percentuale di casi di Hiv/Aids tra le donne, lievitata dal 41 al 50 per cento sin dal 1997, con punte del 75% nei giovani tra 15-24 anni nell'Africa Subsahariana, sta facendo emergere la consapevolezza che nuovi approcci e nuove strategie sono necessarie. Finora, infatti, come è stato ricordato dagli esperti di Onu e Oms in occasione della giornata mondiale della salute il 7 aprile scorso, i governi e la comunità internazionale non hanno dato sufficiente priorità al tema della mortalità materna. Tra le ragioni che spiegano perché ad essere più colpite siano le donne sono, secondo Human Rights Watch, la vulnerabilità fisica alle infezioni, lo stupro, la mancanza di accesso a informazioni e servizi, il timore di effettuare test di controllo a causa dello stigma culturale e l'incapacità di costringere il partner all'uso del profilattico. Proprio i motivi per cui, secondo Unaid, in molti paesi è fallito il cosiddetto approccio "ABC": astensione, fedeltà, uso del profilattico (Abstain, Be faithful, use Condoms) su cui si era puntato nel passato. Per questo le "nuove" strategie, discusse già nelle conferenze Onu degli anni '90, mirano ad integrare la vasta rete di strutture per la salute sessuale-riproduttiva con quelle per la cura all'Aids; la stragrande maggioranza delle infezioni da Hiv, infatti, si trasmette sessualmente o è associata a gravidanza, parto ed allattamento. L'Hiv/Aids e la salute-sessuale riproduttiva, come viene spesso sottolineato, hanno alla radice molte cause comuni, tra cui l'ineguaglianza di genere, la povertà e l'emarginazione sociale delle popolazioni più vulnerabili.

GIURISPRUDENZA *sentenze e ordinanze*

Consiglio di Stato

Nessun assegno a chi "retrocede volontariamente"

Il medico, che nel passaggio da un ospedale all'altro, decide volontariamente di "retrocedere" dalla qualifica di aiuto primario di ruolo a quella di assistente a tempo definito perde il diritto all'assegno *ad personam* previsto dal Dpr 130/1969 in caso di mobilità. A stabilirlo è la quinta sezione del Consiglio di Stato con sentenza n.3770, annullando la sentenza del Tar del Piemonte. Quest'ultima aveva accolto il ricorso di un medico contro la Usl di Alessandria, per ottenere l'accertamento del suo diritto alle differenze stipendiali, sotto forma di assegno *ad personam*, rispetto al miglior trattamento economico precedentemente goduto quale aiuto di ruolo presso un altro Ospedale. Il Tar aveva riconosciuto il diritto del ricorrente a mantenere, nella posizione di assistente, il precedente trattamento economico, sia pure con la riduzione conseguente al passaggio al rapporto a tempo definito, condannando l'Amministrazione al pagamento delle somme dovute, con rivalutazione ed interessi legali. Di contrario parere il Consiglio di Stato, che ritiene inapplicabile nell'ipotesi di specie la previsione normativa dell'art.34 Dpr n.130, in quanto il pubblico dipendente aveva scelto di passare ad una qualifica inferiore a quella in precedenza ricoperta volontariamente. Infatti, sostiene Palazzo Spada: "in caso di passaggio del dipendente ospedaliero da un ospedale all'altro, per coprire la differenza tra il nuovo stipendio e quello più elevato goduto nella qualifica di provenienza, presuppone che il passaggio si verifichi tra posizioni lavorative di ruolo e tra qualifiche uguali o da inferiore a superiore; non anche quando il dipendente transiti, per propria scelta personale, ad un rapporto non di ruolo ed in una qualifica inferiore a quella in precedenza rivestita, com'è accaduto nel caso di specie". L'applicazione della norma in questa ipotesi, violerebbe il principio di proporzionalità tra retribuzione, quantità e qualità del lavoro prestato previsto dall'articolo 36 della Costituzione e del rapporto sinallagmatico tra prestazione e controprestazione nel rapporto di lavoro, dato che, per volontà di una delle parti contraenti, ad una prestazione lavorativa inferiore corrisponderebbe una retribuzione superiore.

Le mansioni primariali vanno retribuite anche in assenza di incarico formale

Per la retribuità delle mansioni superiori occorrono, oltre all'espressa previsione normativa, anche altri tre presupposti: un preventivo provvedimento di incarico, la disponibilità del relativo posto in organico, e che l'incarico concerna mansioni della qualifica immediatamente superiore. Sono tuttavia, dovute le differenze retributive per aver svolto funzioni di primario, anche in assenza di incarico formale, poiché "non è concepibile che una struttura sanitaria affidata alla direzione del primario resti priva dell'organo di vertice, che assume la responsabilità dell'attività esercitata nell'ambito della divisione". A stabilirlo, è la quinta sezione del Consiglio di Stato, che, con sentenza n. 5018, ha accolto il ricorso di un medico riformando la sentenza del Tar. Il professionista aveva richiesto le differenze retributive dovute per aver svolto funzioni di primario, rivestendo la qualifica (all'epoca) di aiuto. Ma il Tar, aveva rigettato la richiesta sulla base dell'articolo 121 del Dpr n.384/1990, che richiederebbe, per la corresponsione del compenso per funzioni superiori a medici dipendenti, anche se incaricati di funzioni primariali, l'imprescindibile presupposto dell'indizione del concorso pubblico. "L'esercizio da parte dell'aiuto di funzioni primariali - deduce Palazzo Spada - su posto vacante in organico assume rilievo indipendentemente da ogni atto organizzativo dell'Amministrazione", sul presupposto che la struttura sanitaria non può privarsi dell'organo di vertice, né è necessaria l'indizione di un concorso pubblico per il riconoscimento di mansioni superiori. Inoltre, il termine di sessanta giorni, previsto dal Dpr 761/1979 per la retribuità delle mansioni superiori va interpretato in senso estensivo e quindi non come limite; il contrario comporterebbe un arricchimento ingiustificato a favore del datore di lavoro che va compensato. Per il periodo successivo, al sanitario incaricato di mansioni superiori spetta comunque il trattamento differenziale anche se l'incarico si protrae oltre il termine previsto all'articolo 121 del Dpr 384/1990.

Corte di Cassazione

L'alterazione della cartella clinica è reato

La cartella clinica di un paziente ospedaliero è un atto pubblico che esplica la funzione di diario di degenza del malato, dell'intervento medico e dei fatti clinici rilevanti, sicché i fatti devono essere annotati conformemente al loro verificarsi. Ogni "aggiustamento" del documento integra reato di falsità in atto pubblico. Tale principio, già più volte ribadito dalla Corte, non ultimo con sentenza depositata in luglio scorso, è stato rafforzato dalla sentenza n.35167/05, in cui si ribadisce non solo la responsabilità della regolare compilazione della cartella clinica in capo al primario, la contestualità dell'annotazione al verificarsi dei fatti ma soprattutto la tutela della fede pubblica anche a fronte di un giusto proposito di "sbianchettare" per scrivere la verità su accertamenti fatti e terapie somministrate. Infatti, l'annotazione del fatto uscendo dalla disponibilità del suo autore, acquista carattere di definitività, per cui tutte le successive modifiche, aggiunte, alterazioni e cancellazioni integrano un falso punibile, anche se il soggetto abbia agito per ristabilire la verità effettuale. L'alterazione apportata, ammessa esclusivamente nel caso di correzione di errore materiale (quest'ultima infatti non verrebbe a modificare l'elemento contenutistico) determina una modificazione della verità documentale, in quanto l'atto "corretto" va a rappresentare e documentare fatti diversi da quelli rappresentati nel testo originale. In questo modo ciò che viene leso è il credito attribuito agli atti pubblici dall'ordinamento giuridico.

Massime

Mansioni diverse da quelle dell'assunzione

In tema di mansioni diverse da quelle dell'assunzione, la equivalenza tra le nuove mansioni e quelle precedenti - che legittima lo "jus variandi" del datore di lavoro, a norma della disciplina legale in materia (art. 2103 c.c., come sostituito dall'art. 13 della legge 20 maggio 1970, n. 300) - deve essere intesa non solo nel senso di pari valore professionale delle mansioni, considerate nella loro oggettività ma anche come attitudine delle nuove mansioni a consentire la piena utilizzazione o, addirittura, l'arricchimento del patrimonio professionale dal lavoratore acquisito nella pregressa fase del rapporto. (Nella specie la Corte di Cassazione ha confermato la sentenza impugnata che aveva ritenuto giustificato il rifiuto della lavoratrice - medico con qualifica di assistente e con mansioni internistiche-cardiologiche - di prestare turni di guardia, che venivano svolti solo dal personale con specifica competenza in ordine alle malattie di carattere psichiatrico, per le quali in genere avvenivano i ricoveri presso la casa di cura, mentre la lavoratrice era l'unico medico dipendente del servizio di medicina interna di tutti i reparti neuropsichiatrici, effettuando oltre a diagnosi e terapie internistiche, tutti gli interventi ritenuti necessari o sollecitati dal personale medico-psichiatrico; sicché, le mansioni rifiutate non erano equivalenti rispetto a quelle precedentemente svolte, in quanto non consentivano la piena utilizzazione né, tantomeno, l'arricchimento del patrimonio professionale della stessa lavoratrice sulle problematiche internistiche).

Corte di Cassazione - Sezione Lavoro - Sentenza n. 7453/2005

È legittimo il comportamento di un primario che dopo un delicato intervento si allontana per partecipare ad un convegno già programmato. Non si sottrae alle regole generali di comune prudenza e di specifica competenza medica, il sanitario che nel partecipare ai lavori di un convegno già da tempo programmato e del quale era relatore ufficiale, resta in continuo contatto con i due assistenti ed aiuto che facevano parte della sua equipe, per avere dettagliate informazioni sull'andamento della degenza e sugli effetti dell'intervento effettuato. Cassazione - Quarta Sezione Penale - Sentenza n. 28565

a cura di Paola Carnevale

richiesta di tutela dei medici, ma anche all'esigenza condivisa di garantire ai pazienti sicurezza delle prestazioni e certezza dei risarcimenti laddove dovuti.

È stato poi rivisitato tutto il sistema delle verifiche sancendo il principio che, pur essendo la Dirigenza Medica sottoposta ad una doppia valutazione, annuale sui risultati dal Nucleo di Valutazione e triennale a fine incarico di carattere professionale dal Collegio Tecnico del Dipartimento, solo il secondo può determinare eventuali sanzioni che intervengono sulla revoca degli incarichi. Gli oneri della formazione permanente (Ecm) sono a carico delle aziende che in tal modo devono garantire ai propri dirigenti l'accesso al numero e tipologia di crediti previsti dalla normativa nazionale. Sui contenuti economici la costruzione del nuovo tabellare che ha utilizzato tutto il 5,66% degli incrementi contrattuali e il conglobamento di parti accessorie della retribuzione (posizione, risultato, Ria) ha creato i presupposti per una certezza sulla entità e corresponsione degli arretrati e per incrementare la retribuzione di riferimento a fini previdenziali (Quota A,Tfr) degli attuali e prossimi dirigenti in quiescenza".

La sintesi del testo del Ccnl 2002-2005 è stata pubblicata sul numero 5/6-2005 di Dirigenza Medica. Il testo integrale è disponibile sul sito internet www.anaao.it

segue dalla prima

È IN VIGORE IL NUOVO CCNL PER IL I BIENNIO

quelle soluzioni, oggi tecnicamente possibili ed economicamente sostenibili, di miglioramento degli standard assistenziali, soprattutto quelli relativi alle attività connesse all'urgenza-emergenza. In queste situazioni ambientali particolarmente difficili, si produce non solo la maggior parte del disagio professionale, la fatica fisica e psichica delle guardie, delle reperibilità, mal retribuite, quando retribuite, ma anche la scarsa efficacia e non sicurezza delle prestazioni rese che motiva le insoddisfazioni e la sfiducia dei cittadini e li spinge sempre più spesso a devastanti azioni di rivalsa per vera o presunta malpractice. Con la previsione di nuovi obblighi di tutela assicurativa in capo alle aziende, compresa la rivalsa per colpa grave e la specifica indicazione a formalizzare attività aziendali dedicate al risk management, abbiamo risposto non solo alla legittima

PREVIDENZA

L'accredito maternità fuori lavoro vale anche per le pensionate

Un'importante sentenza della Corte dei Conti, sezione giurisdizionale del Piemonte, n. 133 del 26 aprile 2005, ha obbligato l'Inpdap, l'istituto previdenziale dei pubblici dipendenti, a riconoscere l'accredito dei contributi per maternità, avvenuti al di fuori del rapporto di lavoro, previsto dall'art. 25 del dlgs. n. 151/2001, anche alle pensionate, così come avviene per il settore privato. Dall'analisi delle disposizioni in materia sembrava potersi dedurre chiaramente che il legislatore avesse voluto tutelare e proteggere la maternità e le sue conseguenze sui diritti patrimoniali delle donne a prescindere sia dalla collocazione temporale del periodo richiesto e senza attribuire alcun rilievo alla condizione che le stesse fossero in servizio o meno.

Infatti il testo unico delle disposizioni legislative in materia di tutela e sostegno della maternità e della paternità ha affermato che i periodi corrispondenti al congedo di maternità, verificatisi fuori dal rapporto di lavoro, devono essere considerati utili ai fini pensionistici mediante accredito di contribuzione figurativa, alla sola condizione che l'interessata possa far valere, all'atto della domanda, almeno cinque anni di contribuzione in costanza di rapporto di lavoro.

L'istituto previdenziale aveva ritenuto che il riconoscimento della contribuzione figurativa di maternità, rilevato dall'art. 25 del dlgs. n. 151, dovesse essere limitato alle sole lavoratrici in servizio al momento della presentazione dell'istanza poiché la norma specificerebbe che la domanda può essere presentata all'ente previdenziale solamente dagli "iscritti" e che tale qualifica si perderebbe, perlomeno in relazione alla normativa che disciplina l'Inpdap, con il collocamento a riposo, così come indicato da una specifica informativa (la n. 8 del 28 febbraio 2003) dello stesso istituto. Nel caso specifico in esame, alla richiedente, che si trovava al momento della domanda già in quiescenza, l'istituto, attenendosi alla soggettiva interpretazione della norma, aveva negato la rideterminazione del trattamento pensionistico. La Corte dei Conti rileva che tale ricostruzione, operata dall'Inpdap, contrasta con tutte le disposizioni legislative introdotte a partire sin dal 1992, ed in particolare con l'art. 25 del dlgs 151/2001, che hanno lo scopo di riconoscere alle donne lavoratrici una contribuzione figurativa per le maternità svoltesi al di fuori del rapporto di lavoro. Infatti, l'ac-

credito figurativo, sia pure limitato ai periodi successivi al 1° gennaio 1994, è stato introdotto proprio dall'articolo 14 del dlgs n. 503/92 che ha avviato l'opera di riordino del sistema previdenziale pubblico e privato, senza porre alcuna distinzione in ordine alla tutela della maternità nel settore pubblico o privato. Analogamente il successivo articolo 2 del dlgs. n. 564/1996, anche in attuazione della legge n. 335 del 1995, di riforma del sistema pensionistico sia pubblico che privato, ha previsto l'eliminazione del discriminante temporale (1° gennaio 1994), anche in questo caso senza distinguere fra lavoratrici dell'uno o dell'altro settore. Il legislatore ha voluto, con norme che estendono via via l'ambito di applicazione, tutelare e proteggere la maternità e le sue conseguenze sui diritti patrimoniali delle donne, prescindendo dalla collocazione temporale dei requisiti soggettivi delle richiedenti, senza attribuire alcun rilievo alla circostanza che le stesse fossero in servizio o meno. Con la conseguenza che il diritto regolamentato dall'articolo 25, dlgs. n. 151/2001, deve essere riconosciuto in modo pieno a tutte le beneficiarie, indipendentemente dal settore di appartenenza. La norma pone quale unico ed esplicito limite che in favore della richiedente siano stati versati almeno cinque anni di contribuzione in costanza del rapporto di lavoro e non pone alcun divieto di presentazione dell'istanza successivamente alla cessazione del rapporto di lavoro. Rileva ancora la Corte che su questa stessa conclusione si era attestata anche la giurisprudenza di un'altra sezione della stessa Corte dei Conti, in particolare quella della Sicilia con la sentenza n. 877 dell'11 aprile 2005. Peraltro l'interpretazione favorevole della normativa vigente, nei termini sopra detti, risulta essere stata accolta dall'istituto nazionale per la previdenza sociale, Inps, che con la circolare n. 102 del 31 maggio 2002 ha chiarito che, in seguito alla entrata in vigore del decreto legislativo n. 151 i periodi corrispondenti a quello dell'astensione obbligatoria relativi ad eventi verificatisi al di fuori del rapporto di lavoro, fermo restando il requisito contributivo minimo dei 5 anni, sono riconoscibili, a domanda, indipendentemente dalla loro collocazione temporale e dalla circostanza che il richiedente sia ancora in servizio o meno.

Claudio Testuzza

Per la totalizzazione qualche passo in avanti

La legge di riforma previdenziale, approvata nell'agosto del 2004, prevedeva, fra altre indicazioni di interventi sul sistema previdenziale (vedi Il Sole 24 Ore Sanità n. 35), la riproposizione in forma più ampia della così detta "totalizzazione". Si tratta di un metodo, sollecitato anche dalla Corte Costituzionale, che consente di utilizzare i vari spezzoni di contribuzione, esercitati anche verso diverse casse previdenziali, ai fini del calcolo dei requisiti pensionistici e del conseguente trattamento. Il sistema non prevede pagamenti a carico dell'interessato come, invece, avviene nel caso di richiesta della "ricongiunzione". L'attesa per questo provvedimento era piuttosto marcata in quanto sino ad oggi la totalizzazione era possibile solamente in un limitatissimo numero di casi. In effetti lo schema di decreto legislativo, approvato in via preliminare dal Consiglio dei ministri il 5 ottobre, mentre da un canto abroga la normativa preesistente, contenuta nell'articolo 71 della legge 388/2000 e attuata con il decreto n. 57/2003, in pochi punti amplia la possibilità della totalizzazione, ma in altri casi, addirittura, diminuisce le situazioni che ne determinano il diritto. Peraltro discostandosi da quanto proprio indicato in materia dalla legge di riforma (n. 243/2004).

Attualmente può beneficiare della totalizzazione solamente colui il quale avendo versato contributi in più di un fondo pensionistico non raggiunge un diritto autonomo in nessuna delle gestioni presso la quale abbia contribuito. Inoltre è consentito avvalersi della totalizzazione solamente nel caso di pensione di vecchiaia, trattamento pensionistico di inabilità, trattamento ai superstiti in caso di decesso del lavoratore antecedente il compimento dell'età pensionabile.

Secondo il nuovo decreto la pensione di vecchiaia è possibile, una volta raggiunti i 65 anni sia per gli uomini che per le donne (ricordiamo che normalmente la vecchiaia pensionistica per le donne si raggiunge a 60 anni!), in presenza di un totale di accrediti, nelle varie gestioni, non inferiore ai 20 anni di contribuzione, e di almeno 6 anni (la delega diceva 5 anni) di contributi in ogni gestione.

La nuova totalizzazione, ed è questa una buona novità, è applicabile anche qualora il diritto alla pensione risulti già perfezionato in forma autonoma in una gestione. Tuttavia la pensione potrà essere determinata secondo le regole della gestione stessa, ma solamente se a carico delle Casse di previdenza per professionisti. Un'evidente limitazione discriminatoria per gli iscritti alle altre gestioni. Un'altra condizione introdotta è quella che da la possibilità di liquidare la pensione anche nella condizione che il totale degli accrediti risulti superiore ai quaranta anni al momento della richiesta. In pratica si recepisce il concetto normativo, già valido nel passato, della equiparazione della pensione di anzianità, conseguita con almeno 40 anni di contribuzione, alla pensione di vecchiaia. Nulla viene invece proposto a favore delle pensioni d'anzianità, che rimangono fuori dal processo di totalizzazione. Anche, in questo caso, oltre che a vanificare i desiderata di molti, si contraddice quanto sollecitato dalla Corte Costituzionale che più volte ha sottolineato l'importanza di una metodologia, non onerosa per gli interessati, finalizzata al recupero degli spezzoni contributivi. Viene, poi, consentito il cumulo per la pensione ai superstiti, anche se sono trascorsi due anni dal decesso del dante causa. La condizione più grave, però, è rappresentata dal fatto che non possono essere più conteggiati nel cumulo frazioni di contributi inferiori ai sei anni, mentre la normativa precedente non precisava alcun limite. Altra causa di esclusione è la presenza di una pensione autonoma in una determinata gestione, liquidata in precedenza dall'interessato. In questo caso le frazioni di contributi accreditate in altre Casse di previdenza sono destinate a rimanere inutilizzabili. Infine viene in parte modificato il criterio del calcolo pensionistico che il nuovo decreto prevede con una liquidazione in forma contributiva per tutte le quote di pensione, accogliendo le tesi sostenute dalle Casse dei professionisti, ma interpretando in senso restrittivo la direttiva della stessa legge delega.

C.T.

segue dalla prima

FACCIAMO IL PUNTO

che qualcuno approfitti di questa situazione e si faccia bello dell'iniziativa e del lavoro altrui spacciandola come frutto esclusivo della propria capacità di elaborazione e proposta. È accaduto, ma non è corretto. Speriamo che i medici sappiano cogliere le differenze di stile e valutare con equità la serietà e l'impegno diverso dei vari gruppi che li rappresentano.

In Parlamento intanto continua il suo contrastato itinerario il Ddl sul "governo clinico". È dubbio che i ristretti tempi a disposizione ne permettano l'approvazione. E forse è meglio così, perché il testo sul quale abbiamo proposto alle diverse forze politiche i nostri emendamenti, non ci piace e non risolverebbe i problemi della vita delle aziende sanitarie.

Il Parlamento, inoltre, sta discutendo la proposta di legge finanziaria per il 2006 presentata dal Governo. Contiene elementi di forte pericolosità:

1) profonda inadeguatezza del fondo destinato al Ssn aumentato solo di 1 miliardo di euro rispetto al 2005, più 2 miliardi per gli arretrati vincolati alla riduzione delle liste di attesa. Questo, sommato ai debiti del Tesoro nei confronti delle Regioni ed alle frequenti e gravi incapacità amministrative da queste dimostrate, definiscono un quadro di grave pericolo per la vita del Servizio;

2) blocco degli organici la cui spesa, compresa quella per i contratti atipici, deve regredire dell'1% rispetto al 2004;

3) forte riduzione dei trasferimenti a Regioni, Comuni e Province che saranno costrette a ridurre l'area di intervento in campo socio-sanitario.

In questi giorni, inoltre, si sta consumando l'ultimo passaggio parlamentare di modifica costituzionale voluta dalla Lega. Se non ci saranno sorprese, l'ultima parola la diranno i cittadini

e noi tra essi, nel referendum confermativo successivo cui dobbiamo prepararci sin da ora.

Siamo profondamente delusi dei modi in cui si sta sviluppando il processo di integrazione tra Università e Ssn previsto dalla legge 517/99.

I fatti dimostrano che il Ssn ha fatto la propria parte condividendo con l'Università la proprietà delle aziende miste, la nomina dei loro direttori generali e dei direttori di dipartimenti ad attività integrata. L'Università, invece, non ha rinunciato a tentare, quasi ovunque, di estendere l'area assistenziale da lei diretta ed ha impedito di fatto il coinvolgimento di strutture e dirigenti del Ssn nella formazione degli specializzandi e nella didattica dei nuovi profili professionali, approfittando dell'inerzia e spesso dell'acquiescenza delle Regioni alcune delle quali stanno approvando leggi che non rispettano i principi della 517/99.

Nonostante questo Rettori e Presidi di facoltà si lamentano della situazione e vanno sostenendo che questa legge deve essere superata. A questo punto si impone un chiarimento. È ancora valida la scelta di uno sviluppo integrato delle due istituzioni? Se la risposta è sì bisogna rispettare la 517/99 ed impedire ad Università e Regioni di stravolgerla. Se la risposta è no, come pare essere nei fatti, tutto deve essere rimesso in discussione a cominciare dal monopolio universitario della formazione specialistica, unico esempio in tutto il panorama europeo, che ha portato finora a pessimi risultati, e dalla necessità della specialità come requisito di accesso al Ssn.

Come si può ben vedere i problemi sono tanti e gravi e il Governo attuale si è dimostrato incapace di affrontarli. Le elezioni politiche non sono lontane ed è già in atto la campagna elet-

torale. Dobbiamo riuscire a far emergere in questo scontro l'importanza del tema salute. Il problema dei diritti dei cittadini, delle condizioni del Ssn e delle difficoltà professionali di chi opera devono diventare un tema su cui si confrontano i due schieramenti. Dobbiamo trovare la forza e la capacità di influire sulla scelta delle forze politiche con le nostre proposte e le nostre convinzioni. In quale modo? Sul tavolo c'è la proposta della Fimm di dare vita per questo ad un vero e proprio partito della salute. È la strada giusta? Noi pensiamo di no. Il fine è condivisibile: battersi per mantenere e rivitalizzare l'attuale sistema di tutela della salute pubblico unico e universale. Lo strumento è inadatto. È una proposta che risente del clima populistico e demagogico che si respira oggi in molti ambienti politici del nostro Paese. I tanti e diversi problemi della nostra società non si risolvono fondando il partito dei contrari alle tasse, degli inquilini, dei pensionati, dei commercianti e così via. Si aumentano soltanto divisioni, confusioni e conflitti. La politica deve essere il luogo della sintesi equilibrata dei diversi interessi. Altra cosa è sostenere, invece, che quel settore di società civile che rappresentiamo, e cioè una categoria responsabile di professionisti che da anni ha dato vita ad una cultura fatta di teoria e prassi politica, sintetica dei propri legittimi interessi e di quelli dei cittadini, possa e debba avere l'opportunità di contribuire con il proprio patrimonio culturale alla definizione di un nuovo assetto del welfare nel nostro Paese. Non è poi scandaloso ritenere opportuno e utile che il contributo non si esaurisca nella partecipazione al progetto, ma prosegua con la presenza di uomini espressione di questo mondo nei luoghi istituzionali, come Parlamento e Governo, in cui i progetti diventano realtà.

Serafino Zucchelli

segue dalla seconda

NEL II BIENNIO UNA "ROAD MAP" PER VALORIZZARE LE ATTIVITÀ DISAGIATE E LO SVILUPPO CONTINUO PROFESSIONALE

Collegio Tecnico; il superamento di queste dà diritto all'acquisizione di crediti professionali definiti nel numero e nel corrispettivo economico unitario dalla contrattazione nazionale.

Questi crediti verranno assegnati identificando a livello nazionale uno specifico portfolio valutativo, un insieme cioè di fattori di valutazione attribuendo a ognuno di essi uno specifico peso in crediti professionali (ad esempio la stessa verifica positiva dell'incarico dà accesso a crediti professionali; a questi si aggiungeranno altri crediti derivanti dalla valorizzazione di altre attività).

La definizione del numero dei crediti professionali e la relativa attribuzione ai dirigenti con verifiche positive, sarà in relazione alle esperienze professionali maturate nel tempo e cadenzate in tre o quattro fasce di

anzianità di servizio perché questa, nei sistemi professionali complessi, non è un disvalore anzi un valore positivo, peraltro diffusamente percepito come tale. La verifica quinquennale del Collegio Tecnico opera dunque sia sul sistema degli incarichi sia sui quello dei crediti professionali, entrambi si sviluppano sulla base di fattori indicati nel portfolio valutativo, gli effetti di valutazioni negative sono normate dal Ccnl e potranno ad esempio comportare la mancata acquisizione per uno o due anni degli ulteriori crediti professionali con relativa perdita economica, fino ad una nuova verifica "straordinaria" mirata sui fattori riscontrati insufficienti alla precedente verifica.

Il corrispettivo economico del nuovo sistema potrebbe trovare due collocazioni nelle voci retributive:

1) Retribuzione di Sviluppo Continuo Professionale

2) Aggiungersi al fisso di posizione nazionale in godimento e seguire le sue dinamiche di sviluppo senza riasorbimento in caso di passaggio a posizioni di valore economico superiore.

Si aprirebbe così la strada ad un modello di sviluppo e valutazione delle risorse professionali e delle retribuzioni a queste connesse meno compresso sulla matrice organizzativa e gestionale delle aziende, almeno in parte aperto e conseguito da tutti i professionisti, potenzialmente in grado di sollecitare ancor di più le attenzioni dei professionisti al miglioramento continuo delle performances e alla cultura della valutazione basata sugli esiti.

Amedeo Bianco,
responsabile Centro Studi
Anaa Assomed

DIRIGENZA MEDICA

Il mensile dell'Anaa Assomed

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

direttore

Serafino Zucchelli

direttore responsabile

Silvia Procaccini

comitato di redazione:

Alberto Andron, Piero Ciccarelli,

Antonio Delvino, Mario Lavecchia

coordinamento editoriale

Cesare Fassari

hanno collaborato:

Arianna Alberti, Eva Antoniotti,
Paola Camevale, Lucia Conti, Stefano Simoni,
Alfonso Tagliamonte, Claudio Testuzza

Progetto grafico e impaginazione:

Daniele Lucia, Barbara Rizzuti

Periodico Associato

ANES

Editore

IEP ITALPROMO ESIS PUBLISHING

Via Vittore Carpaccio 18, 00147 Roma

email: redazione@ihg.it - www.ie-p.it

tel. 06.64.65.031 - fax 06.64.65.03.28

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

Sped. in abb. postale - D.L. 353/2003

(conv. in L. 27/02/2004 n. 46) art. 1, comma 1, DCB ancona
Diritto alla riservatezza: "Dirigenza Medica" garantisce la massima
riservatezza dei dati forniti dagli abbonati nel rispetto della legge 675/96
Stampa: Tecnostampa srl - via Le Brece 60025 Loreto (An)
Finito di stampare nel mese di dicembre 2005