

DIRIGENZA MEDICA

Il mensile dell'Anaao 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 ROMA N.11/2006

Editoriale

CONTRATTO 2006-2009: SICUREZZA, MERITO, SALARIO

Carlo Lusenti

I rinnovi contrattuali, sempre troppo a lungo attesi in un Paese perennemente in ritardo, producono ad ogni tornata un vasto ed eterogeneo elenco di aspettative tra i lavoratori interessati (entro certi limiti è fisiologico che l'attesa alimenti il desiderio, al di là di questi determina diversi sentimenti).

Speranze e richieste naturalmente tutte legittime e motivate, ma a volte non pertinenti, perché riferite a temi che trovano orientamento e soluzione in fonti legislative nazionali e regionali, a volte eccedenti il quadro economico e normativo all'interno del quale si sviluppa il confronto tra le parti, a volte troppo specifiche e puntiformi, non percepite come problemi di categoria.

Questo è il primo problema da risolvere alla vigilia di una trattativa per il rinnovo del contratto nazionale di lavoro: fare una sintesi ed un elenco di priorità, essere in sintonia con i bisogni della categoria che si rappresenta senza scrivere l'elenco del telefono, essere ambiziosi e ragionevoli, rigorosi e realisti.

Le priorità si esprimono con parole che diventano bandiere, e quindi quali sono le parole d'ordine del prossimo contratto? Dietro quali insegne ci incamminiamo?

Penso ne bastino tre: sicurezza, merito e salario. Più sicurezza vuol dire:

- lotta al precariato anche negli ospedali, che da tempo giunto a livelli inaccettabili interrompe la catena di trasmissione delle competenze, riducendo la qualità dei servizi oltre a mortificare e spegnere le più giovani energie professionali;

- puntuale rispetto di norme contrattuali e legislative, per superare una deregulation che non serve a garantire più efficienza, ma piuttosto crea condizioni diffuse di illegittimità che non raramente sfociano nell'illegalità;

- sostenere una politica degli organici che, al netto della necessaria riorganizzazione della rete ospedaliera, e dopo anni di blocco sancito da leggi di bilancio fatte con puri fini di razionamento, garantisca condizioni organizzative sicure per medici e pazienti;

- il puntuale rispetto delle norme nazionali ed europee che definiscono i criteri per una organizzazione del lavoro che salvaguardi la salute degli operatori e garantisca ai cittadini di essere assistiti da personale in condizioni psicofisiche adeguate ai difficili compiti che svolgono;

- la diffusione in tutte le aziende sanitarie di si-

segue a pag. 2

CCNL 2006/2009

Chiesti tempi rapidi per chiudere il I biennio economico

Si sono aperte all'Aran il 25 febbraio le trattative per il rinnovo del Ccnl relativo al quadriennio normativo 2006-2009 ed al biennio economico 2006-2007. Una convocazione che arriva dopo due mesi dall'approvazione da parte del Governo dell'atto di indirizzo che fissa l'entità degli aumenti contrattuali a regime (4,85%) per il biennio 2006/2007.

L'Anaao Assomed ha sollecitato una accelerazione della trattativa per arrivare in tempi stretti ad un accordo che consenta la rapida distribuzione degli aumenti contrattuali ad una categoria pesantemente penalizzata dagli effetti dell'inflazione, dal ritardo del rinnovo contrattuale e dall'incremento dei carichi fiscali. L'Associazione auspica un contratto sintetico nella parte normativa che dovrà affrontare prioritariamente gli aspetti urgenti, demandando ulteriori approfondimenti alle code contrattuali: questo con l'obiettivo di arrivare rapidamente al rinnovo del I biennio economico.

a pagina 2

POLITICA E SANITÀ

Ricominciare da capo

Il tema del rapporto della politica con la sanità è tornato alla ribalta. Ma è soprattutto la pervasività capillare dei partiti, che produce effetti negativi non solo nella gestione del sistema sanità ma anche nel rapporto medico paziente, messo a dura prova dalla perdita di credibilità della professione, a stimolare il dibattito. Di certo riportare la macchi-

na in carreggiata e svincolare la sanità dai lacci della politica richiederà un grande sforzo da parte di tutti gli attori del mondo sanitario. In questo numero di Dirigenza Medica pubblichiamo le riflessioni sul tema di Costantino Troise, vice segretario nazionale vicario dell'Anaao Assomed.

a pagina 4

CONVEGNO NAZIONALE "SUD E SANITÀ: UNA NUOVA QUESTIONE MERIDIONALE?"

Allarme sanità nel Sud

Al Sud c'è una vera e propria emergenza sanitaria. E di fronte a questa "nuova questione meridionale della sanità" bisogna trovare al più presto soluzioni costruttive o il Sud andrà alla deriva. Proprio su questo tema, medici e rappresentanti istituzionali si sono confrontati in occasione del Congresso promos-

so a Napoli dall'Anaao Assomed. Secondo il segretario nazionale dell'Anaao Assomed, Carlo Lusenti "o la sanità del Sud viene assunta come una questione nazionale o continuerà a decadere giorno per giorno. Ci vuole più Stato e responsabilità".

da pagina 5

PRIMO PIANO

Le anticipazioni sul documento al vaglio di Fnomceo, sindacati, Farminindustria e Assobiomedica che regolerà i rapporti tra medici e Aziende

A PAGINA 3

DALLE REGIONI

I pareri dei segretari regionali Anaao Assomed di Piemonte, Veneto, Umbria, Marche, Basilicata e Sicilia sui criteri di nomina dei Direttori generali delle Aziende sanitarie

ALLE PAGINE 10-11

GIURISPRUDENZA

Le sentenze della magistratura sulle inadempienze dei medici ospedalieri durante lo svolgimento dell'attività intramuraria

A PAGINA 14

TUTELA LAVORO

La disciplina normativa sui rapporti che regolano le procedure concorsuali e la mobilità volontaria della dirigenza medica

A PAGINA 16

CCNL 2006/2009

Chiesti tempi rapidi per chiudere il biennio economico 2006-2007

Il 25 febbraio scorso sono iniziate le trattative per il rinnovo del contratto di lavoro dei dirigenti medici – quadriennio normativo 2006-2009 e biennio economico 2006/2007 – scaduto ormai da 26 mesi. Tale convocazione giunge con un ritardo di due mesi dall'approvazione da parte del Governo dell'atto di indirizzo che fissa l'entità degli aumenti contrattuali a regime (4,85%) per il biennio 2006/2007. L'Anaa Assomed ha sollecitato una accelerazione della trattativa per giungere al più presto ad un accordo che consenta la rapida distribuzione degli aumenti contrattuali ad una categoria pesantemente penalizzata dagli effetti dell'inflazione, dal ritardo

del rinnovo contrattuale e dall'incremento dei carichi fiscali.

È stata affrontata la questione della rappresentatività che ha portato tutte le organizzazioni sindacali e le confederazioni all'elaborazione di un documento a verbale nel quale, da un lato si richiede il pieno rispetto delle norme in materia di rappresentatività e dall'altro si riafferma la necessità di proseguire l'iter del rinnovo contrattuale senza rallentamenti dovuti a conflitti interpretativi sulla rappresentatività, che dovranno essere risolti nelle sedi opportune.

Occorre un grande senso di responsabilità da parte di tutti gli attori (Aran, Comitato di Settore, or-

ganizzazioni sindacali, Governo e Regioni) per produrre il massimo impegno necessario al sollecito rinnovo del contratto e non devono essere forniti alibi a manovre dilatorie che determinerebbero un evidente danno economico per la categoria.

L'Anaa Assomed auspica un contratto sintetico nella parte normativa che dovrà affrontare prioritariamente gli aspetti urgenti, demandando ulteriori approfondimenti a code contrattuali. Tutto ciò al fine di procedere speditamente al rinnovo del I biennio economico, le cui risorse devono essere urgentemente distribuite e rese facilmente esigibili anche per la parte riservata alla contrattazione decentrata.

COMUNICATO ANAAO ASSOMED

La Fnomceo ha il diritto di esprimere le valutazioni della categoria medica

L'organo di rappresentanza della professione medica, la Fnomceo, ha il pieno diritto e il dovere istituzionale di esprimere il proprio giudizio su questioni che i medici italiani affrontano quotidianamente nella pratica professionale. Questo il giudizio espresso dall'Anaa Assomed in merito alle contestazioni sul documento della Federazione degli Ordini dei Medici Chirurghi e Odontoiatri che ha affrontato alcune questioni etiche. Sorprende pertanto – si legge in una nota – il clamore sollevato e sconcerta il fatto che sull'argomento abbiano diritto di parola tutte le categorie e tutte le parti politiche, spesso con dubbia competenza, mentre viene messa in discussione la legittimità dell'espressione di orientamen-

ti deontologici oggetto di un confronto aperto da parte di chi è impegnato in prima linea per assicurare un diritto del cittadino nel rispetto delle leggi dello Stato.

I temi deontologici costituiscono un argomento di competenza degli ordini professionali, che, ricordiamo, sono istituzioni democraticamente elette e non circoli costituiti per affinità ideologiche, i cui giudizi ed orientamenti assolvono ad un preciso compito a tutela dei cittadini e dovrebbero essere considerati un contributo tecnico al dibattito e alle scelte normative e non pretesto per strumentalizzazioni politiche. A partire da quanto elaborato dalla Commissione Deontologica che, pur esprimendo un positivo equilibrio di valori coerente con il

codice deontologico, è stato travolto da una astiosa ed interessata polemica sul voto-non voto.

Esprimiamo piena solidarietà alla Fnomceo – conclude la nota – ribadendo l'indipendenza e l'autonomia della professione che non possono essere piegate ad esigenze di parte. La comunità non può disconoscere il ruolo sociale del medico e delle sue istituzioni né accettare diritti di veto o costrizioni al sordomutismo dei suoi organismi istituzionali.

I medici non vogliono invadere il campo di competenza delle scelte politiche, ma i partiti facciano altrettanto evitando di reclutarli in maniera surrettizia nelle proprie file, rispettando le opinioni tecnico-scientifiche ed assicurando loro libertà di autonoma espressione.

segue dalla prima

CONTRATTO 2006-2009: SICUREZZA, MERITO, SALARIO

stemi di prevenzione e salvaguardia del rischio clinico, dalle unità di risk management ad adeguate coperture assicurative, da procedure affidabili di gestione del contenzioso alla definizione di procedure validate dalle istituzioni (aziende o regioni) per l'informazione dei pazienti e l'acquisizione del consenso ai trattamenti sanitari;

- riconoscere e valorizzare, dopo nove anni di fermo, l'impegno di chi liberamente sceglie di dedicare tempo e competenza professionale in modo esclusivo all'ospedale pubblico.

Riconoscere e premiare il merito significa:

- liberare dalle influenze della politica parti-

tica la gestione delle aziende sanitarie, a partire dai sistemi che scelgono i clinici chiamati ad assumere responsabilità gestionali, lasciando alla responsabilità politica delle istituzioni il difficile compito di definire risorse e strategie;

- rafforzare i contenuti contrattuali che si occupano di valorizzare la crescita professionale legata al saper fare, che riguarda tutti i medici e che prescinde dall'assunzione di responsabilità gestionali;

- diffondere in tutte le aziende sanitarie e rendere omogenei e condivisi i percorsi di valutazione, professionale e produttiva, già

ampiamente ed analiticamente definiti nel contratto vigente, ma spesso ignorati o applicati in modo distorto e punitivo;

- di nuovo premiare adeguatamente chi, con una scelta che è prima di tutto di valore, riconosce l'ospedale come il luogo privilegiato per l'impegno professionale.

Infine il salario.

Il tema dell'adeguamento salariale, dopo quindici anni di stretta politica dei redditi contemporanea a 3 lustri di inflazione reale molto distante da quella certificata, attraversa tutte le categorie di lavoratori, in particolar modo quelli dipendenti che non hanno usufruito dei vantaggi (più autonomia e più furbizia, se non meno onestà) di cui godono i la-

voratori autonomi. I medici, seppur in condizioni meno drammatiche, vivono allo stesso modo questo problema, acuito dall'eccezionale sacrificio a cui sono stati chiamati in questi anni dalla leva fiscale. Un salario adeguato a compiti e responsabilità, a impegno e competenza, a investimento umano e professionale, è un obiettivo ineludibile il cui raggiungimento non solo riconosce un diritto ma anche rafforza motivazioni e senso di appartenenza, opponendosi ad una spirale di frustrazione e marginalità che corrompe le fondamenta del servizio sanitario pubblico.

Per il momento solo tre parole, ma almeno che siano chiare.

Carlo Lusenti

UN DOCUMENTO PER REGOLARE I RAPPORTI TRA MEDICI E INDUSTRIA DELLA SALUTE

Le regole della trasparenza

Fnomceo e sindacati medici da una parte, Farindustria e Assobiomedica dall'altra. Sono questi i protagonisti di una trattativa che dovrebbe portare a breve alla definizione di un Codice etico che fissi limiti e reciproche garanzie per i medici e le aziende che operano nel settore sanitario

Eva Antoniotti

Più di un anno fa, dopo l'approvazione della legge Finanziaria per il 2007, Farindustria decise di sospendere tutte le sponsorizzazioni da parte delle aziende aderenti all'associazione a convegni e seminari per l'aggiornamento del personale sanitario. Era una protesta contro alcuni "tagli" contenuti nella legge di bilancio dello Stato che creò indubbiamente qualche disagio nel mondo della sanità, ma che soprattutto dimostrò, una volta di più, la necessità di riflettere (e di prendere decisioni) sul delicato terreno dei rapporti tra professionisti e industria, spesso oggetto anche di campagne di stampa e di scandali.

A partire anche da queste considerazioni, la Fnomceo si è fatta promotrice di un'iniziativa, condivisa con tutti i sindacati medici e le società scientifiche, di confronto con le rappresentanze dell'industria, e segnatamente con Farindustria, che riunisce le industrie del farmaco che operano in Italia, e Assobiomedica, nella quale confluiscono gran parte delle aziende produttrici di presidi e attrezzature medicali. Innovativa la modalità con cui è stato avviato questo tavolo di confronto, senza ricorrere alla "terzietà" di un soggetto politico istituzionale, ma con un rapporto diretto tra i soggetti coinvolti. E in questa fase di "stallo" della politica, concentrata ora sulla prossima scadenza elettorale, questa caratteristica rende possibile una prosecuzione dei lavori senza impacci, tanto che probabilmente

Un primo documento comune potrebbe essere presentato in occasione del Convegno organizzato dall'Ordine dei Medici di Rimini e dedicato alle biotecnologie, che si terrà nella città romagnola a metà di marzo.

I TEMI DEL CONFRONTO

L'obiettivo dichiarato di questo tavolo è quello di definire norme etiche che liberino il rapporto tra medico e paziente dal peso di possibili conflitti di interesse e rendano più trasparenti i rapporti dei medici con l'industria, tanto nell'assistenza quanto nella formazione e nella ricerca. E medici e industria hanno in comune l'insofferenza verso una gestione della sanità in chiave economicista, poco attenta ai contenuti e ai risultati. Ribaltato in positivo ciò vuol dire cercare il modo per premiare la ricerca e l'innovazione autentica, che è di vantaggio sia per gli industriali che per la salute dei cittadini.

Parole chiave sono quindi il valore dell'innovazione, l'appropriatezza e l'efficacia.

E, accanto a questo, il grande terreno dell'informazione scientifica, che non può e non deve tradursi solo in una sorta di "pubblicità", ma piuttosto offrire ai medici tutti i dati necessari per poter compiere in piena libertà le scelte terapeutiche per i propri pazienti.

LE PROPOSTE DEI MEDICI

Questo lavoro ha trovato una prima sintesi in un

documento messo a punto dalla componente medica che dovrà ora essere vagliato dalla controparte industriale.

Minuziose le norme rivolte ai medici: nessun finanziamento diretto ai professionisti per la partecipazione ai convegni; nessuna giornata di soggiorno extra, né accompagnatori ospiti; esplicitazione dei rapporti che i relatori possono avere con l'azienda promotrice.

Ma soprattutto attenzione a non confondere i ruoli e le responsabilità: gli sponsor dell'evento non devono condizionarne i contenuti che restano di piena competenza del responsabile scientifico dell'evento. E per maggiore chiarezza è stato anche messo a punto un modello di contratto di sponsorizzazione che potrebbe essere utilizzato per gli eventi di formazione e dunque di Ecm.

Particolare attenzione anche alla sperimentazione di farmaci e tecnologie: nei trial clinici occorrerà rendere noti gli eventuali rapporti di consulenza che legano ricercatore e sponsor della ricerca; lo studio non deve essere interrotto se non per motivazioni scientifiche e i suoi esiti devono essere pubblicati, anche quando non si raggiungano i risultati attesi.

Centrale, ovviamente, la riflessione intorno a innovazione, efficacia e sicurezza dei farmaci. Il documento indica come "fonte ottimale di informazione" su un farmaco lo studio comparativo "testa a testa" che mette a confronto prodotti diversi di una stessa classe terapeutica, anche se questo tipo di studio non è attualmente richiesto e l'efficacia viene solitamente valutata in studi "contro placebo". La proposta dei medici è che si incoraggino le aziende a svolgere studi comparativi tra molecole e studi di sicurezza a lungo termine, certamente costosi, offrendo in cambio un allungamento del periodo di copertura brevettuale.

Per contro, l'immissione in commercio di farmaci che non si differenziano sostanzialmente da altre molecole già disponibili, i cosiddetti "me-too", dovrebbe avere una copertura brevettuale più breve, così da premiare i produttori di farmaci realmente innovativi e incoraggiare le aziende in questa direzione.

Un Osservatorio per l'informazione scientifica Per "sostenere la ricerca pubblica e indipendente, favorire l'informazione indipendente e qualificare l'informazione industriale" il documento propone anche l'istituzione di un organismo condiviso a cui partecipino le rappresentanze dei diversi soggetti coinvolti che vagli contenuti e modalità dell'informazione scientifica, sia rivolta ai professionisti sia rivolta ai cittadini.

A far parte di questo Osservatorio dovrebbero esserci rappresentanti della Fnomceo, delle Società scientifiche mediche, di Farindustria, di Assobiomedica, delle associazioni di tutela dei malati, dell'Aifa, della Commissione Unica per i Di-

positivi (Cud), dell'Assr, del Comitato Nazionale Bioetica e, infine, degli informatori scientifici del farmaco.

Per garantirne l'indipendenza, la struttura dovrebbe finanziarsi attraverso un contributo iniziale di tutti i partecipanti e un contributo obbligatorio versato da coloro che chiedono che siano vagliate le attività di informazione scientifica, oltre che da donazioni di enti pubblici e privati. Ovviamente, il principale terreno di iniziativa di questo organismo dovrebbe essere quello dell'Ecm, attraverso attività di service (formulare di propria iniziativa e/o valutare e con-validare proposte di progetti formativi/informativi di interesse generale, nonché ricercare e/o assumere le relative sponsorizzazioni ai progetti trasferendoli, secondo procedure trasparenti, a provider regionali e nazionali, pubblici e privati accreditati) e attività di monitoraggio e controllo etico delle sponsorizzazioni e più in generale del marketing. Obiettivi ambiziosi, con in quali il futuro Governo dovrà certamente confrontarsi.

I CRITERI ETICI

CRITERIO DI TRASPARENZA

Obbligo di esplicitare eventuali conflitti di interesse dei relatori e degli organizzatori a tutti i partecipanti alle iniziative.

CRITERIO DI EFFICIENZA

I medici coinvolti possono ricevere finanziamenti diretti o indiretti limitati agli aspetti essenziali ed appropriati per il raggiungimento degli obiettivi dell'iniziativa di informazione, formazione o ricerca, dettagliatamente individuati.

CRITERI DI ACCESSIBILITÀ

Le iniziative di informazione e formazione devono poter essere accessibili al maggior numero possibile di medici senza distinzione d'età o di collocazione gerarchica. Al riguardo sono da valutare possibili riserve di quote per i medici più giovani, per specialità "povere", o tetti alle sponsorizzazioni individuali per partecipazione, a qualsivoglia titolo, a convegni o congressi o corsi di formazione. Ogni medico, se richiesto, dovrà mostrare un resoconto delle eventuali sponsorizzazioni ricevute.

CRITERIO DI APPROPRIATEZZA

I finanziamenti non finalizzati alla realizzazione di specifici progetti, ma al finanziamento degli scopi sociali degli enti oggetto di sponsorizzazione, dovranno essere resi pubblici e comunicati per la valutazione di appropriatezza etica e per le eventuali modalità di esplicita dichiarazione della condizione di conflitto di interesse. Ovviamente è oggetto di valutazione etica anche la coerenza dell'entità finanziaria della sponsorizzazione con i contenuti, ed impatto tecnico-scientifico e tecnico-professionale del progetto

POLITICA E SANITÀ

Ricominciare da capo

Gli intrecci fra politica e sanità sono una realtà incontrovertibile del nostro Paese. Soprattutto la cattiva politica è ormai entrata nel Dna e nella storia della sanità trasformandola in un organismo geneticamente modificato. Ritrovare nuovi equilibri richiederà un grande sforzo da parte di tutti gli attori del mondo sanitario.

Costantino Troise*

È tornato di attualità il tema del rapporto della politica con la sanità, accompagnato da un diffuso convincimento della pervasività capillare dei partiti con conseguenze insostenibili per la efficacia di gestione e per lo stesso rapporto medico-paziente, messo a dura prova dalla perdita di credibilità della professione. Certo, di presenza ossessionante della politica, si parla anche per altri settori, (municipalizzate, trasporti, edilizia, ecc.) ma la sanità è ancora la spoglia più ambita per il suo rappresentare circa il 75 per cento dei bilanci regionali, un territorio ove distribuire piaceri per raccogliere consensi.

Tra sussurri e grida, negli ultimi giorni è esploso un "così fan tutti" tra l'assolutorio ed il rassegnato, talmente vero nella realtà da apparire scontato per molti.

Niente di nuovo sotto il sole visto che il governo spartitorio della sanità attraversa come un fiume carsico tutta la sua lunga storia. Dalle casse mutue alle seicentocinquanta Usl istituite dalla legge di riforma sanitaria, ognuna con un Comitato di gestione nominato dai Comuni, fino alle Aziende nate dalla riforma bis del 1992 ed ai Direttori generali designati dalle Regioni. Un dibattito che, peraltro, agita di questi tempi anche il mondo inglese ove l'associazione dei medici chiede che la politica esca dalla gestione della sanità.

Una pratica tanto radicata da entrare nel Dna facendo della sanità un organismo geneticamente modificato.

Da tempo sosteniamo che una fase del processo di aziendalizzazione in sanità si è conclusa.

Le polemiche di questi giorni ci inducono a ritenere che l'intero processo, che per la verità ha suscitato delusioni più che risultati concreti, ed il conseguente modello organizzativo-gestionale delle Aziende Sanitarie, sia giunto dopo quindici anni al capolinea ed occorra ripensare l'intero disegno della governance del sistema sanitario. A partire dallo scioglimento della ambiguità, non solo semantica, della definizione di Aziende sanitarie, la cui stessa natura giuridica appare ancora incerta, fino alle modalità di nomina dei Direttori generali e, a cascata, di conferimento degli incarichi ai professionisti.

Forse non basta parlare di Aziende speciali o etiche per rimarcare la differenza delle "Aziende sanitarie" da quelle industriali non solo per la tipologia della produzione ma anche per le finalità. Malgrado le Aziende sanitarie si comportino come Aziende contabili, tese al recupero della dimensione economica insita nelle prestazioni sanitarie, tendenzialmente indifferenti al loro finalismo istituzionale, scarsamente orientate verso la dimensione dell'efficienza, dell'efficacia e della appropriatezza, scontando la marginalità della componente professionale medica priva di un coinvolgimento operativo nei percorsi gestionali, esse non appaiono facilmente i-

dentificabili con il modello della produzione di beni. Per di più, nell'impianto organizzativo e funzionale si sono evidenziati elementi discutibili o largamente insufficienti, a cominciare dall'assetto direzionale.

Il Direttore generale è una vera e propria figura di "governatore" inviato dalla Giunta regionale, a dirigere un territorio che non conosce e che non lo riconosce, quasi un vicerè, con un mandato tanto preciso sugli obiettivi economici quanto vago sui risultati di salute, responsabile, di fatto, della strategia aziendale e di tutte le funzioni successive d'organizzazione, di gestione, e di verifica. Con il sospetto che la fiducia dipenda dalla appartenenza politica più che dalle capacità professionali. Chiudere i bilanci quanto più possibile vicino al pareggio appare il mandato principale di chi non ha particolari responsabilità politiche di lunga durata nei confronti del territorio che va ad amministrare. Tagliare tutto quello che costa, compresi i diritti. Compito francamente improbo. E se ne vedono, infatti, i risultati in molte realtà. L'anomalia del modello aziendale, ultimo residuo di sistema feudale, è palese.

Se non si può immaginare di scindere la responsabilità politica di tutela della salute dei cittadini, compito delle Regioni, dal potere di nomina di coloro ai quali spetterà l'attuazione delle politiche di programmazione e di indirizzo sanitario stabilite dalla Giunta occorre definire i requisiti professionali, i criteri e le procedure delle scelte per una loro totale trasparenza. Inutili albi e registri in assenza di requisiti che elevino la asticella della qualità professionale e tengano conto della specificità della funzione, definiti a livello centrale senza far da te regionale, curricula verificabili valutati da esperti extra regionali e trasparenza delle procedure. E di una valutazione oggettiva, in itinere ed al termine dell'incarico, su obiettivi comprensibili, raggiungibili e misurabili e non solo di natura economica. E per aumentare il "controllo sociale" si può recuperare dall'attuale ruolo marginale la conferenza dei sindaci, organo politico, di fatto e di diritto, cui è demandato il compito di fissare gli indirizzi delle Asl e di indicare gli obiettivi da raggiungere nel quadro delle indicazioni strategiche del Psr. La riforma del 1992 per ovviare all'eccesso di potere gestionale affidato dalla legge 833 ad organismi politici di nomina comunale (i Comitati di gestione delle Usl) riportò verso le Regioni il pendolo del potere in Sanità trasferendo loro tutte le competenze normative, organizzative e gestionali. Tale soluzione ha aperto la strada, ampliata dalla modifica del Titolo V della Costituzione, in molte realtà, ad un neocentralismo regionale, esemplificato dal rapporto speculare tra monocrazia del presidente di Giunta che nomina e monocrazia del Direttore generale nominato. Per fermare l'attuale deriva regionale da più parti si propone la

riconsiderazione degli Enti locali come organi politici di mediazione tra i bisogni dei cittadini, le Aziende sanitarie e gli assessori regionali, per favorire le sinergie con le attività socio assistenziali che fanno istituzionalmente capo ai Comuni anche interloquendo nei processi di scelta e di valutazione dei direttori. Il nodo reale rimane l'assunzione di responsabilità rispetto a tali processi nel difficile tentativo di coniugare i bisogni delle comunità locali, che partecipano alla programmazione sanitaria e, con varie modalità, ai processi decisionali, con la responsabilità economica delle scelte da tale autonomia derivate.

La politica non deve entrare in alcun modo nella partita delle nomine dei primari, o meglio direttori di struttura complessa, e di tutte le articolazioni di carriera dei medici del Ssn che si sono trovate esposte alle invasioni barbariche da parte di lobbies di diversa natura.

Non c'è "un tempo antico e degno di rimpianto" o spazio per la nostalgia di un sistema concorsuale ove, spesso, oltre al nome del vincitore era predeterminata l'intera graduatoria ipotizzando anche il futuro e che, in altri settori, non sembra dare prova migliore. Si pensi all'Università, ove gli scandali di Modena e Roma sono solo gli ultimi di una lunghissima serie.

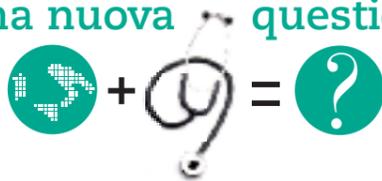
Il carattere distintivo dell'incarico di direzione di struttura complessa è nell'esercizio di funzioni tecnico professionali in regime di autonomia, per cui non appare invocabile il principio del rapporto fiduciario, a differenza del management intermedio rappresentato dal Direttore di dipartimento ove gli aspetti di coordinamento e controllo dei processi operativi appaiono prevalenti rispetto a quelli clinico professionali.

Allora occorre valorizzare l'autonomia della professione restituendo ai suoi rappresentanti la potestà della scelta attraverso commissioni larghe, presiedute dal Direttore di dipartimento in rappresentanza delle logiche aziendali e composte da membri extra regionali estratti a sorte, cui affidare la valutazione analitica pesata del curriculum professionale che porti ad una vera graduatoria che non può essere rigettata. E per i primari universitari pensare a meccanismi specifici a supporto della intesa tra Rettore e Direttore generale, escludendo investiture automatiche e duplicità di ruoli giuridici.

Alle Regioni tocca garantire il principio di legittimità, il rispetto delle leggi.

Non esistono regole perfette o ricette miracolose, ma "se nessun sistema può fare diventare buono un uomo cattivo, un cattivo sistema può vanificare gli sforzi degli uomini buoni" (Gandhi). Rimettere la situazione sui binari giusti è lavoro lungo e difficile. Occorre trovare un accordo almeno sull'essenziale: allontanarsi il più possibile dalla situazione attuale.

*Vice Segretario nazionale vicario Anaa Assomed



CONVEGNO NAZIONALE "SUD E SANITÀ: UNA NUOVA QUESTIONE MERIDIONALE?" – NAPOLI 2 FEBBRAIO

Allarme sanità nel Sud

Ester Maragò

Siamo in presenza di una vera e propria "emergenza Sud". Più esattamente siamo di fronte ad una nuova "questione meridionale nella sanità". Una sanità che non mostra solo qualche crepa, ma segni di un evidente disastro strutturale e organizzativo.

A far suonare il campanello d'allarme è l'Anao Assomed che ha organizzato, proprio nella città più "calda" del Meridione, Napoli, un convegno dal titolo "Sud e sanità: una nuova questione meridionale?".

Il quadro emerso è desolante: nell'Italia che viaggia a differenti velocità non solo da Regione a Regione, ma da città a città, e persino da Asl ad Asl di una stessa Regione, il Sud è in evidente affanno. Non sono solo le morti di Vibo Valentia a parlare di un Sud che arranca, ci sono anche dati eloquenti che raccontano di gravi problemi nell'accesso ai servizi, di programmi di screening per tumore alla mammella avviati in ritardo rispetto al resto del Paese, di Piani di prevenzione realizzati solo a metà. E la deriva verso cui stiamo andando è chiara: "Oggi è fondato il rischio - ha affermato il vicesegretario dell'Anao Assomed, **Costantino Troise** - di una inaccettabile differenziazione dei diritti dei cittadini meridionali per ciò che riguarda la salute. Assistiamo ad un incremento delle differenze tra Nord e Sud non solo sul piano finanziario ed organizzativo ma anche per i meccanismi di prevenzione e tutela della salute". Ma la dice lunga anche la mancanza di risposte da parte di chi dovrebbe riportare la macchina sanità in carreggiata: alla tavola rotonda di Napoli dei sei assessori alla salute invitati a parlare, l'unico ad accettare il confronto è stato **Antonio Potenza** della Basilicata. Dal padrone di

la Salute e delle Riforme e Innovazione nella Pubblica amministrazione

LUSENTI: SERVE UNA RINNOVATA RESPONSABILITÀ NAZIONALE

Per Lusenti, la questione meridionale della sanità va assunta come questione nazionale. "Negli ultimi 15 anni, da quando cioè le Regioni hanno più potere, non ci sono stati miglioramenti. Ci vuole 'più Stato' e responsabilità. E per quanto ci riguarda, crediamo in una rinnovata responsabilità nazionale".

Per Livia Turco il "cuore" del problema meridionale non è, solo, quello più scontato e legato ai finanziamenti, bisogna invece "costruire l'auto-sufficienza del Mezzogiorno in Sanità: per questo - ha ammonito - ci vogliono risorse adeguate, ma queste non sono tutto perché il problema del Mezzogiorno non è solo quello della quantità dei fondi ma è, bensì, legato alle capacità di gestione e organizzazione".

E che ci sia un problema di equità nell'accesso alle cure al Sud è stato confermato, dati alla mano, anche dalla responsabile del welfare e salute del Censis, **Concetta Vaccaro**: "Il quadro che emerge evidenzia un peggioramento della situazione della salute dei cittadini residenti man mano che si procede verso le regioni meridionali. E questo nonostante la struttura per età della popolazione, che determina un peggioramento della mortalità con l'aumento del tasso di invecchiamento, è tendenzialmente più elevata al Nord".

Soprattutto, secondo la relatrice, "la vecchia dicotomia Nord-Sud in cui si descrive un Meri-

tiva dell'esistenza di una situazione di crisi nel meridione.

VALUTAZIONE DEI RISULTATI E MAGGIORI CONTROLLI SULLA SPESA

Come uscire dall'impasse? Su questo Livia Turco è stata chiara: occorre intervenire su tre fronti: 'con-

L'intervento di Carlo Lusenti

L'EMERGENZA SUD DEVE DIVENTARE UNA QUESTIONE NAZIONALE

"La questione meridionale nella sanità è sempre esistita, ma va assunta come una questione nazionale o si continuerà a decadere giorno per giorno". È questo il monito lanciato da Carlo Lusenti che ha indicato con chiarezza qual è la soluzione più idonea per uscire dalle secche nelle quali si è arenata la sanità del Mezzogiorno.

Secondo il segretario serve più Stato e responsabilità: "Tutto questo vuol dire capire se si vuole meno federalismo e più responsabilità centrale; per quanto ci riguarda, crediamo in una rinnovata responsabilità

nazionale". Non è più di moda dire "più Stato" ha osservato Lusenti, di contro è sicuramente di moda dire "più federalismo". Tuttavia, ha aggiunto "abbiamo visto che con questa ricetta, ovvero il federalismo, i problemi non si sono risolti. Al contrario più Stato significa dire più programmazione, più controllo e non assistenza a pioggia". Il punto cruciale vero, per Lusenti, è che "non è tollerabile che un diritto di cittadinanza fondamentale come quello della salute, abbia una diversa considerazione a seconda delle regioni in cui il cittadino è residente". Ma anche i cittadini devono fare la loro parte: "In alcuni luoghi - ha spiegato - gli ospedali funzionano meglio perché

la società civile li sente come una cosa propria". Per il segretario nazionale c'è bisogno di una politica condivisa, fatta di valori, di un insieme di valori per la convivenza civile. E questa non è un'affermazione banale, ha chiarito: "Vogliamo sicurezza, accessibilità, trasparenza. Questo vogliamo. Sentiamo la responsabilità di parlare di questi temi, e alla responsabilità richiamiamo tutti".

Dallo scenario tracciato, ha rimarcato Lusenti, emergono sicuramente "grandi difficoltà, ma anche grandi occasioni". Sempre se "si è capaci di coglierle".

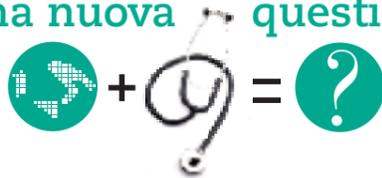


casa, l'assessore campano **Angelo Montemarano** al suo collega pugliese **Angelo Tedesco** a **Nerina Dirindin** della Sardegna, **Roberto Lagalla** della Sicilia e **Agazio Loiero** della Calabria, tutti hanno disertato l'appuntamento. "La loro assenza è eloquente e non è casuale" ha stigmatizzato il segretario nazionale **Carlo Lusenti**.

Alla tavola rotonda hanno partecipato **Guido Riva**, presidente della commissione sanità di Confindustria, **Amedeo Bianco**, presidente di Fnomceo, e **Alessio Terzi**, presidente di Cittadinanzattiva, nonché i ministri **Livia Turco** e **Luigi Nicolais** del-

la dione caratterizzato da una popolazione più giovane e quindi tendenzialmente più sana nonostante un livello di offerta meno soddisfacente, appare sostanzialmente superata". Eppure, **Livia Turco** ha voluto portare alla luce anche un dato in 'controtendenza': al Sud si muore di meno (per 100mila abitanti 828 decessi al Sud, 971 al Nord e 980 al Centro) nonostante i servizi sanitari e le strutture siano spesso inadeguati ed i cittadini si dichiarino fortemente insoddisfatti delle prestazioni del Ssn.

E proprio questa insoddisfazione è esemplifica-



trolo' del federalismo, valutazione dei risultati, e verifica dell'applicazione dei Lea per tenere sotto controllo l'andamento della spesa sanitaria

"Innanzitutto – ha spiegato il Ministro – bisogna dotare il federalismo di strumenti più adeguati di cooperazione istituzionale, il che significa rivedere il modo in cui si fanno i Piani sanitari nazionali e regionali, e prevedere dei poteri sostitutivi che siano efficaci". Sono poi necessari "una cultura e degli strumenti per la valutazione dei risultati, e la recente legge sull'ammodernamento del sistema sanita-

rio lo prevede". Terzo punto cruciale riguarda i Lea: "Bisogna avere sempre a livello nazionale – ha detto – strumenti per la valutazione dell'applicazione dei Lea; in altre parole, strumenti per tenere sotto controllo l'andamento della spesa sanitaria". In ogni modo, ha chiosato Turco, "il Sud non ha bisogno di facile retorica sulla malasania o di procedure ad hoc, bensì di un sistema sanitario unitario e che sia di sostegno".

Un accordo politico bipartisan sui grandi temi, come quello della tutela della salute dei cittadini, è stato invocato da **Luigi Nicolais**. Soprattutto, per il Ministro, "non si può cambiare strategia a ogni cambio di Governo. "Anche al prossimo Esecutivo – ha affermato – bisogna chiedere un rilancio del Paese, proprio partendo dal Sud. Anche e soprattutto nella sanità, per esempio dotandola di nuovi strumenti tecnologici. Il nostro Governo, a questo proposito – ha aggiunto – sta avviando un programma di investimento con una spesa di oltre cento miliardi di euro nei prossimi anni, proprio a sostegno dello sviluppo tecnologico delle Regioni meridionali".

Per **Amedeo Bianco**, presidente della Fnomceo servirebbe una "buona politica" anche perché il federalismo non ha risolto le criticità della sanità al Sud. "Si sta allargando sempre più – ha detto – la forbice ed il gradiente dell'offerta di salute sul territorio nazionale. Nel meridione la situazione è più critica. La politica deve andare incontro alla sanità perché la sanità ha bisogno della politica,

ma della buona politica. Solo in questo modo potremo dare una risposta ai medici che in Calabria hanno paura di indossare il camice bianco".

"Se c'è troppa presenza della politica nella sanità, è necessario tagliarla" ha invece sostenuto il sindaco di Napoli, **Rosa Russo Jervolino**. Che ha aggiunto: "Resto comunque convinta che tutti medici bravi puntino sulla professionalità e non sulla politica".

Per l'assessore della Basilicata, **Antonio Potenza** "è eccessivo invocare una vera e propria questione meridionale della sanità, ma è innegabile che esistono divergenze nell'offerta di servizi sanitari tra le regioni del Mezzogiorno e le regioni più evolute d'Europa". Come assicurare la omogeneità tra sistemi sanitari regionali? L'assessore lucano guarda con fiducia al Progetto speciale "Salute Mezzogiorno" approvato dal Cipe il 21 dicembre scorso a valere sui fondi Fas (aree sottoutilizzate) associati al Quadro strategico nazionale, che mette a disposizione una somma iniziale considerevole di 1,5 miliardi di euro per affrontare le problematiche dell'accelerazione della convergenza e della competitività dei sistemi sanitari regionali e delle filiere produttive connesse delle regioni del Mezzogiorno.

Un'altra soluzione arriva dal presidente di Cittadinanzattiva, **Alessio Terzi**: "Per migliorare l'offerta di salute nel Mezzogiorno stiamo lavorando con gli assessorati alla Sanità di Calabria, Abruzzo, e Puglia: in Calabria - monitoreremo la sicurezza negli ospedali, in Abruzzo stiamo mettendo a punto 30 indicatori che dovrebbero diventare obbligo, mentre in Puglia collaboriamo all'integrazione delle Asl".

(Le relazioni del convegno sono disponibili sul sito www.anaao.it)



L'INTERVENTO DI **FEDERICO SPANDONARO**, DOCENTE DI ECONOMIA E PROGRAMMAZIONE SANITARIA UNIVERSITÀ DI ROMA "TOR VERGATA", COORDINATORE ATTIVITÀ AREA SANITARIA DEL CEIS

L'efficienza dei sistemi sanitari regionali

Gli estensori della Legge 833 del 1978 avevano ben presente come le disparità regionali esistenti in termini di assistenza sanitaria garantita ai cittadini, rappresentassero una delle principali emergenze per il Paese, da superare con la massima urgenza: disparità che, in larga misura, si poteva già ai tempi far coincidere con la storica dicotomia Nord-Sud, che peraltro caratterizza il Paese non solo in Sanità.

La riduzione delle disuguaglianze è stato quindi il principale obiettivo da perseguire nella logica del sistema universalistico. Dopo trenta anni, pur essendosi ridotte alcune differenze, ed essendo altresì in generale migliorato il livello di efficienza dei servizi, l'obiettivo non può però ancora dirsi raggiunto. Anzi nuove e in parte diverse disparità si stanno creando. A fronte di un livello medio del disavanzo del Ssn che, sin dalla fondazione del Ssn, si è mantenuto costantemente intorno a mezzo punto percentuale di Pil, constatiamo che la sua distribuzione fra le Regioni si è profondamente modificata: il disavanzo, infatti, si concentra ormai in modo molto rilevante in sole sei Regioni, di cui cinque meridionali. Questo fatto, che di per sé mina alla base l'unitarietà del sistema, come ad esempio le recenti ipotesi di commissariamento del Lazio suggeriscono, lascia intendere che una qualche "questione meridionale" esista effettivamente. La riduzione dei disavanzi strutturali è quindi oggi una priorità, più per ragioni di coesione del sistema, che per ragioni di equilibrio finanziario.

Prima di liquidare la "questione meridionale" come un problema di mera inefficienza è però necessario

fare alcune osservazioni tese alla cautela.

Certamente incide sul disavanzo (essendo la risultante certamente dei costi sostenuti, ma anche delle entrate rese disponibili) la modalità con cui vengono ripartite le risorse: tali modalità, notoriamente, seguono il criterio, largamente opinabile, di considerare quasi esclusivamente la distribuzione per età della popolazione, che è profondamente diversa al Sud rispetto al Nord.

Sui disavanzi incide, poi, una perversa tradizione di mobilità passiva, che negli ultimi anni stiamo scoprendo essere per una quota significativa composta di ricoveri inappropriati: mobilità che sta quindi assumendo le caratteristiche di un circolo vizioso di cui beneficiano tanto le Regioni meridionali, che quelle settentrionali.

Incide, ancora, la struttura sociale (in senso ampio) che caratterizza le singole Regioni. L'applicazione recente del federalismo sembra confermare che una mancanza storica di capacità di governo, non si colma facilmente.

Non è quindi più pensabile che il solo perseguimento di una maggiore efficienza tecnica nei sistemi sanitari del meridione, risolva il problema della dicotomia Nord-Sud; sembra piuttosto evidente che il problema è essenzialmente legato alle capacità strategiche, e quindi più a questioni di efficienza allocativa che tecnica. La mancata ristrutturazione dei servizi sanitari, sia a livello ospedaliero (vuoi in termini di razionalizzazione della dotazione strutturale, vuoi di quella organica), sia a livello territoriale, è in definitiva il dato eclatante che caratterizza la storia recente di larga parte delle Regioni del Sud.

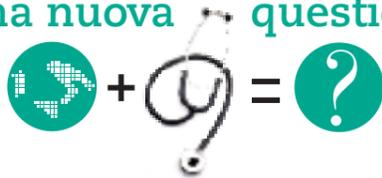
In altri termini, sono le differenze di capacità gestionale nelle singole Regioni, ovvero la capacità di creare i giusti incentivi al cambiamento, che generano la "questione meridionale".

Il sistema sanitario italiano, in generale, è carente in termini di accountability: fatto ormai riconosciuto anche a livello istituzionale, da cui arrivano sempre più frequentemente richiami alla necessità di un rafforzamento della cultura della valutazione; nel settentrione il controllo sociale e insieme una più consolidata cultura gestionale, compensano però la mancanza di criteri oggettivi a supporto delle decisioni. Questo praticamente non avviene nel meridione, dove piuttosto si continuano ad accumulare ritardi nelle scelte, che finiscono poi per rendere ingovernabile il settore.

Le ragioni di questa incapacità prospettica, devono in larga misura essere ancora spiegate convincentemente, come anche devono ancora essere creati i presupposti per un loro superamento.

La "questione meridionale" persiste ormai da lungo tempo nel nostro Paese e sarebbe stato ingenuo pensare che la Sanità potesse rimanerne indenne. Sempre più la Sanità è, infatti, condizionata dal contesto socio-economico, che è diverso in ogni Paese, come anche fra le Regioni. Se si vuole risolvere la questione sanità nel Sud, è quindi necessario che si risolva in generale la questione dello sviluppo socio-economico del meridione d'Italia.

Le politiche che vanno nella direzione di integrare sviluppo economico, sociale e sanitario, sembrano quindi le sole capaci di rappresentare nel futuro un'efficace risposta all'attuale ritardo meridionale.



LE RIFLESSIONI DELL'ANAAO ASSOMED SULLA QUESTIONE MERIDIONALE

A rischio i diritti dei cittadini del Sud

Costantino Troise*

L'attuale contesto del Ssn appare ancora in una fase di transizione caratterizzata da profonda trasformazione nel rapporto tra Stato e Regioni e tra Regioni ed Autonomie locali.

Tale processo si accompagna ad un incremento delle differenze tra Nord e Sud del Paese, inerenti non solo il piano economico-finanziario ed organizzativo, ma anche i meccanismi di prevenzione e tutela della salute, ad una crisi del carattere unitario del sistema sanitario, alla "liquidità" che investe leggi e contratti di lavoro riguardanti i medici dipendenti. L'AnaaO Assomed intende avviare una riflessione su queste moderne e, per certi aspetti, "nuove" caratteristiche di un'eterna questione.

Diversi indicatori registrano un gradiente Nord e Sud molto ampio sul tema della prevenzione e tutela della salute. Un dato emblematico è rappresentato dalla accessibilità ad alcuni servizi quali i Dh oncologici ed i programmi di screening per tumore della mammella che nelle regioni del Sud vedono inserito solo l'11% delle donne contro l'80% delle regioni settentrionali, con l'eccezione della Liguria ferma al 27,7% della popolazione interessata. Più in generale, gli adempimenti previsti dal Piano nazionale di prevenzione 2005-2007 risultano realizzati per il 65% al Sud e per il 90% al Nord. In certe Regioni pur ammalandosi di meno si muore di più.

Questo quadro complessivo è confermato dai dati relativi alla mobilità sanitaria, che, seppure fenomeno di rilevante complessità per il numero di cause che la determinano, sicuramente esprime un esplicito bisogno di salute dei cittadini che non trova risposte adeguate nella sede di residenza. Causando anche un notevole dispendio di risorse che contribuisce ad aggravare la situazione economica delle Regioni del Sud e ad accentuare gli squilibri tra Regioni più ricche e più povere, con queste ultime che potrebbero essere chiamate a scegliere tra investimenti finalizzati allo sviluppo e spesa sanitaria. Vale la pena di ricordare che solo nelle Regioni in cui la capacità fiscale è maggiore di quella media nazionale le risorse rese disponibili dall'incipiente federalismo fiscale possono superare il fabbisogno sanitario, ma nel mezzogiorno le risorse erogabili non appaiono sufficienti e rimarrebbero legate alla solidarietà interregionale. Il D. lgs 56 è rimasto anche per questo in letargo giuridico per molto tempo. Un'analisi recente dello Svimez denuncia una perdita secca di un miliardo di euro per le Regioni meridionali derivanti dall'applicazione della sua ultima versione.

La stessa qualità e sicurezza delle cure, come le cronache dell'ultimo anno dimostrano, è divenuta funzione del codice postale. Il rischio clinico, una variabile della latitudine.

Nello stesso tempo si acuisce la crisi del carattere unitario del Servizio sanitario.

Eppure un Servizio sanitario basato su principi di solidarietà sociale ed equità aiuta i cittadini a definire il proprio senso di appartenenza e cittadinanza mentre una sua disarticolazione con la presenza di più sistemi a diversa velocità di crescita comporta una perdita complessiva di coesione sociale e un



progressivo smantellamento di garanzie formali e sostanziali. In modo particolare nelle aree tradizionalmente meno garantite.

Oggi appare fondato il rischio di una modulazione dei diritti dei cittadini meridionali inaccettabile. A fronte di una accentuazione dei meccanismi competitivi interregionali di mercato o quasi mercato, il Servizio sanitario rischia di non assicurare, nel nuovo contesto devolutivo, all'interno delle aree meridionali la rispondenza ai principi fondamentali di globalità, universalità, accessibilità, trasferibilità delle prestazioni, avviandosi verso un cammino che va nella direzione di un ridimensionamento dei diritti di cittadinanza.

Oltre all'aumento delle ineguaglianze tra Nord e Sud, l'introduzione di un processo devolutivo all'interno di un Ssn finanziato dall'erario comporta anche un mutamento nella concezione della redistribuzione che, anziché questione di diritti di cittadinanza, diventa questione di solidarietà. Si trasforma l'appartenenza locale nella fonte primaria del diritto sulle risorse ed il livello di servizi sanitari cui gli abitanti delle regioni povere possono accedere rischia di dipendere essenzialmente dal grado di solidarietà manifestato dagli abitanti delle regioni ricche. Il che è assolutamente contrario alle prospettive dei diritti di cittadinanza dove la appartenenza è alla comunità dei cittadini e i diritti valgono per l'individuo a prescindere dalle condizioni contingenti in cui si trova a vivere. Cambia anche, e radicalmente, lo spazio dei diritti e ci si muove verso un contesto in cui essi cessano di essere un bene pubblico nazionale per assumere una valenza locale.

Anche sul versante della qualità e della sicurezza delle cure che, secondo molti italiani, va peggiorando, diffusa è al Sud più che altrove la percezione di una erosione lenta, ma certa, della adeguatezza del sistema sanitario. Insieme con la generalizzata convinzione della impossibilità di controllare la dinamica di pervasività capillare dei partiti, e di altre lobbies, in tutte le fasi della organizzazione sanitaria, non solo nei processi di nomine. È appena il caso di sottolineare che questo abbraccio mortale tra politica e sanità mina alla base il rapporto medico paziente

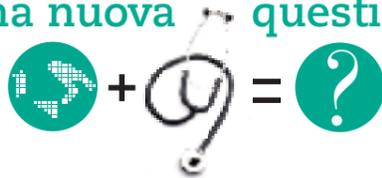
attraverso la perdita di credibilità della professione. Per quanto riguarda la valenza del Ccnl, e delle stesse leggi approvate dal Parlamento, sembra dominante nelle Regioni del Sud una sorta di relativismo in cui tutto è interpretabile o eludibile, in un regime di extraterritorialità ove vige una idea del corpus giuridico come un optional o un vincolo di cui liberarsi in ogni modo.

Le Regioni hanno oggi il potere, ma è necessaria una politica per uno sforzo progettuale di servizio sanitario regionalizzato ed un'idea unitaria di salute. "La questione è chi, come, con che cosa si definisce l'identità pubblica di un sistema sanitario regionalizzato, il suo governo e le sue politiche rispetto al diritto alla salute" da realizzare nella sua pienezza in ogni area territoriale. A cominciare dal Meridione.

Se la strada verso la devoluzione regionale appare senza ritorno alcuni elementi fondamentali, quali la definizione dei Lea, che da soli rischiano di essere troppo deboli per proteggere efficacemente il carattere unitario del sistema, un fondo di perequazione di tipo verticale gestito dallo Stato, la uniformità dei requisiti di accreditamento di strutture e professionisti e la omogeneità dello stato giuridico del personale, devono essere mantenuti nell'ambito di una competenza unitaria.

Il processo devolutivo in atto ha notevoli implicazioni sotto il profilo della equità e della giustizia distributiva ed il finanziamento non è il solo valore in gioco. In un processo già iniziato di devoluzione dei principi, forti sono i rischi per l'integrazione sociale e l'unità nazionale derivanti da un sistema in cui i cittadini, e gli operatori sanitari, non condividono più gli stessi principi di giustizia sociale in un ambito rilevante come quello della salute e gli stessi diritti appaiono diversamente esigibili. Contribuendo per questa via a scrivere un altro capitolo della vecchia, e non risolta, questione meridionale, il quale investe non astratti modelli di sviluppo, ma direttamente un bene indisponibile tutelato dalla Costituzione della Repubblica Italiana.

*Vice Segretario nazionale vicario AnaaO Assomed



I DATI ILLUSTRATI DA MARIA CONCETTA VACCARO, RESPONSABILE DEL SETTORE WELFARE E SALUTE DEL CENSIS

La salute diseguale

Una sanità che varia secondo il codice postale, con eccellenze e prestazioni spesso di ottimo livello nelle Regioni del Nord e con carenze invece ingiustificabili al Sud.

È questo il quadro a tinte fosche tracciato da Maria Concetta Vaccaro, responsabile del settore welfare e salute del Censis, in occasione del Convegno nazionale "Sud e sanità: una nuova questione meridionale?".

"Lo scenario che emerge attraverso l'analisi di alcuni macro indicatori sintetici di salute, di offerta e di livello socio-economico - ha spiegato Concetta Vaccaro - evidenzia un gradiente negativo Nord-Sud con un tendenziale peggioramento della situazione della salute dei cittadini residenti man mano che si procede verso le regioni meridionali, nonostante la struttura per età della popolazione, che

parte della classifica - Calabria (42,2), Basilicata (39,0), e Sicilia (38,7) - insieme a Lazio (48,0), Umbria (46,2) e Liguria (41,9), la Campania è la meglio posizionata (48,9), a pari merito con il Piemonte; mentre la Sardegna ha la posizione più bassa con 37,9.

Che gli scenari stiano progressivamente cambiando è testimoniato dal fatto che il Sud, notoriamente più "giovane" del Nord, inizia ad invecchiare. E sempre più velocemente.

Dal 1984 al 2005, i dati Istat elaborati dal Censis, indicano una crescita rapida degli indici di invecchiamento nelle regioni del mezzogiorno. Se nel Nord Ovest c'è stata una crescita del 101,1 per cento nel Nord Est dell'87,7 per cento e al Centro del 110,1, al Sud e nelle Isole gli indici di invecchiamento presentano un aumento di ben il 140,3 (la media italiana è del +114,9).

"A fronte del rapido invecchiamento del Sud - ha affermato Vaccaro - la significatività della variabile demografica comincia a mostrare la corda, mentre acquistano peso altre determinanti legate ad esempio alla prevenzione, più diffusa al Nord, ed emerge il peso della crescente omologazione del meridione rispetto a stili di vita a rischio e problemi di impatto ambientale fino ad oggi appannaggio delle aree settentrionali".

È così, ad esempio, se la percentuale di donne over 40 che nel 2005 hanno effettuato la mammografia in assenza di sintomi è del 63,7 e del 68,5 rispettivamente nel Nord Ovest e nel Nord Est del Paese e del 61,7 al Centro, nel Mezzogiorno raggiungono un esiguo 39,4 per cento.

Ancora, la mortalità per tumore al Sud è in aumento anche se rimane comunque più bassa rispetto al resto della penisola. Sicilia, Campania, Basilicata e Puglia sono le Regioni dove, dal 1996 al 2004, il tasso di mortalità per tumore presenta incrementi percentuali considerevoli. In netta controtendenza invece Emilia Romagna, Marche ed Umbria dove in otto anni il tasso di mortalità è addirittura sceso.

Anche le condizioni socio-economiche (ossia livello di istruzione, incidenza della povertà, tassi di occupazione e disoccupazione) fanno la loro parte e allargano la forbice tra Nord e Sud del Paese, soprattutto perché, come ha rilevato la responsabile del

Censis "sembrano confermarsi tra i fattori più rilevanti nella determinazione della condizione di salute, sia in positivo che in negativo". In effetti, dati alla mano, le Regioni meridionali si collocano nelle ultime classi della graduatoria che misura la situazione socio-economica e occupano quindi tendenzialmente le posizioni più basse anche in quella dell'indicatore di salute.

In un quadro così caratterizzato, l'assetto dell'offerta diventa decisivo, e l'indicatore sintetico (che considera alcuni dati essenziali, quali la situazione della dotazione di posti letto ospedalieri, quella del personale, la diffusione dei servizi territoriali, la mobilità ospedaliera, l'accessibilità delle dotazioni tecnologiche, la soddisfazione degli utenti), mostra ancora una volta una variazione in negativo passando dal Nord al Sud del Paese.

La palma della Regione con il più alto indicatore di offerta sanitaria va all'Emilia-Romagna (67,6) seguita a stretto giro dalla Toscana (62,9), ma anche Veneto e Lombardia si collocano ai vertici (rispettivamente con valori del 55,0 e il 54,6).

Scendendo ai gradini inferiori troviamo agli ultimi posti la Basilicata (26,3), la Puglia (15,4) la Sicilia (14,7), la Campania (13,8). Fanalino di coda la Calabria il cui indicatore di offerta sanitaria è appena di 9,8.

Tirando le somme, ha rilevato Vaccaro "la vecchia dicotomia Nord-Sud, in cui si descrive un meridione caratterizzato da una popolazione più giovane e quindi tendenzialmente più sana nonostante un livello di offerta meno soddisfacente, a fronte di un Centro-Nord in cui la variabile demografica pesa in modo decisivo, appare sostanzialmente superata".

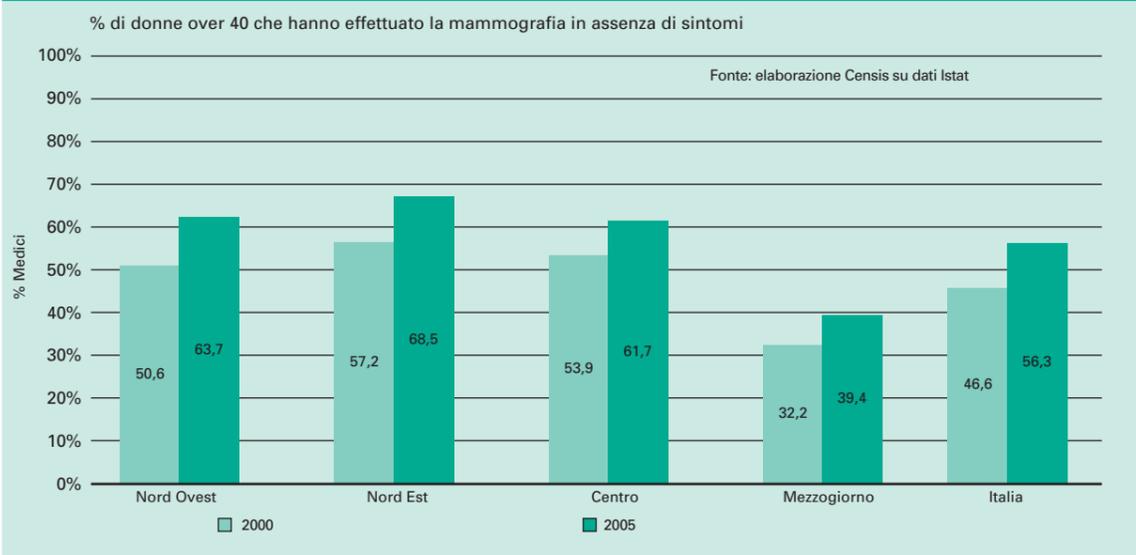
Soprattutto, ha chiosato "i livelli di offerta sembrano ricalcare quelli della situazione socio economica, e non appaiono in grado di mitigare gli effetti della differenza delle condizioni sociali di partenza, creando una sorta di effetto di rinforzo, ad ulteriore testimonianza dei problemi di equità nell'accesso alle cure e nell'esercizio del diritto alla salute dei cittadini residenti nel meridione". (E.M.)



determina un peggioramento degli indici di morbosità e mortalità all'aumentare del tasso di invecchiamento, tendenzialmente più elevato al Nord ed al Centro".

In una tabella costruita su dati del ministero della Salute e dell'Istat, che considera negli anni tra il 2004 e il 2006 l'indicatore sintetico di salute della popolazione (cui contribuiscono mortalità, morbosità, speranza di vita, stili di vita, prevenzione e autopercezione), è emerso che la Regione con il valore più alto è il Trentino Alto Adige (74,9), seguita dal Veneto (58,1) e dal Friuli Venezia Giulia (58,7) e poi da tutte le regioni del Nord e del Centro; tra quelle meridionali, che occupano l'ultima

La propensione alla prevenzione

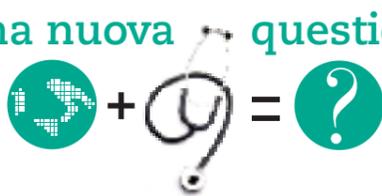


La salute è peggiore al Sud

Regione	Indicatore di salute
Trentino Alto Adige	74,9
Veneto	59,1
Friuli-Venezia Giulia	58,7
Lombardia	55,6
Emilia-Romagna	55,3
Valle d'Aosta	54,7
Abruzzi	54,2
Puglia	53,9
Marche	52,2
Molise	50,4
Toscana	49,7
Piemonte	48,9
Campania	48,9
Lazio	48,0
Umbria	46,2
Calabria	42,2
Liguria	41,9
Basilicata	39,0
Sicilia	38,7
Sardegna	37,9

L'offerta sanitaria

Regione	Indicatore di offerta sanitaria
Emilia-Romagna	67,6
Toscana	62,9
Veneto	55,0
Lombardia	54,6
Valle d'Aosta	54,0
Friuli-Venezia Giulia	53,4
Liguria	53,3
Trentino-Alto Adige	52,9
Umbria	52,6
Piemonte	50,1
Molise	37,9
Marche	36,8
Abruzzi	34,5
Lazio	33,5
Sardegna	26,6
Basilicata	26,3
Puglia	15,4
Sicilia	14,7
Campania	13,8
Calabria	9,8



L'INTERVENTO DI FILIPPO PALUMBO, DIRETTORE GENERALE DELLA PROGRAMMAZIONE SANITARIA DEL MINISTERO DELLA SALUTE

L'esperienza dei Piani di rientro

Il disavanzo del Ssn è imputabile quasi interamente a poche Regioni che presentano un livello di deficit elevato e persistente. Infatti, dal 2001 al 2006, su un disavanzo cumulativo di 32 miliardi di euro, circa 19 miliardi (60%) sono concentrati in sei regioni: Liguria, Abruzzo, Lazio, Campania, Molise, e Sicilia. Da sole Campania e Sicilia hanno cumulato ben 17 miliardi di euro di disavanzo. A delineare, nel corso del convegno nazionale di Napoli, lo stato dell'arte delle finanze delle Regioni in rosso profondo, tra le quali figurano anche tre Regioni del Sud, è il direttore generale della programmazione sanitaria del ministero della Salute, Filippo Palumbo. Che ha illustrato le tappe del percorso di rimonta delle Regioni a partire dall'intesa sottoscritta nel 2006 con il Governo relativa a un nuovo "Patto per la Salute". Un patto voluto per ridurre gli sprechi, stabilizzare la spesa e migliorare la qualità dei servizi e delle prestazioni anche attraverso il superamento del divario tra Nord e Sud.

"È stato previsto un fondo straordinario per le Re-

gioni con disavanzo - ha spiegato Palumbo - accanto ad una piena responsabilità da parte delle Regioni stesse. Un fondo transitorio che prevede appunto una quota di mille milioni di euro per il 2007, 850 milioni per il 2008 e 700 milioni per il 2009". Ma una importante tappa per le Regioni con alti livelli di debito ed elevati costi di finanziamento è stata quella della sottoscrizione, nel corso del 2007, dei Piani di Rientro dal deficit. Siglati dai ministri della Salute e dell'Economia e dai Governatori regionali i Patti hanno sancito l'affiancamento alle Regioni interessate dei Ministeri con l'obbligo di preventiva approvazione di tutti gli atti regionali di spesa e programmazione sanitaria necessari per arrivare all'azzeramento del deficit.

I Piani di rientro, ha spiegato Palumbo, intervengono su settori specifici: si va dalla riorganizzazione della rete ospedaliera, con la riduzione di posti letto e l'incentivazione dei processi di deospedalizzazione, all'introduzione della distribuzione diretta dei farmaci e di meccanismi di rimborso dei prezzi correlati ai farmaci meno costosi; dal blocco del-

le assunzioni e del turn-over alla determinazione dei budget per gli erogatori privati; dagli acquisti centralizzati e monitoraggio degli stessi all'utilizzo del sistema tessera sanitaria per gli interventi finalizzati al miglioramento dell'appropriatezza prescrittiva. La sottoscrizione dell'accordo consente alla Regione interessata l'accesso al maggior finanziamento, a patto però che questa riesca a superare la verifica della effettiva attuazione del programma. E se una delle Regioni non superasse le verifiche previste? In questo caso la via d'uscita è una sola: quella del Commissariamento.

Quali sono i risultati fin ora ottenuti? In generale la situazione del disavanzo della spesa sanitaria è migliorata. Unica eccezione il Lazio, dove invece i dati sono ancora preoccupanti. Per il 2007, ha infatti dichiarato Palumbo, il dato è buono: "Campania, Abruzzo, Molise, Liguria sono in linea con gli obiettivi programmati. Per la Sicilia stiamo verificando, mentre il Lazio, nonostante gli aiuti nazionali, ha registrato 350 milioni di euro di disavanzo". (E.M.)

LIDIA DI MINCO, RESPONSABILE DELL'UFFICIO COORDINAMENTO E SVILUPPO DEL NSIS DEL MINISTERO DELLA SALUTE

Le potenzialità del patrimonio informativo

Lo sbilanciamento dell'offerta sanitaria tra il Nord e il Sud del Paese è evidente. E le differenze non finiscono qui: anche nell'accesso ai servizi il Sud è penalizzato. Ma per arginare le sperequazioni nell'offerta sanitaria, migliorare la qualità dell'assistenza e controllare i costi bisogna puntare su un patrimonio informativo sempre più dettagliato e completo. E il nuovo Sistema informativo sanitario (Nsis) del ministero della Salute illustrato da Lidia di Minco, responsabile dell'Ufficio coordinamento e sviluppo del Nsis, è l'atout sul quale puntare.

Sia in termini di offerta reale e percepita, sia in termini di stili di vita e stato di salute, ha detto Di Minco, il divario tra Nord e Sud del Paese è notevole. Sul fronte dell'offerta sanitaria Campania, Puglia, Calabria e Sicilia segnano il passo, mentre la Palma va a Toscana, Emilia Romagna e Veneto. Stesso scenario per gli indicatori di salute: i valori più bassi sono stati registrati in Basilicata, Calabria, Sicilia e Sardegna, i più alti in Lombardia, Veneto, Friuli Venezia Giulia e Trentino Alto Adige. Nel Sud emergono anche maggiori difficoltà di accesso ai servizi che però, ha aggiunto Di Minco, non sembrano legate a fattori economici quanto più a fenomeni strutturali. Non solo, nonostante il Sud sia caratterizzato da una popolazione giovane, si rileva una cronicità elevata e

con un trend in aumento dal 2000 al 2005.

Come affrontare allora queste problematiche? Per Di Minco "la possibilità di studiare i fenomeni sanitari effettuando indagini trasversali (percorsi terapeutici), piuttosto che verticali (singola prestazione) costituisce un'opportunità". E in questo scenario l'arma vincente è, appunto, la conoscenza dei dati: basta pensare che con quelli attualmente disponibili è possibile verificare l'attendibilità del 71% dei costi regionali. È per questo, ha spiegato Di Minco, che è nato il nuovo Sistema informativo sanitario il quale "attraverso una diversa modalità di condizione dei dati tra i vari livelli del Ssn, consente di passare dal monitoraggio dell'offerta al monitoraggio dei Lea, e di superare il concetto di debito informativo passando ad un concetto di cooperazione e integrazione dei diversi sistemi informativi".

Sin ora l'unico flusso informativo con un'ottima copertura e qualità dei dati - sia dal lato della domanda sia dell'offerta - è stato offerto dalle Sdo. Ma ora grazie al monitoraggio delle prescrizioni, ai nuovi sforzi messi in atto dal Nsis nella gestione di flussi informativi su tutta l'attività assistenziale, e alla messa a regime del sistema della tessera sanitaria su tutto il territorio entro il 2009 gli obiettivi di completamento del patrimonio informativo sono dietro l'angolo. (E.M.)

L'INTERVENTO DI ALESSANDRO CAMPANA, PARTNER EUROGROUP CONSULTING

Come sviluppare la sanità del Sud

La sanità è senza dubbio una grande risorsa per lo sviluppo dei sistemi economici regionali eppure le regioni del Mezzogiorno sembrano non accorgersene. O almeno solo in piccolissima parte. Il risultato è comunque quello di un'Italia divisa in due. A scattare la fotografia della sanità italiana e delle sue differenze, nel corso del convegno nazionale di Napoli è Alessandro Campana, partner Eurogroup consulting. I numeri della sanità variano sensibilmente se si entra nello specifico dell'offerta sanitaria regionale. Basta dare un'occhiata, tra i molti illustrati dall'esperto, ai dati relativi alla complessità dei ricoveri o a quelli dell'offerta sanitaria territoriale. L'indice di complessità dei primi schizza in alto nelle Regioni del Nord, si mantiene elevato in quelle del Centro, per scendere vertiginosamente in quelle del Mezzogiorno (si va dall'1.15 del Friuli Venezia Giulia allo 0.86 della Calabria). Stesso trend per l'assistenza residenziale a soggetti fragili: il rapporto tra numero di assistiti nel Nord Est e Sud è di 10 a 1. Non va meglio sul terreno della prevenzione: la percentuale di donne inserite in un programma di screening mammografico sul totale delle donne italiane tra 50 e 69 anni, nel 2004 era dell'82% nel Nord, del 98 al Centro e appena del 30% nel Sud.

Come sviluppare la sanità nel Sud? Per Campana bisogna agire su più livelli. Per quanto riguarda l'offerta ospedaliera occorre razionalizzare ed ottimizzare l'assistenza, con un obiettivo di spe-

sa al 44% del totale; bisogna poi finalizzare gli investimenti alla riconversione della rete ospedaliera con un coordinamento dei fondi nazionali, regionali e della Ue; sviluppare una rete di assistenza adeguata ai bisogni sanitari dei cittadini ed all'integrazione in network di specializzazione a livello nazionale; gestire la mobilità regionale entro una soglia fisiologica (-1,5%) e contenere le liste di attesa per alcune patologie. E ancora, è necessario incrementare l'assistenza territoriale e l'integrazione socio-sanitaria attraverso: nuove forme di collaborazione con enti locali, il rafforzamento delle imprese attive nel settore socio sanitario, e la creazione di centri di "orientamento" del paziente a livello territoriale. Occorre aumentare l'Adi, riordinare la rete di strutture di assistenza territoriale e incrementare le forme associative tra medici di medicina primaria. Per quanto riguarda la prevenzione bisogna intensificare gli investimenti in promozione della salute, aumentare gli interventi vaccinali e di screening. Deve essere controllato costantemente il livello degli investimenti in tecnologie (tasso di turn over) e aumentato sia il finanziamento previsto sia l'investimento in ricerca e sviluppo con l'obiettivo di conseguire un valore soglia dell'1,5% annuo. Sul fronte del controllo delle spese oltre al monitoraggio costante delle stesse, occorre una riqualificazione della spesa e una valutazione dell'incremento dei fondi regionali. (E.M.)

MODALITÀ DI NOMINA DEI DG

Meno partitocrazia e più trasparenza

I pareri dei segretari regionali Anaa Assomed

Lucia Conti

Basta con le nomine in sanità legate alla fedeltà politica. Se ne parla da anni e se ne torna costantemente a discutere, con scandali e polemiche che investono un po' tutta l'Italia. Una questione spesso legata sia al balletto di rinnovi a seguito delle tornate elettorali che all'andamento delle Aziende del Ssn.

Tuttavia, tante polemiche non avevano ancora trovato una risposta. Qualcosa di nuovo in materia stava per arrivare, con il Ddl sulla qualità e sicurezza del Ssn presentato dal ministro della Salute Livia Turco e approvato dal Consiglio dei Ministri il 16 novembre. Il Ddl prometteva più meritocrazia, maggiore trasparenza e meno discrezionalità politica. Tuttavia la crisi politica e la conseguente frenata delle attività parlamentari non permetterà la discussione del Ddl in tempi stretti. La patata bol-

lente della nomina dei Direttori generali passerà così al prossimo Governo e al prossimo Parlamento. Ancora una volta, quindi, la questione resta irrisolta. Forse questo permetterà un confronto più ampio sui criteri e le modalità di nomina dei Direttori generali, considerato che quanto previsto dal Ddl Turco non convinceva tutti.

In questo numero di Dirigenza Medica abbiamo chiesto l'opinione di sei segretari regionali dell'Anaa Assomed rivolgendolo loro due domande specifiche, ossia cosa ne pensano delle modalità di nomina dei manager e qual è lo stato dell'arte nella loro Regione. I segretari riconoscono la mancanza di trasparenza del sistema, anche se condividono l'idea che il conferimento dell'incarico debba restare di competenza politica. Per due motivi in particolare: anzitutto perché la gestione della sanità

deve seguire il programma politico regionale, quindi Giunta e Direttori generali devono avere una stessa visione della politica sanitaria da portare avanti. Secondo perché in questo modo la Giunta è individuata quale entità responsabile, cioè chiamata a rispondere dei risultati dei Direttori generali che ha nominato.

Non convincono invece le norme pensate dal ministro Turco che, secondo i segretari regionali intervistati, rappresenterebbe un sistema macchinoso che non porterebbe nessun importante cambiamento. Quel che serve davvero, affermano i sindacalisti, è la volontà politica e personale di realizzare un sistema trasparente e responsabile, che scelga i manager per le loro competenze e non per la loro tessera politica. Una legge può essere sempre raggiunta.

Queste le domande rivolte ai segretari regionali di Piemonte, Veneto, Umbria, Marche, Basilicata e Sicilia:

1. I criteri di scelta dei Direttori generali sono uno dei temi caldi della sanità. Cosa ne pensa?
2. Come è la situazione nella sua Regione?

Leonardo Bartolucci

segretario regionale Anaa Assomed

Umbria

1. Non credo che i criteri di nomina siano così decisivi. Anche se non conosco i dettagli di quelli proposti dal ministro Turco, mi sembra che la legge proposta mantenga comunque nella mani del presidente della Regione la scelta definitiva del candidato da nominare. Forse la legge può introdurre qualche miglioramento, ma non credo che possa risolvere un problema di un costume sbagliato e radicalizzato. Le modifiche legislative non cambiano i comportamenti e le leggi possono essere aggirate. Occorre una riforma profonda del costume politico, ma questo dipende dalla volontà delle persone e non dall'introduzione di una legge. Discorso che, peraltro, non riguarda un partito piuttosto che un altro, ma riguarda il sistema nel suo complesso. Non ci sarà legge in grado di portare trasparenza, responsabilità e competenza nelle Aziende, finché non ci sarà trasparenza, responsabilità e competenza nella classe politica.

2. La situazione dell'Umbria è caratterizzata da una stabilità politica che dura ormai da diversi anni. Certo, anche qui i Direttori generali sono nominati dalla Giunta anche in base all'appartenenza politica, ed è una situazione nota e consolidata. La stabilità politica tuttavia ha dato anche una certa stabilità agli incarichi di manager delle Aziende Asl e ospedaliere, e questo non è necessariamente un punto negativo, perché permette comunque di compiere un percorso, di portare avanti dei programmi a lungo termine. Uno dei problemi delle Aziende è proprio nella breve durata della guida da parte di un manager, dovuta alla

turnazione continua tra Centro Destra e Centro Sinistra nelle Giunte regionali italiane. Una situazione di cui l'Umbria non soffre.

Non si può tuttavia negare anche nella nostra Regione l'esistenza di una pressione politica nelle nomine, ma non nella forma grave di come si sente parlare in altre Regioni. Un cattivo costume che si ripercuote, peraltro, sui servizi e l'assistenza ai cittadini, come dimostrano anche i dati di alta mobilità sanitaria di alcune realtà regionali. La mobilità in Umbria è piuttosto bassa e questo dimostra che la completezza dell'assistenza erogata, ma è certo che una politica migliore permetterebbe anche qui di utilizzare meglio le risorse e rendere i servizi più efficienti.

Salvatore Calabrese

segretario regionale Anaa Assomed

Veneto

1. Il problema esiste. Poteva essere in parte contenuto con la creazione di un Albo dei Direttori generali, così come ipotizzato nei mesi passati, perché questo avrebbe permesso la valutazione dei requisiti dei candidati manager e, quindi, una graduatoria di merito. Un sistema che avrebbe dato trasparenza riguardo alla qualità dei manager, perché l'accesso all'Albo presuppone il possesso di determinati requisiti propri di quella categoria. Questo avrebbe arginato l'influenza della scelta politica sulla nomina, perché a quel punto i presidenti regionali sarebbero "costretti" a nominare persone che già per il fatto di essere iscritti all'Albo, hanno passato una selezione, dimostrand

do di avere i requisiti per ricoprire l'incarico di Direttore generale. Le varie inchieste pubblicate sui quotidiani nazionali, invece, hanno dimostrato come questa scelta sia il più delle volte basata sulla mera appartenenza politica.

La mia opinione è che le nomine debbano rimanere di competenza politica, ma questo non significa certo privilegiare i criteri di appartenenza politica rispetto alle capacità manageriali.

Quello che veramente manca in Italia è la trasparenza e la collegialità delle decisioni. Se già la scelta di nomina fosse da parte della Giunta intera, si avrebbe un sistema meno monocratico. Se poi il presidente della Giunta, dovendo anche scegliere in completa autonomia a chi affidare gli incarichi di manager, rendesse quanto meno noti i criteri di selezione, il sistema ne guadagnerebbe in trasparenza.

2. In Veneto la questione dei Direttori generali è stata recentemente al centro di polemiche politiche. Il presidente, infatti, rispettando la normativa, ha nominato in completa autonomia dei nuovi Dg, tenendo fuori da queste nomine l'intera Giunta e gli alleati politici. Ha scelto in completa autonomia, senza alcun confronto, trattativa o lottizzazione. Questo è nelle sue possibilità, dal momento che così è previsto dalla legge. Tuttavia questo metodo ha acceso il dibattito all'interno dell'ala politica di governo regionale. Personalmente non ho nulla da ridire sul fatto che il presidente abbia scelto in completa autonomia, tuttavia anche in questo caso è mancata la trasparenza dei criteri utilizzati per la rimozione degli incarichi ad alcuni Dg e per la nomina dei nuovi. Alcuni dei Direttori generali che sono stati destituiti avevano, a mio parere, operato bene e raggiun-

to buoni risultati. È quindi difficile capire perché gli sia stato tolto l'incarico.

Peraltro, non più di un anno fa, i manager veneti avevano ottenuto un bonus stipendiale come premio per i risultati raggiunti. Perché, allora, nove di essi sono stati rimossi? Questo significa o che il bonus non era meritato, o che non c'è una ragione di valutazione per la loro rimozione. Anche in questo caso non si può che osservare come tutto avvenga senza trasparenza.

Rosario Cutrì

segretario regionale Anaa Assomed

Sicilia

1 Io sono contrario all'idea di togliere alla politica la scelta di nomina dei Direttori generali, perché così si deresponsabilizzano i politici. I nuovi criteri elaborati dal ministero della Salute, infatti, prevedono che la scelta finale del candidato sia da parte del presidente della Regione, ma sulla base di una terna di candidati selezionati da una Commissione esterna. E questo rappresenta, a mio parere, un "alibi" per la Giunta regionale di fronte all'eventuale cattiva gestione del Direttore generale. La Giunta, invece, deve assumersi tutta la responsabilità delle persone a cui affida gli incarichi.

Certo, è necessario stabilire dei requisiti minimi per i candidati, ma la scelta deve rimanere politica, perché la politica non va deresponsabilizzata. Al contrario. Il Direttore generale e la Giunta devono lavorare insieme, su obiettivi certi e risorse concordate, e quindi assumersi la responsabilità di aver raggiunto o meno quegli obiettivi.

Ecco, un aspetto su cui insisterei è proprio il sistema di verifica dell'operato, premiando chi ha fatto bene e penalizzando chi ha fatto male. Tradotto in fatti: se il manager non è stato in grado di gestire l'Azienda, non solo va destituito da quell'incarico, ma non gli deve essere permesso di assumere lo stesso ruolo in altre Aziende.

2 Una delle criticità della Sicilia sta proprio in questo: Direttori generali che fanno male in un'Azienda, ce li ritroviamo nell'Azienda vicina, dove continuano a far male. E dopo essere passati per le Aziende di una provincia, continuano a fare i manager nelle Aziende della provincia vicina, e così via. È un sistema disastroso, che mette a terra le Aziende.

Anche quello della nomina dei primari è un problema non indifferente. Io concordo che l'incarico debba essere fiduciario, ma fiduciario non significa "personale". Vuol dire fiduciario sugli obiettivi e sui risultati. Siamo sempre sullo stesso punto: avere obiettivi e verificare il loro raggiungimento. Occorre più democrazia, indirizzo e controllo. Invece il sistema è organizzato su scala gerarchica, dove solo chi è ai vertici ha voce in capitolo sulla gestione dell'Azienda. E si circonda di primari e dirigenti che lo spalleggiano in ogni situazione. È chiaro che se quei vertici non sono competenti e responsabili, l'Azienda non può che pagarne le conseguenze.

Gabriele Gallone

segretario regionale Anaa Assomed

Piemonte

1 Come principio generale io non ho nulla in contrario che la Giunta nomini dei Direttori generali vicini alle loro idee politiche. D'altra parte, la gestione della sanità ha bisogno di politica, sia per la definizione degli obiettivi che delle risorse. E questo avviene più facilmente se la visione politica della Giunta e dei manager è comu-

ne. Quindi non mi scandalizza che nelle Regioni di Centro Destra ci siano Direttori generali di appartenenza politica di Centro Destra, e viceversa. Il problema è che la politica deve essere buona politica. E questo presuppone che le scelte tengano conto delle capacità. Invece spesso si assiste alla nomina di chi è affine a un partito, ma prescindendo dalle sue capacità manageriali.

Sui criteri di trasparenza annunciati con la legge di ammodernamento del Ssn ho dei dubbi. Possono anche essere criteri giusti, ma non credo che un cambiamento di questo sistema possa avvenire attraverso una legge. Se non c'è una sincera volontà di fare bene, il modo di aggirare una legge si trova sempre.

2 Un quotidiano nazionale ha recentemente pubblicato un'indagine sulle nomine dei Direttori generali in Piemonte e in Liguria. In Piemonte bisogna tenere conto che c'è stato un cambio sul fronte politico dal Centro Destra al Centro Sinistra, circa due anni fa, con l'elezione della nuova Giunta di Centro Sinistra. E con l'insediamento della nuova Giunta, abbiamo assistito a un ricambio dei Direttori generali che avevano una vicinanza politica al Centro Destra. Forse in parte fisiologica, ma in parte credo che non lo fosse.

Penso che in Piemonte questa pressione politica nelle nomine non sia forte come sembra essere in altre Regioni, ma resta comunque una questione esistente e radicata. Ancora più spiacevole, grave e incomprensibile è quando questo avviene per la nomina dei primari. Con la conseguenza che i medici si trovano così in mezzo a una situazione sgradevole, nella quale per un avanzamento di carriera non contano solo le qualità professionali ma sei "costretto", in un certo senso, a fare scelte di adesione politica, totalmente estranee alla professione.

Mario Russo

segretario regionale Anaa Assomed

Basilicata

1 Credo che i Direttori generali non possano che essere nominati dalla politica, perché oltre che a capacità manageriali, i Dg devono essere funzionali al programma politico della Giunta. Questo non significa fare nomine "di partito", ma tenere conto di entrambe le cose: competenze e visione politica del candidato manager. Sono però d'accordo con la possibilità di introdurre dei nuovi sistemi di nomina, anche con la possibilità di una Commissione esterna che selezioni chi ha i requisiti adatti per ricoprire quell'incarico. Tuttavia ritengo che sia poi la politica a dover scegliere chi meglio rappresenta e chi meglio possa mettere in opera il programma di gestione della sanità stabilito dalla Regione. La politica ha l'obbligo di assumersi questa responsabilità.

2 Siamo una Regione piuttosto piccola e non mi sembra che quello della nomina dei Direttori generali sia una questione che ha mai dato vita a polemiche. La Giunta ha scelto amministratori che hanno interpretato quella che è la visione politica della sanità in Basilicata, cioè di un sistema pubblico.

Poi, certo, ci sono Aziende che funzionano meglio, altre che funzionano meno. Manager che operano bene, altri che hanno fatto scelte discutibili. Ma questo fa parte del normale iter della gestione della sanità.

Tuttavia, la nostra realtà è piuttosto stabile. Non esiste, ad esempio, il sistema dello spoil system dei Direttori generali. Ci sono rinnovi delle cariche, come è normale che accada, ma non in base a un calcolo di spartizione degli incarichi in seguito alle elezioni.

Credo che uno dei vantaggi della Basilicata, in questo ambito, sia nel fatto di essere una Regione piccola. I Direttori generali sono solo sei e questo fa sì che siano persone che conosci direttamente. Conosci la persona, conosci le esperienze passate, hai modo di seguire giorno dopo giorno l'operato nelle Aziende che amministrano.

Oswaldo Scarpino

segretario regionale Anaa Assomed

Marche

1 Quella dei Direttori generali è sempre stata una questione politica, perché di fatto la nomina è nelle mani della Giunta, che sceglie persone che rispondono a delle caratteristiche, tra cui l'appartenenza politica. D'altra parte è la politica a governare il sistema sanitario, quindi l'incarico è necessariamente fiduciario, anche dal punto di vista politico. Credo, comunque, che questo scandalo delle nomine legate alla politica sia tutto sommato il problema più piccolo che c'è nella sanità. Il problema non è il requisito politica, ma le competenze che devono accompagnarlo. Non credo che ci sia modo di cambiare così tanto i criteri di nomina rispetto a come già avvengono. Credo, però, che occorra rafforzare la trasparenza, soprattutto rispetto ai titoli e gli elenchi dei candidati.

2 Nelle Marche non mi sembra che la questione abbia una grande rilevanza. Abbiamo qualche perplessità quando compaiono troppi nomi di Direttori generali provenienti dalla stessa Regione, ma questo credo sia legato a una tradizione manageriale che in alcune realtà locali, come l'Emilia Romagna e la Toscana, è maggiormente radicata e riconosciuta. Tuttavia, non credo che nella nostra Regione esista un problema "Direttori generali".

LE REGOLE DEL MINISTRO TURCO

Il Ddl sulla qualità e sicurezza del Ssn collegato alla Finanziaria 2008 e presentato dal ministro Turco prevede la raccolta dei curricula vita dei candidati e la loro valutazione da parte di una Commissione di tecnici nominata dalla Regione con l'approvazione dell'Agenzia dei servizi sanitari regionali. La Commissione (formata da un direttore generale già in servizio, un dirigente apicale dell'amministrazione regionale e un docente universitario in materia di management) è chiamata ad individuare i tre candidati più idonei a realizzare le strategie aziendali, tra i quali il presidente della Regione potrà poi scegliere il direttore generale da nominare. Affinché tutto questo avvenga in maniera trasparente, il Ddl prevede che i curricula dei candidati siano pubblicati on line e gli esiti della valutazione tecnica trasmessi al Sistema nazionale di valutazione e all'Agenzia nazionale per i servizi sanitari regionali. Il Ddl prevede inoltre dei criteri per la valutazione dell'attività dei Direttori generali, che dovrebbero essere definiti in sede di Conferenza permanente per la programmazione sanitaria e sociosanitaria, consultando gli enti locali e le associazioni di tutela degli utenti. Previsto, infine, che gli aspiranti o eletti manager presentino, entro 18 mesi dalla nomina, un certificato di "idoneità" ottenuto frequentando un corso di formazione con oneri a loro carico organizzato dall'Agenzia per la formazione dei dirigenti pubblici, dalla scuola nazionale della Pubblica Amministrazione o dalla Regione e accreditato dal ministero della Salute.

TOSCANA

Facoltà di Medicina e Ssn: un peculiare rapporto

Tra le criticità della sanità da correggere c'è il problematico rapporto tra Ssn e Università. In particolare servono regole più trasparenti per la nomina dei titolari di cattedra, ed anche mettere un freno ad un sistema che privilegia gli universitari a danno degli ospedalieri

Enrico Reginato, Carlo Palermo*

Sta crescendo l'onda di protesta, all'interno delle Università, per le procedure di nomina dei titolari, con numerosi cattedratici e rettori sotto inchiesta da parte della Magistratura, anche in Toscana. Se ne ricava l'impressione che i vincitori delle cattedre universitarie non siano necessariamente i migliori, i più capaci, i più preparati disponibili sul mercato. Con le relative ricadute sulla funzione didattica e di ricerca esercitata. La Facoltà di medicina è, inoltre, caratterizzata da alcune particolarità.

Generalmente la mission dell'Università, è quella di insegnare agli studenti universitari e portarli al conseguimento della Laurea, in base agli ordinamenti vigenti. Inoltre, i docenti hanno compiti di ricerca pura o applicata. Ma in Italia, il personale docente della Facoltà di medicina, oltre ai compiti richiamati, ha anche, unico caso in Europa, l'esclusiva della formazione specialistica post-laurea, per l'attribuzione di un titolo di studio indispensabile per poter essere assunti in Ospedale.

Nel complesso, il numero degli specializzandi ammessi è misurato, più che sulle esigenze del Servizio sanitario nazionale, sulle esigenze della stessa Università. E qui appare la seconda peculiarità della Facoltà di medicina: in nessun'altra Facoltà succede nulla di simile. Il titolare di, poniamo, Diritto Penale, non esercita, automaticamente o meno, le funzioni di Procuratore della Repubblica, il professore di Diritto amministrativo non diventa, ipso facto, Giudice del Tar, il professore di Scienze delle costruzioni non diventa Direttore del genio civile. Non succede per i vete-

rinari, per i biologi, per gli economisti.

Invece, i titolari di cattedra universitaria in servizio presso i Policlinici universitari e, come nel caso toscano, i Policlinici misti hanno diritto, immediato, alla direzione e, se non esiste ancora, alla creazione, di una struttura complessa cui la direzione aziendale deve fornire spazi, strutture, risorse materiali ed umane per svolgere attività clinica all'interno del Ssn. Ma è interessante analizzare il contesto di relazioni "istituzionali" in cui la nomina viene compiuta. La designazione del direttore di cattedra viene effettuata dall'organismo (Consiglio di Facoltà) che è composto da suoi pari. Nel sistema universitario, tutti i professori componenti del Consiglio di Facoltà eleggono il Rettore, il quale a sua volta concorre, con la parte politica, alla nomina del Direttore generale dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria. Il Direttore generale, ricevendo la proposta di nomina del responsabile universitario della struttura complessa da parte del Rettore stesso, viene a trovarsi nel pieno di un "conflitto d'interesse".

Anche in questo caso, il numero e le caratteristiche delle nuove cattedre sono determinate essenzialmente da esigenze interne universitarie, a volte, come ci è dato di vedere, molto intime...quasi familiari. Il clinico universitario, in definitiva, diventa, automaticamente, direttore di una struttura complessa del Ssn. Ed il Ssn paga i costi! Opportunamente si fa un gran parlare, in questo periodo, anche dei metodi di nomina "politica" dei direttori di struttura complessa ospedaliera, e non vi è dub-

bio che si tratti di un malcostume. Tuttavia la norma stabilisce che il dirigente ospedaliero sia esaminato in base al proprio curriculum, all'anzianità di servizio, alla casistica operatoria. Per la direzione di una struttura complessa si richiedono adeguate conoscenze di carattere organizzativo e gestionale, ed ogni cinque anni il vincitore della selezione viene valutato sul suo livello di efficienza e capacità. Il direttore universitario, per così dire, "automatico", perviene alla cattedra in base a valutazioni di tipo diverso, legate al suo ruolo di docente e di ricercatore (quando avviene correttamente), e si potrebbe anche determinare il caso di un professore di chirurgia che raramente entri in sala operatoria. La Direzione generale del Policlinico in cui diventa direttore di struttura complessa, non ha modo di valutarne le effettive capacità cliniche o operatorie, né al suo ingresso nel Ssn, né in periodi successivi.

Siamo nel campo assoluto dell'autoreferenzialità, ignorando, graziosamente, che la qualità, nel Servizio sanitario, equivale a risparmio, e che le risorse limitate non possono permettersi il lusso di essere sprecate a causa di nomine un po' atipiche di alcuni dirigenti di struttura complessa, spesso importante per funzioni e dimensioni (e costi).

Per concludere, fra i numerosi difetti del Ssn da correggere, dobbiamo mettere il problema della Facoltà di medicina, nei suoi rapporti con il Ssn, fra le priorità.

*Anaa Assomed Segreteria Regionale Toscana

I MESSAGGI NEGATIVI DELLE FICTION TELEVISIVE

Crimini bianchi

In una lettera inviata al Ministro della salute, Livia Turco, al sottosegretario Serafino Zucchelli e al Presidente della Fnomceo, Amedeo Bianco, il Presidente dell'Odm di Matera denuncia la negativa rappresentazione della categoria medica nella fiction di prossima uscita dal titolo Crimini bianchi e chiede alle istituzioni interventi per aumentare il livello di fiducia e per promuovere una corretta informazione

Apprendo dai giornali che è stato girato l'ultimo episodio della Fiction di Mediaset intitolata "Crimini Bianchi" dove l'errore medico viene presentato ai cittadini come un crimine.

È strano che nelle Fiction che hanno riguardato Carabinieri, Polizia, Finanza e perfino la Guardia Costiera sia stato evidenziato l'alto valore professionale delle Forze dell'Ordine, quando invece si parla di Sanità interessa solo quella che viene chiamata "malasanità" e il supposto errore medico viene presentato come una colpa del singolo professionista, addirittura come un "crimi-

ne", dimenticando che spesso invece l'errore può dipendere dalla intera organizzazione di un Sistema sanitario regionale o di una Azienda sanitaria o di una singola Unità operativa. L'Organizzazione inoltre risente anche di innumerevoli fattori di cui non è sempre direttamente responsabile e tra questi non trascurabile è quello del finanziamento spesso incerto e certamente inadeguato. Un esempio significativo è quello degli Ospedali, si continua infatti a mantenere una rete ospedaliera oltre che vetusta dal punto di vista strutturale, inadeguata per le sue funzioni distribuite in un numero eccessivo di pic-

coli ospedali, fotocopia gli uni degli altri, e pericolosi, per i cittadini e gli operatori, per le funzioni inappropriate che continuano a svolgere. Per quanto attiene poi alla informazione mediatica devo constatare che nel nostro Paese regna il sospetto e la sfiducia, spesso non giustificati, verso il mondo sanitario e in questo clima inviare ai cittadini un messaggio televisivo come "Crimini bianchi" non può che aggravare tale atteggiamento. Nella mia esperienza di Direttore sanitario della Asl di Matera registro un aumento esponenziale del numero delle denunce, pari a quello degli studi legali, soprattutto nel settore civile ma anche in quello penale e questo parallelamente ad un atteggiamento difensivistico dei colleghi che spesso comporta un ulteriore loro danno ed un peggioramento della qualità assistenziale e della sicurezza del paziente.

È tempo in cui il ministero della Salute e la Fnomceo assumano iniziative concrete non solo per aumentare il livello di fiducia in un sistema sanitario definito tra i migliori del mondo ma anche per dare corretta informazione al cittadino e porre un freno alla dilagante disinformazione. Resta la mia fiducia nel Servizio sanitario pubblico e la stima verso i Colleghi, che sono la maggioranza, che continuano a svolgere questa meravigliosa professione con grande onestà e abnegazione.

Vito Gaudiano
Presidente OMCEO di Matera

IL SONDAGGIO EUROBAROMETER SU SALUTE E ASSISTENZA A LUNGO TERMINE

L'Europa "disunita" delle cure a lungo termine

La Commissione europea interroga i cittadini sulla gestione di anziani e non autosufficienti. E scopre un continente con profonde differenze: gli italiani si sentono soli e sfiduciati nei confronti delle istituzioni nonostante continuino a pensare che debba essere proprio lo Stato a provvedere a questo tipo di bisogni

Giulio Maria Corbelli

L'Europa invecchia. E il bisogno di cure assistenziali a lungo termine aumenta. Ormai più di sei europei su cento vivono una pesante limitazione nello svolgere le normali attività quotidiane in seguito a una patologia fisica o mentale. Una quota che sale al 16 per cento se ci si riferisce alla popolazione ultra 75enne e addirittura al 29% tra chi ha più di 85 anni. Per analizzare le opinioni dei cittadini europei in merito alle cure a lungo termine e all'assistenza agli anziani, la Commissione europea ha realizzato uno speciale Eurobarometer, come vengono chiamati i sondaggi che l'organo esecutivo comunitario svolge per avvicinarsi al punto di vista del cittadino. E il quadro che ne emerge non è particolarmente confortante per il nostro paese: se gli italiani sono in Europa tra coloro che meno soffrono di limitazioni gravi dovute al loro stato di salute, è pessimista la visione del livello di assistenza che i non autosufficienti e gli anziani possono trovare sul territorio nazionale. E questo alimenta la visione pessimistica dell'assistenza che potranno trovare nel caso dovessero averne bisogno...

NEL MOMENTO DEL BISOGNO

Secondo quanto emerge dal sondaggio, che riguarda i cittadini europei con più di 15 anni esclusi coloro che vivono in istituzioni, solo una parte relativamente piccola della popolazione europea lamenta patologie che abbiano causato un qualche tipo di limitazione nello svolgimento delle attività quotidiane, ma quasi tre quarti degli intervistati ritengono questa condizione un'eventualità possibile per il futuro. È del 17% la percentuale di coloro che dichiarano di essersi sentiti in qualche modo limitati per motivi di salute mentre il 6% si è sentito gravemente limitato, condizione che riguarda una percentuale bassissima di italiani pari appena a due su cento. Inferiore alla media europea anche la quota degli italiani che hanno vissuto una limitazione seppur limitata (16%), maggiore solo di quella registrata in Irlanda. Ma la condizione di dipendenza dall'aiuto altrui provocata da problemi di salute sembra essere un destino considerato inevitabile dal 13% e probabile dal 32% degli intervistati, mentre c'è un'ampia percentuale pari al 29% che, pur considerandolo improbabile, non esclude la possibilità. Solo nove cittadini su dieci si dicono quasi certi che questo a loro non capiterà.

Tra coloro che non escludono la possibilità, la maggioranza si aspetta di ricevere assistenza a casa propria da un parente stretto (45%) mentre circa un quarto degli europei preferirebbe un professionista dell'assistenza a lungo termine (24%). Uno su dieci si rivolgerebbe a un assistente domiciliare (quelli che una volta si chiamavano badanti) mentre una percentuale poco inferiore sceglie il ricovero in un istituto. L'Italia presenta dei dati in linea con la media europea a parte due importanti differenze: minore fiducia negli assistenti professionisti, scelti dal 19% degli italiani, e la più alta percentuale di intervistati che non sa cosa aspettarsi nel caso perdesse l'autosufficienza (17% contro una media europea del 9%). Tra coloro che hanno avuto esperienza di cure a lungo termine – per sé o per un familiare/amico – quasi sei su dieci pensano che la persona in questione abbia ricevuto un'adeguata assistenza (58%) con un'ulteriore 31% che indica che l'assistenza sia stata solo in parte inadeguata; uno su dieci considera non adeguata l'assistenza

fornita. Ma le percentuali variano molto da paese a paese: la quota di coloro che ritengono completamente appropriate le cure fornite varia dal 48% dell'Irlanda all'84% di Malta mentre chi risponde "sì ma solo in parte" rappresenta il 13% degli intervistati a Malta e il 44% a Cipro. Gli insoddisfatti che considerano inappropriata l'assistenza fornita costituiscono il 2% in Grecia e il 16% in Danimarca. Nel nostro paese, il 51% degli intervistati considera le cure totalmente appropriate, il 34% parzialmente appropriate e il 13% è insoddisfatto.

QUANDO I FIGLI DIVENTANO BADANTI

Sono tanti, circa quattro su dieci, gli europei che hanno avuto bisogno personalmente o sono molto vicini a qualcuno che ha avuto bisogno negli ultimi dieci anni di cure a lungo termine o di un sostegno regolare. Quando non è lo stesso intervistato ad aver avuto questo bisogno (cosa che accade nel 6% dei casi) in genere si tratta di un genitore (15%). Su cosa fare in questo caso l'opinione pubblica europea è divisa: tre cittadini su dieci credono che la scelta migliore per l'anziano genitore sia di vivere con uno dei figli ma c'è un'ampia quota che crede che l'anziano dovrebbe restare a casa e ricevere regolarmente visite assistenziali da un fornitore pubblico o privato (27%) o dagli stessi figli (24%); essere seguiti da un figlio a casa propria è infatti la seconda miglior opzione per il 34% degli europei, mentre gli istituti di ricovero sono visti meno frequentemente come una scelta preferibile. Gli italiani sono quasi equamente divisi in chi ritiene sia giusto che i figli seguano i genitori (28%) e chi invece pensa sia meglio rivolgersi a un fornitore di assistenza pubblico o privato (30%). Le differenze tra i vari paesi appaiono più leggere se ci si riferisce agli istituti di ricovero che non sono visti come una delle opzioni preferite, a parte che in Slovenia dove sono la scelta più popolare (32%) e a Malta (25%). Tutti o quasi d'accordo che a provvedere economicamente all'assistenza, domestica o in istituto, degli anziani bisognosi dovrebbero essere le autorità pubbliche. Ne è convinto il 93% degli europei ed è strano che l'Italia, insieme con l'Ungheria, sia l'unico paese in cui questa percentuale scende al di sotto del 90%.

IL PESO DEGLI ANZIANI SULLA FAMIGLIA

La maggioranza degli europei ritiene che le persone non-autosufficienti debbano contare troppo sui loro parenti (71%) anche se questa percentuale varia fortemente tra un minimo del 42% registrato in Danimarca e un massimo del 95% in Bulgaria (in Italia 75%). Il perché di questa affermazione risulta chiaro quando osserviamo come i cittadini percepiscono la qualità delle cure fornite dal personale medico e dalle istituzioni: anche se molti intervistati (il 59%) pensano che i professionisti che seguono le persone anziane non-autosufficienti si dedichino molto al lavoro e lo svolgano in maniera eccellente, è diffusa anche l'idea che molti anziani siano vittime di abusi da parte delle perso-

ne che dovrebbero occuparsene (55%). Inoltre quasi metà degli europei (il 45%) crede che le istituzioni come le case di ricovero offrano uno standard assistenziale insufficiente e questa percentuale in Italia sale al 53%. Un'altra ragione per cui molti intervistati pensano che le persone bisognose siano costrette a fare troppo affidamento sui loro parenti può essere individuata nel costo delle cure professionali domestiche considerato abbordabile solo dal 31% degli europei.

PROMOSI GLI OSPEDALI MADE IN EUROPE

Inferiore alla media europea la percentuale di italiani che si dichiara soddisfatta della qualità degli ospedali (63% contro il 71%) mentre la classifica è guidata da paesi come il Belgio, l'Austria e la Svezia dove la quota di cittadini soddisfatti supera il 90%. Solo poco più di quattro cittadini su dieci, invece, definiscono buona la qualità degli ospedali in Romania, Polonia, Bulgaria e Ungheria. Il dato singolare è che le persone che più frequentemente dovrebbero utilizzare le strutture ospedaliere sono quelle che forniscono un giudizio più positivo: la percentuale dei soddisfatti sale al 75% se si considera gli ultra 55enni o i pensionati, mentre solo il 63% dei lavoratori autonomi dà un giudizio positivo. Opinioni favorevoli sulla disponibilità e accessibilità degli ospedali le mostrano i tre quarti degli europei, anche se una significativa minoranza li giudica abbastanza (17%) o molto difficili (4%) da trovare e da raggiungere. Questi dati sono poco influenzati dai fattori socio-demografici ma variano largamente da paese a paese: la proporzione di cittadini che ritengono la disponibilità e accessibilità degli ospedali molto facile varia dal 7% del Portogallo al 44% del Belgio ma se si mette insieme la voce "molto facile" con la "abbastanza facile" si va dal 54% registrato in Ungheria al 92% dell'Austria, e in questo caso l'Italia si colloca un po' sotto la media europea con un 69%. Da sottolineare che in media otto europei su cento (e sei italiani su cento) dichiarano di aver dovuto fare a meno delle cure ospedaliere pur avendone bisogno perché l'ospedale non era disponibile o facilmente raggiungibile. Riguardo alla sostenibilità economica delle cure, un cittadino su cinque le ha ricevute gratuitamente, il 15% le ha trovate decisamente sostenibili e il 40% abbastanza sostenibili. Le opinioni su questo argomento dipendono fortemente dal livello d'istruzione e dalla condizione lavorativa di chi risponde, dal momento che i cittadini più istruiti, così come quelli con posizioni professionali più elevate, considerano i costi dei servizi ospedalieri più sostenibili rispetto a chi ha smesso di studiare più precocemente o si dichiara disoccupato. Ma grosse variazioni si registrano anche a seconda del paese di residenza: in molte nazioni i servizi ospedalieri sono offerti senza alcuna spesa per il paziente ma se guardiamo alla quota di cittadini che considerano questi servizi non molto o per nulla sostenibili, troviamo le opinioni più negative a Malta (57%) e in Bulgaria (52%) mentre in Italia questa quota si ferma al 23% contro una media europea del 21%. Solo pochi europei (3%), infine, hanno dovuto rinunciare alle cure ospedaliere pur avendone bisogno perché non potevano permetterselo.

GIURISPRUDENZA *sentenze e ordinanze*

Il Medico ospedaliero agisce in qualità di "agente contabile"

Il medico che svolge attività "intramoenia" durante l'orario di servizio risponde di danno erariale e di danno cosiddetto da "disservizio"

Il medico ospedaliero che opera in regime di "intramoenia", agisce in qualità di agente contabile e deve prontamente riversare alla Asl le somme incassate per suo conto.

Eventuali dimenticanze o appropriazioni indebite sono sanzionate dalla magistratura contabile, che più volte è intervenuta sulla questione.

Dapprima con la sentenza n. 857 del 2007, in cui la Sezione giurisdizionale per l'Abruzzo della Corte dei Conti, ha condannato un medico dipendente della Asl di Teramo a riversare alla stessa Azienda somme derivanti dall'attività professionale intramoenia svolta negli anni 2003, 2004, 2005. Quest'ultimo, infatti era stato oggetto, ad opera della Guardia di Finanza di verifica fiscale, dalla quale risultava che il medico interessato non aveva versato gli importi relativi alle prestazioni eseguite in intramoenia presso il proprio studio privato.

Secondo la Procura della Corte dei Conti per l'Abruzzo, il mancato riversamento di somme provenienti dall'attività professionale intramoenia costituisce danno erariale; il medico, al pari di un agente contabile, è responsabile dei danni derivanti dagli accertati ammanchi e deve rendere conto dei valori e dei beni che ha "maneggiato". Al contempo suo obbligo è quello della restituzione e, preparatorio all'adempimento della restituzione, è quello strumentale ed integrativo di custodia.

La Guardia di Finanza ha compiutamente valutato la riscossione delle somme da parte del sanitario (nell'esercizio dell'attività intramoenia) e i mancati riversamenti monetari da parte del predetto medico. Elementi, dunque, tipici della responsabilità contabile: da un lato l'acquisizione di pubblico denaro, conseguente all'incameramento di proventi di prestazioni sanitarie, e dall'altro l'omissione del conseguente riversamento nelle casse della Asl.

Del resto, gli importi corrisposti al sanitario (per il 50%) nell'esercizio di attività intramoenia acquistano natura pubblica, in virtù della convenzione tra la Asl di Teramo e il medico dipendente. Nella fattispecie, peraltro, il danno erariale veniva accertato ed era riconducibile ad un comportamento palesemente doloso, in quanto il medico convenzionato aveva consciamente ommesso di adempiere ai compiti demandati al consegnatario di valori, mancando di riversare quanto incassato.

Di recente, la Corte dei Conti è intervenuta nuovamente sulla questione "intramoenia".

Con sentenza depositata il 23 gennaio scorso, la Sezione giurisdizionale per il Lazio ha ribadito che vanno condannati, sussistendo il dolo, i medici in regime di intramoenia che svolgono attività privata durante le ore di servizio sia "per la quota di danno relativa alla doppia retribuzione percepita sia per la voce di danno da disservizio generato dal comportamento poco consono ai doveri d'ufficio tenuto dagli stessi medici ed individuabile quanto meno nella loro distrazione dai doveri di servizio cui erano tenuti per rapporto contrattuale con l'Azienda".

Nella fattispecie particolare, la Procura della Repubblica aveva esercitato un'azione penale nei confronti dei medici, con richiesta di rinvio a giudizio, contestando loro il reato di truffa continuata poiché questi ultimi, con artifici e raggiri facevano risultare la loro presenza in servizio presso il nosocomio, mentre in realtà svolgevano, durante l'orario di lavoro, visite private nella struttura, inducendo in errore la stessa e procurandosi un ingiusto profitto con conseguente danno per la Pubblica Amministrazione, costituito, sia dalla retribuzione percepita durante le ore dedicate alle visite private, sia dalla omessa corresponsione all'Azienda della quota di riparto prevista dal regolamento aziendale dovuta dal medico per ogni attività effettuata in regime di attività intramoenia. In ottemperanza al dettato normativo, l'Azienda aveva adottato il regolamento atto a disciplinare l'esercizio dell'attività intramoenia, comunicandolo alla Regione ed individuando i sanitari che avevano optato per essa. Il regolamento stabiliva che "l'attività libero professionale è determinata subordinatamente all'esigenza prioritaria di garantire il regolare funzionamento delle attività assistenziali istituzionali. La libera professione è svolta fuori dall'orario di servizio ed è organizzata in orari diversi da quelli stabiliti per l'attività istituzionale... (omissis)... le visite ambulatoriali a pagamento non possono svolgersi dalle ore 8 alle ore 12, e comunque, se non è possibile una distinzione logistica e di personale, nelle ore in cui il medico è di guardia". In base al regolamento in vigore all'epoca dei fatti, dunque, i sanitari che avessero optato per l'attività intramoenia erano tenuti a svolgerla al di fuori degli orari di servizio e di guardia, e di ogni altra attività istituzionale, previa determinazione dei giorni e delle ore in cui questa dovesse svolgersi; e se non poteva essere organizzata in giorni prefissati, era comunque necessario tenere distinte le due attività con la timbratura del badge, così da segnalare all'amministrazione l'uscita dal servizio, per poi rientrare alla fine dell'attività privata.

Al contrario il personale imputato aveva svolto le visite private durante l'orario di servizio, non aveva provveduto alla timbratura del badge in uscita (adducendo come giustificazione che questa avrebbe richiesto più tempo, poiché il "marcatempo" era collocato molto distante dal luogo della visita). Anche tale giustificazione comprovava il fatto che tali medici avevano svolto attività privata percependo il relativo compenso, in ore per le quali risultavano in servizio presso l'Azienda Sanitaria e per le quali avevano già percepito la retribuzione derivando una duplicazione ingiustificata di compenso per le medesime ore di lavoro.

Da tale condotta dolosa, secondo la Procura sarebbe derivati tre danni per l'Azienda. Il primo, rappresentato dalla retribuzione percepita dai medici anche per le ore in cui risultavano aver in realtà svolto attività privata; il secondo, pari alla quota dei compensi percepiti dal medico, che l'Amministra-

zione avrebbe dovuto detrarre da ciascuna tariffa per le visite intramoenia, come previsto nella circolare dell'Azienda, che indicava le procedure da seguire, disponendo appositi bollettari in quadruplica copia da utilizzare per lo svolgimento della libera attività professionale; il terzo, quale danno da disservizio generato dal comportamento poco consono ai doveri d'ufficio tenuto dagli stessi medici, in relazione anche ai costi generali sopportati dall'amministrazione pubblica a seguito della mancata legalità, efficienza, efficacia ed economicità dell'azione amministrativa. Azione in ogni caso dolosa e con una conseguente responsabilità in solido.

Del resto, dagli accertamenti svolti in sede penale, e dagli atti acquisiti, era emerso che l'attività privata svolta dai medici convenuti risultava avvenuta in palese contrasto con le previsioni normative, perché svolta in orario di servizio, e comunque senza distinzione di struttura e di personale. A loro volta gli stessi convenuti avevano cercato di dare giustificazione alla dinamica dei fatti stessi, ma senza mai negare (e quindi ammettendolo implicitamente) che le visite avvenissero entro la struttura del nosocomio durante l'orario di servizio. Il Collegio, chiamato a decidere sul merito, ha tuttavia tenuto conto del fatto che per alcuni dei medici convenuti in realtà tale azione dolosa si sarebbe verificata solo per una o poche visite, mentre per altri medici risultava essere stata la prassi seguita per più di un caso.

Nella fattispecie concreta, tuttavia, il Collegio ha ritenuto non sufficientemente provata la sussistenza di tutte e tre le voci di danno così come imposte dalla Procura generale: provata infatti, risultava la prima voce, vale a dire quella relativa al compenso percepito per le ore in cui i medici hanno svolto attività privata, mentre non altrettanto dimostrata risultava la voce di danno relativa al mancato versamento della quota dovuta alla Asl avendo essi depositato a loro scarico copia del bollettario a comprova dell'avvenuto versamento, nonostante in molti casi erano risultate delle irregolarità di deposito, per aver trattenuto erroneamente la copia del "colore" sbagliato. Ma anche in questi casi, proprio aver trattenuto la copia che invece andava consegnata alla cassa dell'ospedale, poteva consentire ai medici interessati di dimostrare l'avvenuto versamento della quota dovuta, in ottemperanza della norma regolamentare.

Non vi sono dubbi, invece, circa la sussistenza del danno da disservizio, risultante "in re ipsa" nei fatti contestati dalla Procura, in quanto l'Azienda, a seguito delle condotte dei medici convenuti ha subito un disservizio, individuabile quanto meno nella distrazione di detti medici dai doveri di servizio cui erano tenuti per rapporto contrattuale con l'Azienda con pregiudizio quindi per l'efficienza della stessa. Infine il Collegio rigetta la prospettazione della Procura nella parte in cui chiama a rispondere i convenuti in via solidale tra loro, trattandosi di azione dolosa, in quanto nella fattispecie concreta, pur trattandosi di condotta dolosa, manca l'elemento del concorso, avendo ogni medico contribuito a determinare il danno per la parte di cui risulta responsabile e, quindi, solo per detta parte sarà tenuto a rispondere. Deve escludersi la responsabilità solidale anche alla luce della considerazione che in realtà nel caso in esame non è prospettabile un'unica azione criminosa, né un medesimo "disegno criminoso" sia pur consistente in più azioni, ma ci si trova dinnanzi a distinte azioni, sia pur simili nella loro tipologia, preordinate ognuna ad un illecito distinto, cui è conseguito l'arricchimento del singolo medico interessato.

Paola Carnevale

FISCO & PREVIDENZA

Indebiti da non restituire se tarda la definizione del trattamento

Con la circolare n. 50 del dicembre 2005 l'Inpdap aveva fatto il punto sulle situazioni regolamentari e giuridiche che l'istituto riteneva essere alla base dei criteri relativi al recupero delle somme indebitamente attribuite al pensionato in misura superiore al dovuto. L'istituto distingueva due condizioni, quale quella del trattamento definitivo, per il quale le somme eventualmente corrisposte in più devono intendersi irripetibili (ex art. 206 del T.u. n. 1092/73) e i debiti che scaturiscono dal conguaglio tra il trattamento provvisorio e pensione definitiva per i quali la ripetizione dell'indebito è obbligatoria. Ultimamente, con la sentenza n. 7 dell'11 luglio 2007 la Corte dei conti ha invece affermato che ove il ritardo della liquidazione della pensione definitiva vada oltre i termini prefissati per la sua definizione, l'istituto di previdenza non può più pretendere il rimborso delle eventuali somme indebitamente corrisposte, per il consolidarsi di una situazione fondata sull'affidamento nella pubblica amministrazione. La Sezione centrale della Corte, con l'ordinanza 024/2007/A, aveva rilevato la sussistenza di un contrasto giurisprudenziale anche tra le Sezioni giurisdizionali d'appello e, all'interno di esse, tra l'orientamento che, in condivisione di precedente sentenza, 1/99/QM delle Sezioni riunite, nega l'irripetibilità del credito erariale derivante da indebita erogazione di maggiori somme sul trattamento pensionistico provvisorio pur in presenza della buona fede del percipiente, e l'opposto indirizzo, che ravvisa nel sistema previdenziale pubblico un principio idoneo a legittimare una specie di giustizia equitativa, collegando l'irripetibilità alla situazione di fatto della lunga protrazione nel tempo dell'erogazione non dovuta, tale da indurre il pensionato nella convinzione che le somme fossero dovute. Di conseguenza ha disposto la trasmissione degli atti alle Sezioni riunite per la risoluzione della questione:

1) se, dal combinato disposto degli artt. 162 e 206 del T.U. 1092/73 possa ricavarsi un "principio" che consenta l'irripetibilità del credito erariale ogni qual volta il lungo lasso di tempo abbia ingenerato nel percipiente in buona fede la convinzione di ricevere quanto spettante;

2) o se, invece, occorra procedere ad una interpretazione letterale delle citate disposizioni, tenuto conto di come ciò possa, in alcuni casi, adombrare un contrasto con l'art. 38, secondo comma, della Costituzione in quanto, a causa di una insufficiente tutela della buona fede, sarebbe diminuito il trattamento pensionistico diretto a soddisfare i bisogni primari del titolare e della sua famiglia".

La Sezione d'appello, con alcune ordinanze ha rilevato che la giurisprudenza intervenuta successivamente alla già citata sentenza 1/99/QM delle Sezioni riunite, risultava diversamente orientata sulla tematica degli indebiti formati in relazione a pensioni provvisorie e accertati in sede di liquidazione del trattamento definitivo. E ciò sia con riferimento alla rilevanza della buona fede e dell'eccessiva durata del trattamento provvisorio sia circa l'applicazione del principio di settore individuato dalla Corte costituzionale, secondo il quale alla generale regola codicistica di incondizionata ripetibilità dell'indebito si sostituisce la diversa regola che esclude

la ripetizione in presenza di una situazione di fatto avente come minimo comune denominatore la non addebitabilità al percettore dell'erogazione non dovuta. Ravvisata, perciò, la sussistenza di un contrasto giurisprudenziale ha disposto la trasmissione degli atti alle Sezioni riunite per la pronuncia sulla questione

La Sezione giurisdizionale centrale, ha sollevato dubbi sulla compatibilità del precedente assetto interpretativo con i principi e le affermazioni formulati in materia dalla Corte costituzionale, anche in relazione all'art. 38, secondo comma, della Costituzione, con conseguente esclusione del recupero dell'indebito ove sia ravvisabile il consolidamento della situazione esistente per effetto dell'affidamento riposto nella legittima attività dei pubblici poteri. In particolare l'avvocato dei ricorrenti richiama il termine di 180 giorni stabilito ex art. 2, secondo comma della legge n. 241 del 1990 con i decreti del Ministro del tesoro n. 304 del 1992 e n. 325 del 1997 per la conclusione del procedimento di liquidazione della pensione definitiva, da cui deduceva che il recupero dell'indebito formatosi sul trattamento pensionistico provvisorio può effettuarsi solo nei limiti del termine stabilito di 180 giorni, decorso il quale il recupero non può più essere effettuato, stante il consolidamento della situazione.

La Corte ha rilevato, in via di diritto, che quale che sia la natura che viene attribuita a detti termini, essi comunque ora rappresentano un limite oggettivamente predeterminato ex lege, e si configurano quale elemento essenziale del procedimento destinato a eliminare ogni possibile incertezza, vigendo ora, ai sensi dell'art. 2 della legge n. 241 del 1990, l'obbligo per l'amministrazione di concludere il procedimento con un provvedimento espresso, entro un limite certo.

In buona sostanza l'entrata in vigore delle disposizioni di cui alla legge n. 241 del 1990 quali integrate dalle disposizioni di legge e regolamentari ex art. 2 della legge stessa ha innovato non tanto con riguardo all'obbligo, già esistente, di portare a compimento atti dovuti, quanto rispetto alle modalità stesse dell'adempimento, per le quali ora vige il dovere di adottare un provvedimento espresso entro il termine univocamente applicabile. Tale innovazione, per quel che rileva in questo caso, è destinata a tutelare i pensionati destinatari dell'azione della pubblica amministrazione, e a confermare il convincimento del pensionato in ordine alla legittimità del trattamento erogatogli.

La novità di questo ampliamento delle garanzie normativamente introdotte nell'ordinamento emerge con maggiore evidenza laddove si consideri che, secondo la giurisprudenza della Corte costituzionale attinente al regime di indeterminatezza della durata del procedimento antecedente all'entrata in vigore delle norme di cui alla legge 7 agosto 1990 n. 241, la persistenza della fase di provvisiorietà del-

la liquidazione del trattamento di quiescenza comportava l'impossibilità di attribuire significatività ad eventuali errori dell'Amministrazione e/o di configurare la "buona fede" in capo al percettore di eventuali indebiti pensionistici, ben essendo lo stesso a conoscenza del predetto regime di provvisiorietà e della possibilità di un conguaglio a debito (Corte costituzionale, 21 luglio 1988, n. 846). Il termine di legge o regolamentare amministrativo entro il quale l'Amministrazione deve procedere all'emissione del provvedimento definitivo di quiescenza assume dunque, atteso l'inequivoco dettato normativo relativo alla contestualità dell'emissione del provvedimento di pensione definitiva e dell'eventuale, conseguente, conguaglio, portata identificativa del connesso limite temporale da ritenersi sussistente per l'eventuale esercizio legittimo del po-

tere di recupero destinato ad incidere sfavorevolmente sull'assetto economico del percettore. Alla scadenza del predetto limite temporale non si può dunque ravvisare alcuna ulteriore possibilità di esercizio del potere di recupero, e ciò nella considerazione che i limiti temporali fissati nella materia sono previsti a tutela (e non già a discapito) degli interessi privati coinvolti nella procedura. Per tutto quanto argomentato la Corte ha indicato che, nell'ambito della disciplina sopravvenuta contenuta nella legge n. 241 del 1990, per cui, a decorrere dall'entrata in vigore di detta legge, decorso il termine posto per l'emanazione del provvedimento definitivo sul trattamento di quiescenza, non può più effettuarsi il re-

cupero dell'indebito, per il consolidarsi della situazione esistente, fondato sull'affidamento riposto nell'Amministrazione.

Vanno comunque rimesse all'accertamento e alla valutazione dei giudici di merito l'individuazione del limite temporale posto per l'emanazione del provvedimento definitivo sul trattamento di quiescenza, decorso il quale non può più effettuarsi il recupero dell'indebito, nonché le valutazioni derivanti dall'operatività della presente pronuncia di massima solo per le fattispecie successive alla data di entrata in vigore della richiamata legge 7 agosto 1990 n. 241. Per questi motivi le Sezioni riunite in sede giurisdizionale, hanno risolto la questione nel senso che, in assenza di dolo dell'interessato, il disposto contenuto nell'art. 162 del Dpr n. 1092 del 1973, concernente il recupero dell'indebito formatosi sul trattamento pensionistico provvisorio, deve interpretarsi nell'ambito della disciplina sopravvenuta contenuta nella legge n. 241 del 1990, per cui, a decorrere dall'entrata in vigore di detta legge n. 241 del 1990, decorso il termine posto per l'emanazione del provvedimento definitivo sul trattamento di quiescenza, non può più effettuarsi il recupero dell'indebito, per il consolidarsi della situazione esistente, fondato sull'affidamento riposto nell'Amministrazione.

Claudio Testuzza

//
L'obbligo per
l'amministrazione
di concludere il
procedimento
con un
provvedimento
espresso, entro
un limite certo

//

TUTELA LAVORO

Mobilità volontaria e concorso

È nullo il bando se la P.A. non attiva le procedure di mobilità

In materia di concorsi per le assunzioni di personale presso le Pubbliche Amministrazioni trova applicazione il principio del previo esperimento delle procedure di mobilità rispetto al reclutamento di nuovo personale.

Tale regola è contenuta nel comma 2-bis dell'art. 30 del D.lgs. n. 165 del 2001 (comma inserito ad opera del D.L. 31 gennaio 2005, n. 7) il quale stabilisce che "Le amministrazioni, prima di procedere all'espletamento di procedure concorsuali, finalizzate alla copertura di posti vacanti in organico, devono attivare le procedure di mobilità (previste dai contratti collettivi), provvedendo, in via prioritaria, all'immissione in ruolo dei dipendenti, provenienti da altre amministrazioni, in posizione di comando o di fuori ruolo, appartenenti alla stessa area funzionale, che facciano domanda di trasferimento nei ruoli delle amministrazioni in cui prestano servizio. Il trasferimento è disposto, nei limiti dei posti vacanti, con inquadramento nell'area funzionale e posizione economica corrispondente a quella posseduta presso le amministrazioni di provenienza".

La ratio della norma, introdotta con la legge finanziaria del 2005, è quella di garantire il buon andamento della P.A. (articolo 97 Cost.), da un lato, facendo venir meno il disagio in cui operano dipendenti costretti a lavorare lontano dai propri centri di interessi familiari e personali e, dall'altro, evitando alle amministrazioni pubbliche l'aggravio di spesa diretta all'espletamento delle procedure concorsuali.

La stessa Presidenza del Consiglio dei Ministri con propria direttiva del 3 novembre 2005 ha specificato che, prima dell'espletamento delle procedure concorsuali, sussiste l'obbligo per le P.A. di esaminare le richieste di mobilità volontaria pervenute, verificando, inoltre, i presupposti del ricorso a tale istituto già al momento della determinazione di acquisizione di nuove unità di personale e, più a monte, al momento della programmazione dei fabbisogni (cfr. punto 4 della direttiva).

Ne deriva, quale corollario, che le singole amministrazioni, prima di bandire a concorso i posti vacanti in organico, sono tenute, non solo ad esaminare le relative richieste di mobilità volontaria pervenute, ma anche, in assenza di quest'ultime, ad indire un avviso pubblico di mobilità.

I principi in esame sono stati di recente confermati anche dalla giurisprudenza amministrativa. In particolare, il Tar del Friuli Venezia Giulia con sentenza n. 00552 del 29 agosto 2007, pronunciata proprio nei riguardi di un medico, ha sancito la nullità del bando concorsua-

le indetto dall'Azienda sanitaria in assenza della preventiva valutazione circa la domanda di mobilità presentata dal dirigente, confermando così il principio di legge del previo esperimento delle procedure di mobilità previste dalla disciplina collettiva di settore rispetto all'indizione del concorso o della procedura selettiva.

L'ISTITUTO DELLA MOBILITÀ VOLONTARIA DELLA DIRIGENZA MEDICA

In questo quadro, è utile esaminare brevemente la disciplina in materia di mobilità volontaria del dirigente medico.

Sul punto, la contrattazione collettiva per l'area della dirigenza medica del Ssn, regola l'istituto della mobilità volontaria all'articolo 20 del Ccnl 1998-2001, disponendo che lo stesso si configura come una formale richiesta del dipendente di essere trasferito presso altra Azienda o Ente del comparto.

Nello specifico, a norma del primo comma dell'articolo 20 del Ccnl 2000, il trasferimento volontario dei dirigenti medici tra le aziende e tutti gli Enti del Comparto Sanità, anche di regioni diverse, è consentito alle seguenti condizioni: Innanzi tutto, occorre che il medico, superato il periodo di prova, ottenga sia il nulla osta dell'Azienda presso la quale svolge le proprie mansioni che l'assenso dell'Azienda di destinazione;

In secondo luogo, presso quest'ultima struttura deve essersi verificata una carenza di organico che abbia ad oggetto una posizione professionale compatibile con l'area e la disciplina del lavoratore che intende trasferirsi.

Per quanto riguarda il nulla osta dell'Azienda di appartenenza, la norma contrattuale stabilisce che qualora questo non venga concesso entro 10 giorni dalla presentazione della domanda di mobilità, lo stesso si intende sostituito da un periodo di preavviso di 3 mesi.

Alla scadenza del periodo di preavviso, anche in mancanza del rilascio del nulla osta da parte dell'Azienda

di provenienza, il trasferimento si considera perfezionato ed il rapporto di lavoro prosegue per il dirigente interessato senza alcuna soluzione di continuità con l'Azienda di destinazione.

A tal proposito, il comma 3 dell'articolo 20 prevede che la mobilità volontaria non comporta novazione del rapporto di lavoro, con la conseguenza che, ad esito del trasferimento, il lavoratore conserva la qualifica dirigenziale e l'anzianità di servizio maturata.

La stessa disposizione, inoltre, specificando che il fascicolo personale segue il dirigente trasferito, implica che gli eventuali addebiti disciplinari relativi a comportamenti posti in essere nell'ex struttura di appartenenza costituiscono precedenti valutabili dalla Direzione dell'Azienda o dell'Ente di destinazione.

Con riferimento alla mobilità attuata dai dirigenti medici con meno di cinque anni di attività, la disciplina

collettiva stabilisce che le valutazioni riportate dal medico nella precedente amministrazione devono essere tenute in debito conto dall'azienda di destinazione al fine dell'eventuale conferimento di incarichi di responsabilità di struttura semplice, di alta specializzazione, consulenza, studio, ricerca verifica e controllo, ovvero di natura professionale.

Mentre per quanto riguarda le richieste di mobilità dei dirigenti medici già responsabili di struttura complessa, l'articolo 20, comma 4, prevede la perdita dell'incarico per effetto del trasferimento, con conseguente affidamento da parte dell'Azienda di destinazione di uno degli incarichi previsti dall'articolo 27, comma 1, lett. b) e c) (ossia, responsabilità di struttura semplice o incarico di alta specializzazione, consulenza, studio, ecc.)

In ogni caso, l'eventuale modifica dell'incarico al dirigente trasferito comporta la stipulazione di un nuovo contratto individuale con il consenso del lavoratore.

Il medico deve ottenere sia il nulla osta dell'azienda di provenienza sia l'assenso di quella di destinazione

Avv. Vincenzo Bottino
Servizio Tutela Lavoro
Cref

DIRIGENZA MEDICA

Il mensile dell'Anaa Assomed

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

direttore

Carlo Lusenti

direttore responsabile

Silvia Procaccini

comitato di redazione:

Giorgio Cavallero, Domenico Iscaro, Mario Lavecchia,

Gianluigi Scaffidi, Costantino Troise

coordinamento editoriale

Eva Antoniotti

hanno collaborato:

Vincenzo Bottino, Paola Carnevale, Lucia Conti, Giulio Maria Corbelli, Vito Gaudiano, Lorena Giudici, Ester Maragò, Carlo Palermo, Enrico Reginato, Claudio Testuzza

Progetto grafico e impaginazione:

Daniele Lucia, Barbara Rizzuti

A.N.E.S.
AGENZIA NAZIONALE EDITORIALE

editore



Health Communication srl
Edizioni e servizi di interesse sanitario

Via Vittore Carpaccio 18 - 0147 Roma
email: redazione@hcom.it
tel. 06.59.44.61 - fax 06.59.44.62.28

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 Roma
Diritto alla riservatezza: "Dirigenza Medica" garantisce la massima riservatezza dei dati forniti dagli abbonati nel rispetto della legge 675/96
Stampa: Artigrafiche s.r.l. - Pomezia (Rm)
Finito di stampare nel mese di febbraio 2008