

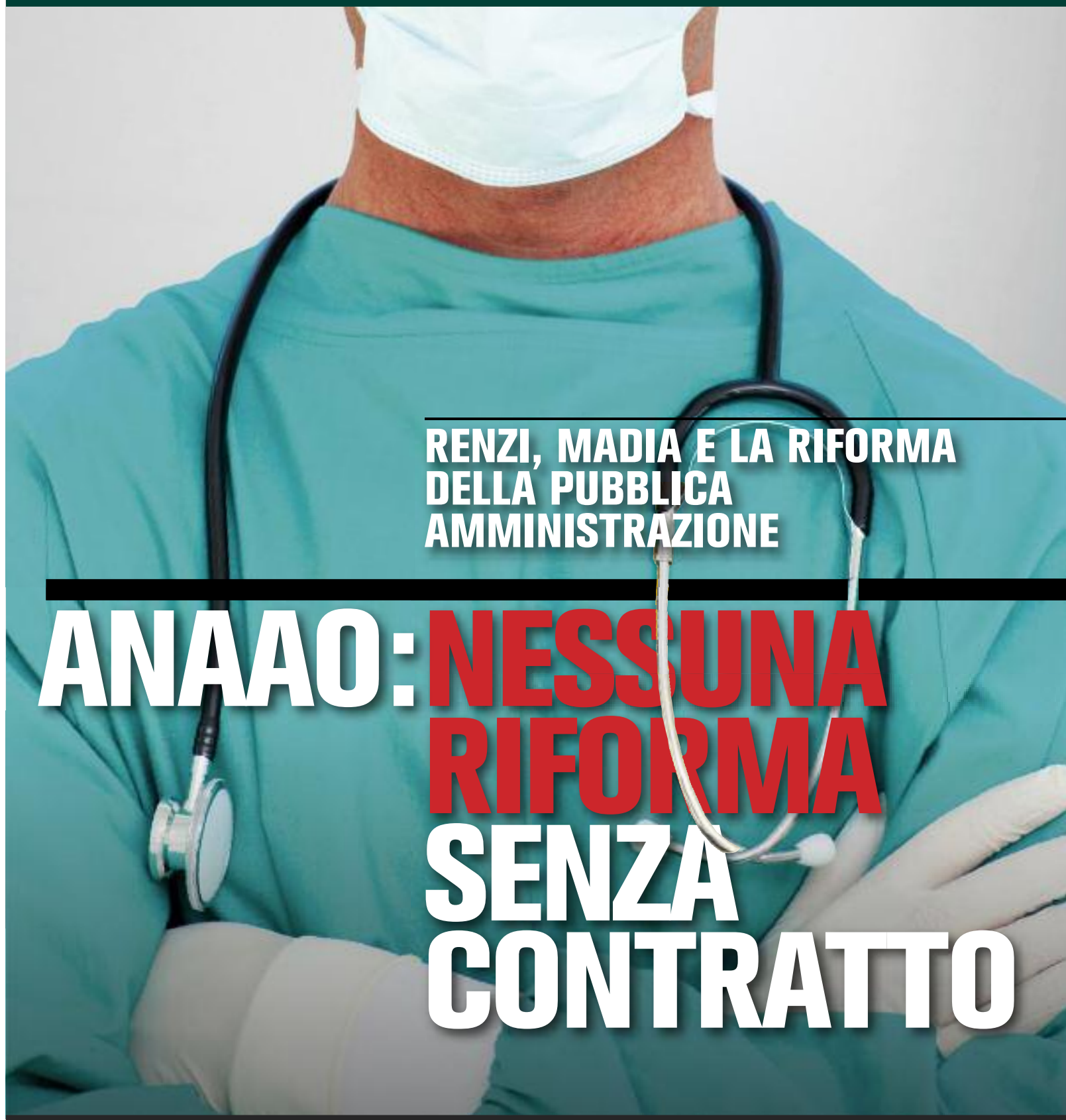
dm



Editoriale
Verso il Congresso
2014
a pagina 2

Tutela lavoro
Dirigenti Medici
in quiescenza e Ssn
a pagina 15

dirigenza medica



**RENZI, MADIA E LA RIFORMA
DELLA PUBBLICA
AMMINISTRAZIONE**

**ANAAO: NESSUNA
RIFORMA
SENZA
CONTRATTO**

EDITORIALE

VERSO IL CONGRESSO 2014

Il Congresso di Silvi Marina (giugno 2010) si aprì a ridosso della approvazione del DL 78, che poi diventerà la famigerata L. 122/2010, che inaugurò la stagione dei blocchi di contratti, nazionali ed aziendali, del turnover, specie nelle Regioni in piano di rientro, dei tagli ai fondi contrattuali ed al finanziamento della sanità pubblica. E si chiuse con le nostre dichiarazioni di protesta che culminarono nello Sciopero nazionale di 24 ore del 9 luglio.

Sono passati 4 anni ma nessuno dei problemi aperti da quella logica emergenziale si è risolto. Anzi, con il trascorrere del tempo è apparso chiaro come il costo del lavoro pubblico fosse stato individuato come il fattore principale per il riequilibrio dei conti e l'attacco al sindacato rappresentasse una scelta lucida che mirava a ridiscutere ruolo e funzioni. Di qui la ulteriore proroga dei blocchi al 2014, e poi a tempo indeterminato, l'abuso incontrollato di contratti atipici con un Dpcm propagandato come risolutivo ma di fatto desaparecido, la crisi della formazione medica assunta a vera emergenza nazionale, l'avanzare, sotto la spinta di

Con il trascorrere del tempo è apparso chiaro come il costo del lavoro pubblico fosse stato individuato come il fattore principale per il riequilibrio dei conti e l'attacco al sindacato rappresentasse una scelta lucida che mirava a ridiscutere ruolo e funzioni

Governo e Regioni, delle nuove professioni sanitarie che erodono i tradizionali ambiti di competenza medica promettendo risparmi sui costi. Mentre la crisi economica fa da alibi ad operazioni politiche malamente travestite da opzioni tecniche che mirano a fare cassa con i tagli alla sanità, ed ai redditi dei suoi operatori, indifferenti al destino di sgretolamento cui condannano il servizio sanitario nazionale ed alla sua deriva verso una sanità duale. In mezzo ai due Congressi abbiamo avuto altri due giorni di sciopero nazionale, una marea di comunicati, assemblee dentro e fuori agli ospedali fino alla grande manifestazione del 27 ottobre 2012, per la quale non finirò mai di ringraziare ed esaltare la partecipazione della Anaa, con la quale abbiamo messo in piazza il disagio di una professione e lanciato, inascoltati, l'allarme sul tracollo prossimo venturo dell'intero sistema di welfare. In questo processo tumultuoso, insomma, non siamo stati immobili, afasici o rassegnati, ma in prima linea impegnati ad arginare attacchi incessanti per evitare il peggio.

In queste settimane la Associazione è impegnata in una nuova fase congressuale, in cui la sostanziale tenuta degli



iscritti, rispetto al 2010, ad onta di una incipiente gobba demografica e di una crisi della rappresentanza comune a tutte le organizzazioni, accompagna la nascita di un nuovo soggetto sindacale che con la storica sigla Anaa Assomed mira a rappresentare il lavoro medico, a prescindere dalla natura giuridica del rapporto contrattuale, insieme con quello della dirigenza sanitaria, per continuare ad essere il più forte sindacato anche nelle nuove aree contrattuali disegnate dalla L.150/2010. Un nuovo sindacato per certi versi ma anche un sindacato nuovo che, dopo il congresso statutario di Caserta, insedia i giovani e le donne all'interno dei propri organismi statuari per farne il perno di un cambiamento necessario.

La stagione degli eroi che pensarono, alla fine degli anni 50, ad un nuovo sindacato medico autonomo e quella di coloro che lo fecero grande e protagonista della nascita del servizio sanitario nazionale, si avvia, infatti, alla conclusione. Ciò che rimane di quelle generazioni si trova a percorrere l'ultimo miglio, nel quale governare e favorire la transizione che sarà anagrafica e di genere, essendo il tempo ed i numeri i primi fattori di entropia, per cambiare non solo giocatori ma anche moduli di gioco. I prossimi 4 anni saranno ancora più duri perché tutto ciò che non ha trovato soluzione si porrà come problema e perché ci scopriamo orfani di tradizionali punti di riferimento, quali la politica e gli ordini professionali, ed alle prese con nuove modalità di comunicazione che ancora non padroneggiamo. In tempi in cui, per di più, qualsiasi rappresentanza, compresa la nostra, è messa in discussione dai cambiamenti che oggi esprimono poteri permeati da una logica autoritativa che, in quanto tale, va al di sopra della rappresentanza obbligati-



di Costantino Troise



dola a ridefinirsi e reinventarsi se vuole sopravvivere. Ricostruire un ruolo politico ed un ruolo sociale sono compiti necessari ed interdipendenti, perché nemmeno il medico può essere refrattario alle discontinuità del contesto sociale cui appartiene e da cui ritiene, a torto, di essere autonomo. Nei nuovi scenari la crisi di identità della professione e la estrema frammentazione della sua rappresentanza, specie nel mondo della dipendenza, costituiscono fattori strutturali di debolezza. Ed il nostro lavoro reclama un diverso valore, anche salariale, come contropartita di un cambiamento, alla ricerca di diverse collocazioni giuridiche e diversi modelli organizzativi che riportino i medici, e non chi governa il sistema, a decidere sulle necessità del malato. I Lea siamo noi e le nostre abilità e competenze, che spesso fanno la differenza tra vita e morte, tra malattia e salute, sono un pre-requisito del rilancio del Servizio Sanitario pubblico e nazionale e del suo incremento di efficacia ed efficienza, anche superando a piedi pari la logica anti ospedaliera imperante. Una logica che poggia su di una visione di medicina territoriale quale panacea per tutti i mali, i ritardi, le inefficienze e gli sprechi della sanità, che sta dominando da tempo programmi e strategie politiche, istituzionali, professionali e accademiche, rispetto alla quale manteniamo un atteggiamento a metà tra il fastidio e il fatalismo. Quasi assuefatti all'idea che tutto il bene risieda ormai fuori dalle mura ospedaliere e tutto il male all'interno, abbiamo subito progressive operazioni di smantellamento o ridimensionamento della rete nosocomiale, sempre in fiduciosa (anche se scettica) attesa di una parallela costruzione di una rete alternativa e complementare. Il che non è avvenuto, anche perché è più facile trasferire risorse

che funzioni.

Il Congresso è l'occasione per analizzare e discutere (e decidere), senza tesi preconcepite e soprattutto con la mente libera di accogliere il nuovo, che occorre innanzitutto concepire per renderlo possibile, alcune questioni forti. Ruolo sociale, sindacale, giuridico-contrattuale e professionale da ri-pensare con audacia e voglia di arrivare in alto. E con una forte assunzione di responsabilità verso le nuove leve, che contrasti l'idea di una chiusura in sé stesse delle categorie storiche del lavoro dipendente che privilegiate non sono ma che tali rischiano di apparire. Trasformando anche la immagine e la percezione diffusa che del sindacato hanno troppi colleghi, evitando di viverlo come una seconda casa in cui invecchiare, attenti a non trasmettere l'idea di una occupazione vitalizia di ruoli e incarichi che, anche se a fin di bene, può diventare di fatto una preclusione a priori verso nuove leve. Il farsi da parte al momento opportuno è un elemento di crescita e rinnovamento per far sì che il sindacato sia sempre in linea rispetto al mondo del lavoro cui si rivolge. I giovani e le donne sono il futuro al quale abbiamo avuto la capacità di aprire la porta dei nostri organismi centrali e periferici. Ora occorre accogliere le loro energie e le loro visioni per guardare alle prossime sfide con ottimismo e con una rinnovata capacità di porre soluzioni nuove per problemi antichi. Verso il Congresso 2014, quindi. Con passione, orgoglio, intelligenza e fiducia per ritrovare in noi stessi il cuore antico della salute.

I Lea siamo noi e le nostre abilità e competenze, che spesso fanno la differenza tra vita e morte, tra malattia e salute, sono un pre-requisito del rilancio del Ssn

Riforma della Pubblica amministrazione

La politica faccia un indietro o non cambi Ma nessuna riforma senza contratto

“Capitale umano, tagli agli sprechi e alle strutture inutili e open data come strumento di trasparenza e innovazione”. Sono questi i tre pilastri sui quali poggerà la riforma della Pubblica Amministrazione annunciati dal premier Renzi e dal ministro Madia, che in una lettera ai dipendenti pubblici hanno esposto i loro 44 punti “per fare sul serio”. Ma per l’Anaa nessuna riforma è realmente possibile se non si toglie la PA dalle mani di una politica arrogante e se non si approvano i nuovi contratti.

Il Presidente Renzi dice di voler fare sul serio.

Anche noi vogliamo fare sul serio e crediamo che occorra una riforma vera della Pubblica amministrazione, che allinei il lavoro pubblico del Paese agli standard europei.

Ci spiace constatare che non sia stato colto il principale problema della pubblica amministrazione: l’invadenza e l’arroganza degli apparati politici. Non vi è neppure un accenno a quel passo indietro che la politica deve fare per restituire dignità e credibilità al servizio pubblico. L’indipendenza e l’autonomia della pubblica amministrazione, come previsto dal dettato costituzionale, deve essere garantita. Infatti, solo l’indipendenza e l’autonomia della Pa può assicurare equità nell’utilizzo delle risorse, nell’accesso ai servizi e nel mantenimento di un welfare condiviso. La politica governa direttamente la Pa decide discrezionalmente le nomine dei vertici degli enti pubblici, dei capi dipartimento che determinano carriere e retribuzioni. Un chiaro esempio è dato dal Ssn, ma la situazione è analoga in quasi tutti i settori del pubblico impiego. Ai vertici di tutte le Aziende sanitarie e ospedaliere siedono Direttori generali di esclusiva no-

mina politica che hanno il potere, spesso assoluto, sulle nomine dei capi dipartimento, di tutte le strutture complesse e semplici, di tutti gli incarichi dirigenziali, delle risorse di tutte le strutture operative e di parte delle retribuzioni dei dirigenti. Le stesse valutazioni per la parte gestionale vengono effettuate da nuclei di valutazione che come recita la legge Brunetta sono definiti “indipendenti”, ma in realtà sono di nomina del “vertice politico-amministrativo”.

Non vogliamo sottrarci alle valutazioni, alla valorizzazione del merito, ma non siamo più disposti a subire la politicizzazione delle carriere e lotteremo, questa volta sul serio, perché le nostre retribuzioni non siano più gestite discrezionalmente dalla dirigenza politica.

In realtà in questo Paese non è mai esistita un’autentica dirigenza pubblica stante l’occupazione della politica sui vertici di tutte le amministrazioni. Una miriade di incarichi definiti “fiduciari”, soggetti alla discrezionalità del politico di turno, di consulenze clientelari, di interferenze in nomine ed appalti hanno gravemente inciso sulla funzionalità della Pa, come più volte dimostrato dalle indagini della magistratura.

segue a pagina 6

Giorgio Cavallero



passo erà nulla.



Il potenziale rischio è che un qualunque specialista possa essere indirizzato in un reparto non di sua competenza per il semplice fatto che il titolo di laurea è per definizione abilitante in Medicina e Chirurgia

Alessandra Spedicato



**Riforma
P.A.**

Il commento di Anaaio Giovani

Le nostre riflessioni punto per punto

Abrogazione dell'istituto del trattenimento in servizio. Anaaio Giovani è favorevole all'abrogazione di tale istituto. Il trattenimento in servizio costituisce, a tutti gli effetti, una nuova assunzione ed è un dovere delle Amministrazioni rivolgersi a giovani che abbiano compiuto un lungo, faticoso ma anche innovativo percorso di studi tra la Laurea e Specializzazione. Ritenere gli anziani indispensabili, a causa dell'esperienza e/o della professionalità acquisita, equivale anche ad esprimere una sfiducia in un sistema formativo che già più volte è stato criticato per aspetti lacunosi nell'insegnamento pratico. Un eventuale passaggio di competenze tra medico Senior (prossimo al pensionamento) e medico Junior (appena introdotto nel mondo del lavoro) potrebbe essere inquadrato a livello carrieristico tra gli incarichi a termine come suggerito nel successivo punto 10.

Mobilità volontaria ed obbligatoria. Abolizione del nulla osta della struttura rilasciante ai fini del trasferimento. Se il timore è la fuga dai piccoli ospedali provinciali si può riconoscere una indennità di disagio (per i lavoratori fuori sede) o si può approfittare di queste fughe per rivedere la necessità della sopravvivenza di taluni presidi ospedalieri.

Introduzione dell'esonero dal servizio. Non mi è ben chiaro se si intende per malattia o per altro (esonero per cattiva condotta?). Nel caso si tratti di esonero per malattia necessità di rivalutazione biennale della patologia.

Agevolazione del part-time. Aumento del tetto di utilizzo del part-time all'interno delle aziende, nuovi criteri di accesso che prendano in considerazione anche età e numero dei figli, maggiore elasticità nell'entrare ed uscire in un regime part-time, obbligo di risposta delle aziende entro 30 giorni dalla richiesta con la previsione del silenzio-assenso. A favore di tale maggiore agilità nei riguardi

di del part-time sono le esperienze di numerose aziende non sanitarie che hanno visto, in tal modo, aumentare la produttività del lavoratore, diminuire l'assenteismo e lo stress nella conciliazione dei tempi casa-lavoro.

Limiti ai compensi. L'eventuale limite non deve includere i redditi provenienti dall'attività intramoenia.

Affidare mansioni assimilabili quale alternativa per personale in esubero.

I medici devono essere esclusi da questa possibilità. Il potenziale rischio è che un qualunque specialista possa essere indirizzato in un reparto non di sua competenza per il semplice fatto che il titolo di laurea è per definizione abilitante in Medicina e Chirurgia. Vero è che nessuno si potrebbe improvvisare radiologo od anestesista ma non mi stupirei che un anestesista venisse riciclato come cardiologo per esempio!

Semplificazione e flessibilità regole turn over. Non ha senso parlare di turn over se prima non si smaschera apertamente il disagio che esiste all'interno delle strutture sanitarie per un quasi decennale blocco delle assunzioni. Gli effetti devastanti di reparti a corto di personale sono attenuati dall'assunzione di personale precario con contratti atipici che svolge molte volte compiti (quali guardie, attività notturna) non previsti dal proprio tipo di contratto. Tali assunzioni mascherate, andando a finire su capitoli di spesa come beni e servizi e non sul capitolo di spesa del personale, consentono ancora il mantenimento di una minima attività ordinaria all'interno degli ospedali ma non giovano alla professionalità dei giovani medici. Dunque AG chiede l'imposizione di un tetto nella possibilità di conferire tali tipologie di contratto (borse di studio, co.co.co., ecc) che non superi il 3% del personale assunto a tempo indeterminato. In questo modo si potrà avere una visione realistica di quelle che sono le gravi carenze di

segue da pagina 4

La politica faccia un passo indietro

È ormai convincimento diffuso tra i dipendenti pubblici che la carriera sia l'esclusivo risultato del gradimento politico che prevarica qualsiasi valutazione del merito e della competenza. Tale convinzione rischia di indurre i dipendenti più alla ricerca del sostegno politico che allo sforzo per perseguire i risultati.

Per questo esigiamo una netta separazione tra organi politici e dirigenza tecnica professionale e gestionale. Chiediamo rispetto e separazione netta dei compiti e delle responsabilità.

Chiediamo organi di governo democratici nei quali la componente professionale non sia subalterna, nell'interesse del servizio da rendere ai cittadini. Quanto ai licenziamenti ricordiamo che sono già previsti dai contratti di lavoro, ma ci spaventa l'eventualità di consegnare la facoltà di licenziare alla discrezionalità di organi politici. Ribadiamo che non vogliamo essere valutati, penalizzati, licenziati, mobilitati, decurtati stipendialmente sulla base del gradimento dell'organo politico sovraordinato. La dirigenza già risponde del proprio operato alla Corte dei conti e la componente più numerosa della dirigenza, quella sanitaria, risponde direttamente ai cittadini per le prestazioni erogate anche con richieste risarcitorie dirette ed oneri assicurativi a proprio carico. La vera rivoluzione è la fine della colonizzazione della politica sulla pubblica amministrazione. Senza questo non ci sarà una riforma vera e credibile ma solo fumo.

Chi sono gli interlocutori del Governo?

È stata avviata una consultazione on line sulla riforma, nulla di male ed apprezziamo il fatto che il Governo conferisca ai cittadini e non a se a stesso la qualifica di datore di lavoro.

Stupisce il fatto che siano state escluse dal confronto le organizzazioni sindacali che pure rappresentano con delega volontaria il 70% dei dipendenti e dirigenti pubblici. Si è parlato anche di referendum che certo non può essere assimilato a un blog. Raccogliamo la sfida e rilanciamo. Il Governo dica se intende sottoporre a un referendum vero la riforma della Pa dimostri di non aver timore di confrontarsi con i dipendenti e i dirigenti pubblici. Tanto più se intende, come afferma di voler fare una riforma con il consenso dei lavoratori e non contro di loro. Non si cerchi un interlocutore di comodo per avallare decisioni già prese. Alquanto sconcertante è poi l'affermazione di non voler affrontare l'argomento in campagna elettorale. Perché? Tale affermazione induce il sospetto di un ridimensionamento del sistema pubblico da attuare dopo le elezioni. Noi non possiamo non tener conto di quanto detto e crediamo che la questione debba essere un tema centrale della campagna elettorale.

All'assetto del servizio pubblico sono, infatti, correlati i diritti fondamentali, costituzionalmente garantiti e fondanti i trattati europei, quali la salute, l'istruzione e l'assistenza. Si dimentica troppo spesso che buona parte dei dipendenti pubblici sono i diretti erogatori ai cittadini di servizi fondamentali. Si considera falsamente l'intero impianto del servizio pubblico come appartenente alla burocrazia. Si dimentica che in quei paesi nei quali i servizi sanitari e l'istruzione sono privati il costo per i cittadini, è molto più elevato e per molti strati sociali insostenibile. Quanto alla spesso di-

sprezzata componente amministrativa si ricordi che solo con il recupero dell'evasione fiscale e il ripristino della legalità e del rispetto delle regole si potrà dare un futuro al Paese. Anche queste funzioni non vanno confuse con la generica burocrazia. Il Governo ha già incassato l'appoggio entusiastico dell'ex ministro Brunetta, ma deve decidere se ritenere questa base di consenso sufficiente e soddisfacente.



Riforme senza contratti e legificazione infinita

I dipendenti e i dirigenti pubblici sono senza contratto dal 2009 e come se non bastasse hanno subito persino decurtazioni stipendiali su emolumenti previsti da precedenti contratti.

Nel Def non viene previsto alcun finanziamento per rinnovi contrattuali e a fronte di ciò persiste la volontà cominciata con il dicastero Brunetta di regolamentare per legge materie che in tutto mondo sono di natura patenzia.

È una deriva autoritaria che ricorda il centralismo dei regimi totalitari dove il dipendente e il dirigente pubblico erano i meri esecutori materiale delle direttive politiche.

Non vi è ministro della Pa che non si sia cimentato nella emanazione di leggi decreti e circolari. L'assenza dei contratti di lavoro del resto rendono inapplicabili e assurde le stesse norme classico il "dividendo dell'efficienza" di Brunetta mai distribuito perché mai finanziato, utile solo a creare migliaia di organismi di valutazione in tutto il Paese. Del resto fare una riforma senza con-

Riforma P.A.

Riforma P.A.

I 44 PUNTI PER IL CAMBIAMENTO

Il provvedimento messo in campo dal Presidente del Consiglio Matteo Renzi e dal ministro della Pubblica Amministrazione, Marianna Madia dovrebbe approdare in porto il prossimo 13 giugno, ma solo dopo aver lasciato spazio alla discussione e al confronto con "uomini e donne che lavorano nella pubblica amministrazione" e i sindacati. Per questo il premier in una missiva inviata ai dipendenti pubblici hanno esposto loro 44 punti "per fare sul serio" invitandoli ad inviare considerazioni, proposte e suggerimenti.

Secondo le intenzioni del premier sarà una svolta radicale della Pubblica amministrazione che se "attuata in modo rigido, comporta la possibilità a zero euro di

immissione di 10 mila posti di lavoro per i giovani nella pubblica amministrazione". Si prevedono la semplificazione del turnover, il demansionamento, il limite ai cumuli stipendiali compresi quelli da prepensionamento, la riduzione del 50% dei permessi, la possibilità di licenziamento per il dirigente privo di incarico oltre un certo periodo di tempo.

Sono tre le linee guida che indirizzeranno la Riforma, ossia "Capitale umano, tagli agli sprechi e alle strutture inutili e open data come strumento di trasparenza e innovazione". Tre capisaldi che richiederanno, secondo il Governo, 44 piccoli e grandi cambiamenti. Vediamo quali.

- | | | | | | | | | | | | | | | |
|---|--|---|-------------------------------|--|---|---|--|---|---|--|---|---|--|---|
| 1. abrogazione dell'istituto del trattenimento in servizio, sono oltre 10.000 posti in più per giovani nella p.a., a costo zero | 2. modifica dell'istituto della mobilità volontaria e obbligatoria | 3. introduzione dell'esonero dal servizio | 4. agevolazione del part-time | 5. applicazione rigorosa delle norme sui limiti ai compensi che un singolo può percepire dalla pubblica amministrazione, compreso il cumulo con il reddito da pensione | 6. possibilità di affidare mansioni assimilabili quale alternativa opzionale per il lavoratore in esubero | 7. semplificazione e maggiore flessibilità delle regole sul turnover fermo restando il vincolo sulle risorse per tutte le amministrazioni | 8. riduzione del 50% del monte ore dei permessi sindacali nel pubblico impiego | 9. introduzione del ruolo unico della dirigenza | 10. abolizione delle fasce per la dirigenza, carriera basata su incarichi a termine | 11. possibilità di licenziamento per il dirigente che rimane privo di incarico, oltre un termine | 12. valutazione dei risultati fatta seriamente e retribuzione di risultato erogata anche in funzione dell'andamento dell'economia | 13. abolizione della figura del segretario comunale | 14. rendere più rigoroso il sistema di incompatibilità dei magistrati amministrativi | 15. conciliazione dei tempi di vita e di lavoro, asili nido nelle amministrazioni |
|---|--|---|-------------------------------|--|---|---|--|---|---|--|---|---|--|---|



tratti significa vanificarla per fare una riforma occorre investire qualcosa altrimenti si possono fare solo dei tagli. Ecco perché annunciare una riforma senza riaprire una stagione contrattuale è di per sé un fatto politico grave e rilevante. Del resto il Governo non si preoccupa nemmeno di creare le condizioni per l'apertura del tavolo negoziale non solo per la mancanza di finanziamenti, ma anche perché non si può procedere a quelle modifiche legislative che consentirebbero la determinazione delle aree e dei comparti e l'avvio della contrattazione. Infatti, mentre la legge impone un numero di aree non superiore a quattro, le amministrazioni hanno proceduto alla rilevazione delle deleghe e alle quindi alla definizione delle delegazioni sindacali su otto aree.

Incombe inoltre una nuova rilevazione delle deleghe che rischia di paralizzare il sistema anche per il triennio 2016-2019. Comprendiamo bene le ragioni per cui il Governo tende a sfuggire dal confronto con le organizzazioni sindacali non avendo nulla da offrire se non punizioni e sacrifici ed essendo assente e inadempiente nel creare i presupposti per un confronto negoziale. Ribadiamo però la nostra posizione: nessuna riforma senza contratto.

segue da pagina 5
Le nostre riflessioni

personale sanitario all'interno delle strutture pubbliche e agire in modo incisivo sul blocco del turn over. Riduzione 50% monte ore permessi sindacali. La partecipazione dei giovani, medici e non, alla vita politica e sindacale negli ultimi anni ha vissuto una importante deflessione, molto probabilmente legata ad una sfiducia nei confronti delle istituzioni e nella possibilità della 'voce del popolo' di cambiare taluni status quo. Ridurre le ore per partecipare alla vita ed alla attività sindacale significa negare a quanti tra i lavoratori, giovani o meno giovani, hanno passione e volontà di incidere sulla propria professione, di conoscere, comprendere e a volte anche modificare gli aspetti normativi del proprio lavoro, per ricercare condizioni sempre migliori di lavoro. Perché il lavoro e i lavoratori cambiano negli anni: pensiamo alle recenti consapevolezza dell'importanza dell'equilibrio vita-lavoro nell'ambito della propria professione! Dunque ridurre tali ore significherebbe ridurre la possibilità dei lavoratori di parlarsi ed ascoltarsi, tra loro e con le Istituzioni.

Introduzione del ruolo unico della dirigenza. Abolizione fasce dirigenza. Carriera basata su incarichi a termine. Possibilità di licenziamento per dirigente che rimane senza incarico Valutazione dei risultati fatta seria-

mente e retribuzione di risultato collegata all'andamento dell'economia.

Tutti questi punti ruotano intorno al nodo cruciale: il medico rientra o meno nel ruolo della dirigenza? Personalmente credo che dovremmo affrancarci da questo inquadramento per trovare una nostra peculiarità basata su un lavoro dove l'obiettivo (salute) non sempre è raggiungibile, dove c'è un lavoro di squadra - anche con altre professionalità - e comunque la necessità di un team leader (primario?), dove è impossibile che allo scadere dell'orario si lasci "cadere la penna" per tornare a casa e dove studio, aggiornamento e lavoro sono strettamente interconnessi. Conciliazione dei tempi vita lavoro, asili nido. Riconoscere incentivi alle amministrazioni o ad i gruppi di lavoro family friendly dunque che pongono in atto politiche di flessibilità e di supporto alla famiglia. Tali incentivi possono essere pronto godimento delle ferie, supporto alla partecipazione a corsi di aggiornamento e così via. La creazione di asili nido all'interno delle varie strutture è argomento controverso per il costo di mantenimento della struttura in relazione al numero di bambini ospitati. Utile alternativa potrebbe essere l'erogazione di voucher per baby sitting che creerebbero anche un virtuoso circuito di lavoro correlato.

Introduzione del Pin del cittadino. Lavorare affinché il progetto del Pin sia costruito insieme a quello del fascicolo sanitario personale.

Tagli agli sprechi e riorganizzazione dell'Amministrazione

16. riorganizzazione strategica della ricerca pubblica, aggregando gli oltre 20 enti che svolgono funzioni simili, per dare vita a centri di eccellenza
17. gestione associata dei servizi di supporto per le amministrazioni centrali e locali (ufficio per il personale, per la contabilità, per gli acquisti, ecc.)
18. riorganizzazione del sistema delle autorità indipendenti
19. soppressione della Commissione di vigilanza sui fondi pensione e attribuzione delle funzioni alla Banca d'Italia
20. centrale unica per gli acquisti per tutte le forze di polizia
21. abolizione del concerto e dei pareri tra ministeri, un solo rappresentante dello Stato nelle conferenze di servizi, con tempi certi
22. leggi auto-applicative; decreti

attuativi, da emanare entro tempi certi, solo se strettamente necessari

23. controllo della Ragioneria generale dello Stato solo sui profili di spesa
24. divieto di sospendere il procedimento amministrativo e di chiedere pareri facoltativi salvo casi gravi, sanzioni per i funzionari che lo violano
25. censimento di tutti gli enti pubblici
26. una sola scuola nazionale dell'Amministrazione
27. accorpamento di Aci, Pra e Motorizzazione civile
28. riorganizzazione della presenza dello Stato sul territorio (es. ragionerie provinciali e sedi regionali Istat. e riduzione delle Prefetture a non più di 40 (nei capoluoghi di regione e nelle zone più strategiche per la criminalità organizzata)
29. eliminazione dell'obbligo di iscrizione alle camere di

30. commercio accorpamento delle sovrintendenze e gestione manageriale dei poli museali
31. razionalizzazione delle autorità portuali
32. modifica del codice degli appalti pubblici
33. inasprimento delle sanzioni, nelle controversie amministrative, a carico dei ricorrenti e degli avvocati per le liti temerarie
34. modifica alla disciplina della sospensione cautelare nel processo amministrativo, udienza di merito entro 30 giorni in caso di sospensione cautelare negli appalti pubblici, condanna automatica alle spese nel giudizio cautelare se il ricorso non è accolto
35. riforma delle funzioni e degli onorari dell'Avvocatura generale dello Stato
36. riduzione delle aziende municipalizzate

Gli Open Data come strumento di trasparenza. Semplificazione e digitalizzazione dei servizi

37. introduzione del Pin del cittadino: dobbiamo garantire a tutti l'accesso a qualsiasi servizio pubblico attraverso un'unica identità digitale
38. trasparenza nell'uso delle risorse pubbliche: il sistema Siope diventa "open data"
39. unificazione e standardizzazione della modulistica in materia di edilizia ed ambiente
40. concreta attuazione del sistema della fatturazione elettronica per tutte le amministrazioni
41. unificazione e interoperabilità delle banche dati (es. società partecipate)
42. dematerializzazione dei documenti amministrativi e loro pubblicazione in formato aperto
43. accelerazione della riforma fiscale e delle relative misure di semplificazione
44. obbligo di trasparenza da parte dei sindacati: ogni spesa online

“Ripensare la clinica”

“La perdita della dom riflettere sull’immagine di Medicina e sul prendersi cura

Fabrizio Consorti
Presidente della Società
Italiana di Pedagogia
Medica,
Dipartimento di Scienze
Chirurgiche Università
“Sapienza” di Roma



Quando la dottoressa Morano mi ha invitato a contribuire al dibattito che lei stessa ha suscitato su queste pagine, ho accettato con piacere ma anche con un po' di preoccupazione. Riflettere sull'immagine di Medicina, oggi, in Italia, è di fondamentale importanza, ma proprio discutendo di cose molto importanti è più facile enumerare ovvietà o dispensare buoni consigli scollegati dalla realtà, specie ricorrendo allo stanco “si dovrebbe”, un ausiliare che nella forma impersonale e al modo condizionale andrebbe proibito per legge. Per vicende e scelte personali vivo in equilibrio a cavallo di più confini disciplinari: sono un chirurgo e dunque appartengo al versante – se mi consentite – più “duro” della professione, fortemente legato all'agire pratico e tecnico. Sono poi docente di futuri medici ed infermieri e con loro sviluppo gli aspetti più legati al metodo clinico, cioè al modo di acquisire informazioni, di usare la conoscenza, di ragionare sui fatti e derivarne decisioni. Infine da molti anni ricerco sistematicamente rapporti con coloro che guardano al mondo con gli occhi delle scienze umane, come i pedagogisti. Ho scoperto di avere in comune con loro il concetto di “prendersi cura”, inteso come applicazione operosa di principi universali a soggetti singoli. Che si tratti di pazienti o discendenti, prendersi cura di loro significa riconoscere la loro unicità e irripetibilità pur agendo nei loro confronti secondo norme fondate su prove di efficacia o su teorie ampiamente condivise. A partire da queste esperienze penso di poter contribuire a questa riflessione corale introducendo due concetti che mi sono molto cari: legittimazione e decentramento del punto di vista.

Legittimare qualcuno o qualcosa significa prendere atto della sua esistenza e considerare che un certo comportamento o evento non nasce dal nulla ma è espressione di dinamiche e di sistemi di significato che quasi sempre hanno un loro diritto di cittadinanza nel mondo. Legittimare non significa necessariamente giustificare o ancor meno condividere o esprimere accordo. Il

giudizio storico, politico o morale che si esprime può anche essere negativo o di disaccordo, ma deve fondarsi sulla considerazione che qualsiasi realtà umana è per definizione complessa e multifattoriale e quindi che nessuna vera comprensione è possibile in maniera semplicistica. Ciò che non si considera giusto o condivisibile come fenomeno complessivo può essere però espressione di istanze e bisogni autentici che – in quanto tali – sono legittimi. Ridurre la complessità è una tattica alle volte indispensabile quando si debbano prendere decisioni, come avviene spesso ad esempio nell'agire clinico, ma deve fondarsi sulla costante consapevolezza che stiamo solo semplificandoci la vita per poter essere operativi.

La legittimazione, nel senso di cui ho appena parlato, richiede la capacità di modificare il proprio punto di vista, adottando nella riflessione quello di altri. Siamo spontaneamente portati a guardare la vita mettendoci al centro, ma per affrontare la complessità è necessario imparare a decentrarci. Questo per un medico ad esempio può significare voler assumere attivamente il punto di vista del paziente o della dirigenza aziendale. Non sto parlando di empatia o di ascolto e accoglienza. Queste ultime sono abilità connesse e in qualche misura propedeutiche, ma parlando di decentramento intendo specificamente un'attività cognitiva in cui mi impegno ad immaginare nel modo più accurato possibile, sulla base della mia esperienza, il punto di vista che un altro ha sulla realtà che stiamo fronteggiando insieme. Così come per la legittimazione, decentrare il proprio punto di vista non implica necessariamente condividere o accettare acriticamente, ma alle volte solo sospendere il giudizio. In tutti i casi il risultato è una riconfigurazione del proprio punto di vista e spesso appaiono possibilità di soluzione ai problemi che prima erano invisibili.

Perché parlare di legittimazione e di decentramento in un contesto di riflessione sull'immagine di medicina? Ne stiamo parlando fra medici,

inanza medica”:

sulle pagine di una rivista per medici, implicando che i medici siano i principali attori autorizzati a stabilire quali siano le caratteristiche di un buon medico e cercando fra noi la soluzione ai problemi che da medici percepiamo nel nostro rapporto coi pazienti, con le istituzioni e con la società nel suo complesso. In realtà esiste un'ampia letteratura sociologica che dimostra come una professione – non solo la medicina – esiste come tale in forza di un contratto stabilito col corpo sociale. Tale contratto si esprime formalmente con le istituzioni (accreditamento di corsi di laurea, esami di abilitazione, ordini, collegi e albi professionali, ma anche leggi e regolamenti) e informalmente nelle attese che gli utenti dei servizi professionali hanno nei confronti della professione stessa. È evidente quindi che i medici, da quando sono ufficialmente una professione, non sono mai stati completamente liberi di stabilire come esercitare i propri compiti e addirittura quali essi fossero. Questo è un fenomeno fisiologico, non patologico, e ne fornisce una bella lettura la sociologa Giovanna Vicarelli, del Politecnico delle Marche, nell'articolo scritto per il libro celebrativo dei 100 anni della Fnomceo e disponibile sul sito della Federazione. La Vicarelli ricostruisce sinteticamente l'evoluzione della professione medica in Italia, dall'unità ai giorni nostri, mostrando chiaramente i legami che la medicina ha avuto nel nostro paese con l'evoluzione politica e sociale, fino a quella che ha chiamato la “perdita della dominanza medica”. Si sono manifestati nel contempo l'affermarsi della cultura manageriale – pienamente legittima, anche se può non piacerci – e il parallelo accentuarsi della sensibilità del pubblico verso la qualità delle cure, accompagnato però in modo paradossale da un'inarrestabile domanda di consumo di prestazioni mediche, condite da attese spesso irrealistiche.

Ho condotto una breve ricerca qualitativa sui miei studenti del 6° anno per scoprire che immagine di professione avessero. Ne parlerò a fine agosto al congresso dell'associazione europea di Medical Education (Amee) che si terrà a Milano, paragonando i miei risultati con quelli di colleghi nordamericani e asiatici. Ne è emersa un'immagine di medico che oscilla prevalentemente fra due modelli descritti in letteratura come “**nostalgic**” e “**irreflective**”. Dobbiamo queste definizioni a Frederic Hafferty, uno dei più acuti osservatori del fenomeno del “*professionalism*” me-

dico. Gli *irreflective* sono generosi, istintivi, poco consapevoli dei problemi che esistono nel conciliare la vita personale con quella professionale. I *nostalgic* sono fortemente concentrati sull'acquisire una competenza tecnica, con cui pensano di poter ottenere prestigio sociale e controllo. Hafferty descrive altri 5 modelli di *professionalism* e le sue sono descrizioni distaccate, scientifiche, prive di alcun giudizio di merito e sicuramente legittimanti, perché sono descrizioni della realtà.

Il problema ce l'ho io, perché come educatore ho il mandato sociale e politico di produrre i medici che servono oggi all'Italia: orientati a prendersi cura nel territorio di pazienti cronici e poli-patologia, consapevoli dei problemi di sostenibilità economica, capaci di contemperare le prove di efficacia con l'accoglienza del punto di vista del paziente e apparentemente i miei studenti non sono perfettamente allineati con questi obiettivi.

C'è qualcosa di sbagliato nel curriculum? Da chi hanno assunto questi modelli? Egidio Moja, psichiatra e docente a Milano, ha pubblicato i risultati di una ricerca in cui documenta il potente influsso che il cosiddetto curriculum nascosto (*hidden curriculum*) ha nella formazione dell'immagine di medico negli studenti, attraverso l'introduzione di modelli di ruolo. Se questa osservazione è vera, gli studenti si conformano ai modelli di medico che vedono intorno a sé, cioè al modo con cui noi svolgiamo la nostra professione. Siamo forse noi i nostalgici, ancora innamorati della professione ma ingenui e afflitti dal *burn out*?

A questo punto proviamo a fare un po' di sintesi. Più che deprecare certi fenomeni sociali (l'eccessiva medicalizzazione, il consumismo medico, la managerializzazione della sanità e la limitazione delle risorse, la litigiosità medico-legale e il difficile dialogo con i pazienti) è fondamentale accettarli come dati di fatto, analizzarli, comprenderli e sviluppare risposte adeguate. Un esempio forse giova.

Maria Milano è medico di medicina generale nella Asl TO3. La Regione Piemonte ha chiesto l'adozione di linee guida stringenti sulla prescrizione appropriata di esami di laboratorio e la dott.ssa Milano, invece che subirle, ha deciso di accettare quel punto di vista, integrandolo però nella propria visione della medicina e organizzando un percorso di formazione-elaborazione incentrato su comunità di pratica. Il progetto, sostenuto dalla stessa Asl, ha coinvolto

tutti i Mmg del territorio e ha condotto nel 2012 ad un abbattimento netto del 29% del numero di prescrizioni in un set osservato di esami (corrispondente ad un risparmio di 523mila euro! L'articolo con i dettagli del progetto uscirà sul prossimo numero di Tutor, la rivista SIPeM). Il percorso ha coinvolto anche i pazienti, tenendo conto del loro possibile timore di un peggioramento dell'assistenza a motivo della riduzione delle prescrizioni di esami. Un sottoprodotto inatteso del progetto è stata una serie di raccomandazioni rivolte dai gruppi di Mmg agli specialisti ambulatoriali e ospedalieri per aumentare l'appropriatezza prescrittiva. Sono in corso i lavori di commissioni congiunte per rifinire le linee guida regionali.

Proviamo a distillare da questo esempio qualche caratteristica di una possibile “risposta adeguata”.

1. Sul piano del decentramento: adottare più punti di vista, coinvolgendo tutti gli attori di ogni processo e assoggettandosi alla fatica della costruzione cooperativa. Bisogna mirare a superare non solo gli steccati fra medici, pazienti e istituzioni amministrative e politiche, ma anche quelli fra le diverse articolazioni della professione medica, per non parlare di quelli fra diverse professioni di cura. Questo può essere ottenuto impegnandosi congiuntamente in progetti concreti, più che in discussioni sui principi. Se l'urgenza stringe – come spesso accade – si incorpora la soluzione dell'urgenza come primo passo nel processo di cambiamento.

2. Sul piano della comunicazione: è indispensabile trovare forme più adeguate per raccontare la professione. La diffusione crescente che sta avendo la medicina narrativa indica una strada possibile. Raccontare l'Ebm in un modo significativo al di fuori della comunità medica è molto difficile e una comunicazione troppo scienziata espone al rischio di aumentare le attese irrealistiche e il consumismo sanitario. Non ho nulla da obiettare sulla laurea honoris causa conferita dall'Università di Parma a Luciano Onder per il suo programma Medicina 33, ma sono sicuro che soprattutto sul piano inter-personale e locale potremmo fare molto di più per raccontare la cura in tutti i suoi aspetti, anche quelli non tecnici, insieme ai nostri pazienti.

3. Sul piano formativo: è molto utile e possibile agganciare la formazione – specie quella continua, ma anche quella formale post-laurea – a processi di cambiamento, come dimostra l'esperienza della Asl TO3. Ci servono il coraggio e la fantasia di ideare eventi di formazione sul campo, con il coinvolgimento delle comunità reali di pratica. Saranno anche i luoghi ideali in cui maturare una nuova visione del processo di cura.

A monte di tutto questo è indispensabile mettere a fattore comune esperienze di successo, competenze di progettazione e conduzione, strumenti di comunicazione sociale. **Spazi di dibattito come questo, soprattutto se aperti a più ambiti professionali, sono importantissimi per creare rete.** SIPeM è una società inter-professionale per natura e costituzione. A settembre celebreremo il congresso nazionale a Matera, dedicato proprio a “Ripensare la clinica”: sarà un'occasione per cercare insieme le parole giuste per raccontarci all'Italia di oggi e di domani.

Responsabilità e colpa in medicina. È possibile difendersi? Medici verso la richiesta di asilo politico

Dario Amati



“Dopo avere ascoltato gli avvocati relatori, ho cominciato a percepire un senso di inquietudine e indignazione che ancora adesso mi turba

Recentemente ho partecipato a un corso intitolato “Colpa e danno, capire e affrontare la responsabilità medica”. Sino a quel giorno ero relativamente consapevole delle responsabilità legate al mio lavoro, ma dopo avere ascoltato gli avvocati relatori, ho cominciato a percepire un senso di inquietudine e indignazione che ancora adesso mi turba. Badate quello che mi ha più preoccupato non è già ciò che potrebbe capitare a me, ma le possibili ripercussioni sui miei figli e la mia famiglia.

Ma andiamo per ordine.

Il medico nell'esercizio della sua professione è esposto a un fuoco incrociato di profili di responsabilità che gli si pongono davanti come un “plotone di esecuzione” in attesa che succeda qualche cosa e, prima o poi, qualche cosa succede. Il profilo più temuto di responsabilità è quello “penale”, relativo al riconoscimento della “colpa grave”. Su questo tipo di responsabilità e colpa, credo davvero che tutti noi abbiamo le idee abbastanza chiare. L'evento infausto può indurre qualcuno a ipotizzare che dietro la morte ci possa essere un'ipotesi di reato. Non è un principio attaccabile di per sé, ma va osservato che la particolare posizione del medico che cura persone ammalate anche gravemente, lo espone ovviamente più di ogni altro a questo rischio, soprattutto con l'attuale impostazione giuridica che a nostro parere “calza” male sulla specificità del nostro lavoro. Il medico quindi viene assimilato in tutto e per tutto al conducente di auto che ubriaco investe e uccide qualcuno. Devo però dire che l'avvocato penali-

sta ci ha confessato che il profilo penale per un medico è quello meno preoccupante.

Bisogna però provare a ricevere un avviso di garanzia per omicidio colposo, essere sottoposti alla gogna mediatica, passare anni di tormenti psicologici, anche se, come probabile, il processo si concluderà in assoluzione, chi ci restituirà il tempo passato in tormen-



to, la perdita di immagine, l'indelebile traccia che lascerà questo evento nella nostra psiche? È tutto questo solo per avere svolto il proprio lavoro. Decisamente più complicato risulta il profilo della “responsabilità civile”, legato al riconoscimento della colpa lieve. Il termine colpa “lieve” tuttavia non ci deve trarre in inganno; il processo civile, infatti, presenta delle procedure totalmente diverse rispetto a quello penale, che si basa su principi normativi comunque rigorosissimi. Innanzi tutto l'onere della prova è invertito, quindi spetterà al medico dimostrare di non avere fatto errori e di avere rispettato tutti gli “obblighi contrattuali” posti in essere quando un paziente si presenta presso una struttura sanitaria pubblica. Inoltre lo stesso concetto di colpa lieve si è dilatato negli anni anche per il comparire di sentenze che, anche se poco condivisibili, nella procedura civile fanno giurisprudenza. In questo caso quindi molto spesso il giudice tende a condannare al risarcimento della presunta parte lesa. Quando ci sono di mezzo i soldi incominciano i meccanismi “perversi”. Chi paga, e quanto? Ciò che interessa al giudice è che il danno venga risarcito. E il danno soprattutto nella nostra giurisprudenza è sia di tipo patrimoniale (cioè derivante sostanzialmente dalla capacità di produrre reddito) che extra patrimoniale che prevede una sfilza notevole di opzioni. Spesso, proprio per l'atteggiamento “paternalistico” e “pietistico” del giudice, l'entità stessa dei risarcimenti, in alcuni casi, diventa totalmente fuori dal controllo e difficile da prevedere. Se il medico, o l'equipe di medici coinvolti, lavorano in regime di libera professione ovviamente saranno chiamati a risarcire loro in prima persona o le assicurazioni da loro stipulate nella speranza che offrano una copertura il più possibile ampia. Per i medici dipendenti dal Ssn la situazione negli anni si è modificata. Qualche anno fa, visto l'obbligo della copertura contrattuale, i dipendenti del sistema Ssn erano garantiti da una assicurazione, per così dire, universalista. Ma negli anni le assicurazioni, visto il proliferare delle cause (e forse l'atteggiamento punitivo con cui erano condotte le stesse) si sono progressivamente “ritirate” lasciando delle situazioni di scoperto. A questo punto ogni regione e spesso ogni Asl a fatto a modo

suo. Per inciso consiglio a tutti di andare a verificare nella propria azienda, se è presente (alle volte non era stata stipulata alcuna assicurazione) e che tipo di copertura l'assicurazione fornisce. Poniamo che o in sede giudiziale o stragiudiziale l'Azienda sanitaria decida di liquidare il danno.

A questo punto potrebbe intervenire l'altro profilo di responsabilità quello erariale. Cercherò di semplificare molto.

Primo caso: dopo processo civile viene stabilito che il risarcimento del danno "x" è quantificato in 500mila euro. La mia Asl paga in prima istanza. Se la liquidazione arriva direttamente da un'assicurazione (cosa al giorno d'oggi molto improbabile) la mia posizione è di relativa sicurezza: danno liquidato, la Asl non ha tirato fuori un centesimo, probabilmente nessuno mi chiederà più nulla. Se però i soldi sono direttamente dell'Asl o di un fondo regionale, insomma se sono soldi "pubblici", l'amministrazione è tenuta a mandare il fascicolo alla corte dei conti la quale potrà chiedermi conto di quell'esborso, intendendo eventualmente un vero e proprio processo che, a detta degli avvocati, ha caratteristiche simili al processo penale. A questo punto mi trovo in una brutta, anzi bruttissima situazione. Se ho un'assicurazione personale che mi copre anche questo profilo di responsabilità andrò ad accendere un cero al santuario della Madonna d'Oropa. Se non ho però questa tipologia di assicurazione, verrà intaccato il mio patrimonio personale, insomma verrò letteralmente rovinato.

Secondo caso: in assenza di processo, in sede stragiudiziale, senza che mi venga comunicato ufficialmente alcunché, la mia azienda decide di liquidare il presunto danno. Allo stesso modo del caso precedente verrà inviata informativa alla corte dei conti e da quel momento il mio destino è esattamente uguale al caso precedente ma la aggravante e che io non né so nulla. Agghiacciante non trovate?

Tanto per "allentare" un po' la tensione, accenniamo alla responsabilità "disciplinare". La legge Brunetta ha introdotto nuove norme di regolamentazione disciplinare nella P.A.. questo tipo di procedimento, svolgendosi al di fuori dei tribunali, va gestito, in modo molto attento poiché tra le varie opzioni vi è anche il licenziamento, possibilmente rivolgendosi ad un legale.

Inoltre grazie al [segue a pagina 13](#)

La comunicazione giusta al momento giusto

Alessandro Conte



“ Per scardinare le trappole della medicina difensiva e del conflitto “Se mi fosse stato detto... l'avrei affrontato meglio”

Risale alla fine degli anni settanta la rivoluzione culturale che ci ha portato dalla medicina “Disease centered” a quella “Patient oriented”, con l'umanizzazione e personalizzazione dei percorsi assistenziali. Il modello biomedico, meccanicistico e tecnico, viene gradualmente sostituito da quello bio-psico-sociale, centrato sul paziente e sull'illness (Illich, 1977). La progressione è lenta, ma inesorabile, l'adattamento spesso difficile e faticoso ma, diventa negli ultimi anni una vera e propria “urgenza”, visto l'accesso universale alle conoscenze, o pseudoconoscenze, anche in ambito sanitario, garantito dalle nuove tecnologie. Una conoscenza spesso portatile, disponibile sulla metro che ci porta in ospedale o direttamente in sala d'attesa. Una conoscenza troppo spesso senza filtri, senza fonti certificate, senza evidenze, ma pur sempre una conoscenza, o quantomeno la presunzione di una conoscenza.

L'ultimo decennio ha visto i medici rincorrere, spesso con imbarazzo, una società cambiata più rapidamente di quanto volessero, una società che domanda, pretende ed, a volte, aggredisce, quando in gioco è la Salute. La derivazione morbosa di questo processo è la medicina difensiva, il cui substrato è una costante aumentata tensione nei rapporti tra medico e paziente, e un contenzioso medico-legale dilagante. La medicina difensiva, praticata secondo le più recenti stime da oltre il 40% dei professionisti della salute, è un costo immenso per la sanità, dal punto di vista economico, oltre 10 miliardi di euro nel 2012 (lo 0.75% del nostro Pil), e dal punto di vista sociale, con una classe medica stremata e chiusa in trincea e pa-

zienti sfiduciati come mai prima. La soluzione, o quantomeno il freno a questa escalation, non può che essere complessa e poliedrica; riducendo l'appetibilità del contenzioso, per quanti intenzionati a lucrare, rinforzando le sinergie tra le istituzioni, per lo sviluppo di una cultura della sicurezza a ogni livello, ma anche potenziando un'arma antica, troppo spesso, specie in questo scenario, trascurata o dimenticata: la comunicazione del medico.

La comunicazione col paziente è materia, come detto antica, che proprio dalla rivoluzione culturale sopracitata ha ritrovato slancio, come cardine di un approccio più maturo al vissuto del malato (Moya e Vegni, 2000) e non semplicemente alla malattia come entità da sconfiggere. Comunicazione, deriva dal latino communis, col significato di “mettere in comune la propria idea” e va intesa come un processo bidirezionale, composta da una fase di trasmissione dell'informazione oltre che dalla raccolta di quei segnali e messaggi che provano la reale ricezione e comprensione del messaggio. Il risultato del processo non può quindi prescindere dalla risposta che ottiene, indipendentemente dall'intenzione che l'ha generato. Queste premesse sono fondamentali per comprendere il ruolo della comunicazione in sanità, e in particolare quale importanza, sottolineata da pubblicazioni più o meno recenti, abbia una comunicazione pianificata e corretta nelle situazioni “difficili”, ovvero nella gestione degli eventi avversi.

“Mi ha fatto infezione il port... non capivano cosa avessi... un dolore lancinante... mi dicevano che avrebbero risolto loro il problema... mi sentivo al sicuro”. “Ho questa grossa er-

Società scientifiche e sindacato: esiste un terreno comune?

Paola Gnerre

segue da pagina 11

La comunicazione giusta

nia che mi è venuta dopo l'intervento. È l'unica conseguenza, non mi posso lamentare di nulla, il Prof. X mi ha telefonato anche a casa per sapere come stavo..."

Questi due stralci di vissuto dei pazienti, tratti da un focus group con pazienti oncologici (LabMeS 2008-09) sono il termometro di quanto, nelle situazioni in cui si presentano degli imprevisti, la percezione del gesto tecnico, dell'attenzione per i propri bisogni e del rispetto per la propria persona, della qualità in generale dell'assistenza sia pesantemente influenzata da una comunicazione chiara, trasparente ed empatica, riducendo il rischio di inasprimento dei rapporti tra operatori/struttura e pazienti. (Jcaho 2004)

È utile approfondire alcuni meccanismi psicologici che insistono su queste dinamiche, qualora si verificano "danni" dovuti all'assistenza sanitaria. Per quanto, ovviamente, non intenzionale, esso è, infatti, causato da una persona, equipe o comunità professionale in cui si era riposta grande fiducia e che sarà peraltro la stessa da cui saremo seguiti "nel dopo". Ciò inevitabilmente genera sentimenti ambivalenti e conflittuali. I pazienti vittime di eventi avversi, che si compongono tanto della sofferenza per le conseguenze dirette quanto dell'eventuale delusione per le modalità con cui vengono gestiti, sviluppano un vissuto generalizzato di "tradimento-lutto" verso la struttura, i sanitari o un singolo operatore. Da questo "abuso" percepito, perpetrato da coloro a cui ci si era affidati, nasce un'istanza intrapsichica volta al risarcimento morale.

È in questo momento che la buona comunicazione, chiara e sincera, estrinseca tutto il suo potenziale di "disinnesco". Se il personale sanitario riconosce l'evento avverso e intraprende le azioni necessarie per porvi rimedio, il supporto offerto può limitarne enormemente l'impatto, sia nel breve che nel lungo periodo. Nel 2001 l'American Society of Healthcare Risk Management sottolineava come l'informazione



Il giovane medico che muove i propri passi nel panorama sanitario deve poter conoscere tutti i vari aspetti di questa realtà sanitaria

aperta al paziente e l'atteggiamento empatico creassero un'atmosfera di fiducia e costituissero le premesse per affrontare gli eventi avversi in maniera costruttiva. Orientamento confermato, negli anni successivi, da studi qualitativi e quantitativi sul livello di soddisfazione di pazienti che ricevono informazioni circa gli errori ed eventi avversi. Per contro stigmatizzare o minimizzare l'evento avverso ed, ancor peggio, il non crederci o darvi peso contribuiscono ad un sentimento di smarrimento e frustrazione che amplificano il "bisogno di riconoscimento", la cui concreta manifestazione diventa infine la richiesta di risarcimento. La mancanza di spiegazione e assenza di scuse, infatti, risultano ad oggi i motivi principali che incentivano l'azione legale (Vincent 2007).

L'obiettivo dev'essere quello di ricondurre il singolo evento all'interno di una strategia omogenea e coordinata in grado di garantire al paziente un'informazione completa e un supporto emotivo e organizzativo, che siano un adeguato "risarcimento", al medico, di non sentirsi isolato, vulnerabile e giudicato ma, aiutato e sostenuto nell'affrontare la situazione, ed infine alle aziende lo sviluppo di logiche di controllo del rischio in un'ottica proattiva. La buona comunicazione è in grado di produrre riduzione del conten-

Il ruolo delle Società scientifiche di qualunque disciplina o genere è quello di fornire il più alto livello di formazione e ricerca per i propri iscritti. Da più di un secolo le Società Scientifiche rivestono il ruolo di fulcro della medicina scientifica del nostro paese attraverso la produzione di riviste mediche e la programmazione di eventi formativi.

A fronte di questo indiscutibile ruolo di promozione e salvaguardia della salute, le Società Scientifiche fino al 2004 non avevano mai goduto di alcun riconoscimento formale.

E, infatti, con il decreto del 31 maggio 2004 emanato dall'allora Mi-

nistro della Salute Gerolamo Sirchia che ne viene regolarizzata la posizione esplicitando i requisiti necessari perché possano essere riconosciute e possano collaborare con le istituzioni sanitarie.

Le Società Scientifiche devono pertanto prevedere tra le loro finalità istituzionali l'attività formativa Ecm, la promozione di trial di studio e di ricerche scientifiche fino a ricoprire il ruolo di "stakeholders" per le autorità decisionali.

Esse assumono quindi il ruolo di interlocuzione con le istituzioni inteso come contributo culturale ed operativo all'identificazione e allo sviluppo delle attività sanitarie e

zioso e, generando ambienti di lavoro più sereni, della prescrizione cautelativa, ma non si nasce "buoni comunicatori" né lo si diventa con la semplice esperienza professionale, da qui l'esigenza di un percorso educativo codificato. La strada è tracciata, come mostrato da esperienze di diversi Paesi esteri oltre che dalla "Raccomandazione per la comunicazione esterna in caso di eventi avversi" pubblicata dal ministero della Salute ma, richiede, co-

sa non scontata in tempi di crisi, che dai decisori sia visto l'enorme potenziale racchiuso nell'investimento in una formazione adeguata e specifica in questo campo, come fatto con lungimiranza dalla Regione Toscana. Non una formula magica, ma un piccolo frammento dell'equazione che, con l'impegno trasversale di tutte le parti coinvolte, potrà in un futuro, si spera non troppo remoto, risollevare la nostra Sanità dalle sabbie mobili.

Comunicazione Difficile Guida all'uso

- n **Quando? Possibilmente entro 24 ore dall'evento avverso.**
Comunque non appena si è in possesso di informazioni affidabili (Australian Council for Safety and Quality 2003)
- n **Dove? In un ambiente idoneo, tranquillo, che protegga la sfera emotiva del paziente (When Things Go Wrong: Responding to Adverse Events. A Consensus Statement of the Harvard Hospitals. Burlington, Massachusetts: Massachusetts Coalition for the Prevention of Medical Errors; March 2006.)**
- n **Chi? Più membri dell'equipe, con ruoli diversi (medico che ha in cura il paziente, direttore della struttura, infermiere) in modo da**

trasmettere l'immagine di una struttura affiatata e preparata a gestire l'evento.

Eventi avversi Le cose da dire e quelle da non dire mai!

- n **Spiegazione chiara e trasparente dell'evento**
- n **Esprimere rincrescimento sincero**
- n **Evitare assolutamente "è stata colpa di"**
- n **Descrivere le conseguenze mediche e presentare le possibili strategie di trattamento**
- n **Comunicare la disponibilità a supportare il paziente ed i familiari**
- n **Offrire la possibilità di mantenere un rapporto nel tempo con pazienti e familiari**
- n **Dichiarare l'intenzione dell'istituzione di analizzare l'evento e imparare da esso.**

mediche nel nostro Paese diventando garanti non solo della solidità delle basi scientifiche degli eventi formativi ma anche della qualità pedagogica e della loro efficacia.

La progressiva diffusione del governo clinico ha sempre più imposto una stretta collaborazione tra Società e organismi di politica Sanitaria nazionali e regionali.

Infatti, nel concetto di "clinical governance" è insita la necessità che i servizi sanitari si rendano responsabili del miglioramento continuo della qualità dell'assistenza e mantengono elevati livelli di prestazione creando un ambiente che favorisca l'espressione dell'eccellenza clinica.

Pertanto per la realizzazione concreta del governo clinico sono richiesti interventi a vari livelli decisionali e operativi del sistema in particolare in ambito regionale (livello macro), in ambito inter ed intra-aziendale (livello meso) e nel-

l'ambito del singolo team di operatori (livello micro).

A tale ambito domina il principio dell'eccellenza possibile sulle prestazioni fatte dai singoli atti professionali e dei risultati quantificabili attraverso molteplici valutazioni guidate dall'obiettivo dell'efficacia.

E la realizzazione di questi risultati passa inequivocabilmente dal grado di soddisfazione dell'operatore e dalla preservazione delle sue tutele in ambito lavorativo.

Non c'è dubbio che uno degli scopi prioritari del sindacato sia quello di tutelare i lavoratori attraverso il raggiungimento di accordi contrattuali ma non solo a livello retributivo anche in relazione alle condizioni di lavoro.

Questo per coniugare le esigenze della tutela dei lavoratori con l'obiettivo della promozione della massima qualità ed efficienza in ambito sanitario.

Se per taluni le Società Scientifiche

non possono e non devono essere dei Sindacati portatori di interesse di una particolare categoria ma essere garanti delle esigenze dei cittadini curando e favorendo la qualità professionale delle prestazioni e l'esercizio corretto dell'attività, non si può negare come in questa Società in continua evoluzione e cambiamento molti temi di interesse delle Società Scientifiche e dei propri iscritti siano argomenti di primaria importanza anche per il Sindacato e per i propri utenti.

Argomenti come la responsabilità dell'atto medico, la gestione delle risorse nell'ambito dell'economia sanitaria, i modelli organizzativi aziendali e la pianificazione del lavoro rientrano nel concetto di "clinical governance" base della moderna e competitiva disciplina sanitaria.

Pertanto l'apertura tra organizzazioni sindacali e organizzazioni scientifiche può diventare un pun-

to di forza per la progressiva implementazione del governo clinico in tutte le realtà sanitarie e quindi per un maggior conferimento di potere e responsabilità alla figura del professionista sanitario sia esso rappresentante di una Società Scientifica o rappresentante di un'organizzazione Sindacale.

E tutto questo acquisisce un peso ancora più rilevante se visto dal punto di vista di un giovane medico.

Il giovane medico che muove per la prima volta i propri passi nel panorama sanitario attuale deve poter conoscere tutti i vari aspetti di questa realtà sanitaria per poterla affrontare al meglio delle proprie possibilità.

Questo articolo vuole essere un primo contributo all'approfondimento dei rapporti tra sindacato e società scientifiche cui ne seguiranno altri sui prossimi numeri di questo giornale.

segue da pagina 11

Responsabilità e colpa in medicina

nostro titolo "onorifico" di dirigenti, "godiamo" anche del profilo di responsabilità di tipo "dirigenziale" che prevede una serie di obblighi e quindi di relative sanzioni.

Come difendersi

Uno dei consigli più accorati degli avvocati è stato questo: "Scrivete tutto quello che fate nella cartella clinica e nei vari referti". Relativamente a questa affermazione direi che, al giorno d'oggi, almeno in linea teorica, siamo tutti d'accordo. Infatti, ricordate che la "realtà" processuale e tutta un'altra cosa rispetto alla verità. La ricostruzione dei fatti avviene in primis tramite la cartella clinica e, se non scrivete, sarà decisamente più difficile dimostrare che avete detto o fatto quella determinata azione.

A proposito di questo ovvio consiglio, il mio pensiero va al collega Lorenzo Giorgi, che ha scritto quella realistica cronaca di una notte di "ordinario" lavoro presso il Dea dell'Ospedale Maggiore di Bologna, pubblicato sul n. 1/2014 di *Dirigenza Medica*, ma direi adattabile a moltissime altre realtà. Beh con quell'intensità di lavoro secondo voi è possibile scrivere tutto ciò che si vorrebbe scrivere? Ovviamente no. Si cominciano a valutare le priorità che sono la vita del

paziente e la necessità di valutare più persone possibile. E la medicina difensiva? Alla domanda specifica, seppur con una certa reticenza, gli avvocati hanno convenuto che sotto certi aspetti ti "proteggono di più". Questo è meglio non commentarlo.

L'unica arma di difesa risulta essere una assicurazione personale. Ci sarebbe molto da dire su questo argomento ma la cosa dovrebbe essere oggetto di specifica trattazione. Bisogna stare attenti e possibilmente farsi consigliare da un esperto. Anaa, come sapete, offre la possibilità di assicurarsi con un Broker convenzionato con ottimi profili di copertura.

Dopo avere sviscerato tutti questi temi ho posto il seguente quesito: "se fossi consapevole che le condizioni in cui mi trovo ad operare (vuoi per gli eccessivi carichi di lavoro, vuoi per la mancanza di strumenti fondamentali) sono potenzialmente rischiose

per il paziente e lo segnalassi nelle sedi competenti (ad esempio: direttore di struttura, direzione medica, dipartimento ecc.) il mio profilo di responsabilità si attenuerebbe?" Io avrei sperato in una risposta affermativa, in realtà è esattamente l'opposto. La mia posizione si aggrava perché pur sapendo che avrei potuto sbagliare, non ho fatto nulla per evitarlo. Secondo gli avvocati in questa eventualità dovrei rifiutarmi di lavorare in quelle condizioni e addirittura licenziarmi. Geniale! Ancora due parole sugli avvocati. Vorrei ricordare che tutti i giorni

nelle aule di tribunale in occasione dei processi contro medici, il più delle volte innocenti, vengo usati termini e toni che superano palesemente i limiti del lecito. Definire il medico: assassino, incompetente e tutta una serie di altri epiteti diffamanti è lecito?

Perché non si sanziona e stigmatizza anche quel comportamento? Auspichiamo che oltre alle Or-

ganizzazioni sindacali, anche l'ordine dei medici prenda decisa posizione contro l'atteggiamento prevalente degli avvocati, che stanno proponendo ai cittadini un sistema di "cause a costo zero" contro i medici in modo sistematico e spesso privo di fondamento.

Vorrei concludere con la definizione di persecuzione: "Complesso di sistematiche azioni di forza intese a stroncare un movimento politico o religioso, a ridurre o addirittura eliminare una minoranza etnica, sociale...". Più genericamente: "insieme di atti ostili volti a danneggiare una persona o un gruppo di persone...". Credo che calzi molto bene per la nostra categoria, siamo rimasti "incastrati" nelle maglie di un sistema giudiziario che palesemente non considera alcuni aspetti peculiari del nostro lavoro. L'inerzia dolosa del legislatore deve essere sanata immediatamente.

Sia ben chiaro ogni medico che faccia il suo lavoro con coscienza sa, che se sbaglia, dovrà pagare l'equo prezzo del suo errore, come ogni cittadino, ma sinceramente è il concetto di equità che mi sfugge.

Alla luce di ciò credo non sia un paradosso affermare che se la situazione non si modificherà a breve i medici italiani, a diritto, chiederanno in massa asilo politico nei paesi vicini.



Perché Anaaio Giovani

Andrea Rossi



“Quindi devo dire sinceramente che, per rimanere sano di mente, durante i miei 3 anni e 8 mesi da precario ho cercato di pensare il meno possibile, ma il “gettonismo” senza prospettive mi sembrava col passare del tempo un’ingiustizia sempre più insopportabile

Il precariato con “contratto atipico” fa male. Fa male pensare di venir pagato 10 euro lorde per prendere circa 200 decisioni cliniche al giorno, per apporre 50 firme tra cartelle cliniche, referti e termografiche o per le tante ore passate in sala operatoria. Decisioni di cui, per i prossimi 10 anni, può essermi chiesto di render conto. Fa male pensare che, nello stesso momento in cui sono qui in pronto soccorso a fare consulenze, il mio favoloso guadagno orario da libero professionista di 10 euro lorde se ne sta andando, pari pari, in babysitter.

Fa male pensare che quest’anno da precario non ha prodotto nulla, ma proprio nulla dal punto di vista previdenziale e in termini di anzianità. Fa male pensare che la mia commercialista mi abbia suggerito il cosiddetto “regime dei minimi”, spiegandomi che il mio guadagno è inferiore a quello di un operaio specializzato.

Fa male pensare che lavoro senza malattia e senza ferie pagate o che, se fossi una donna, non avrei alcuna tutela per la maternità rischiando, finito l’allattamento, di ripartire da zero, ma a 35 anni.

Fa male pensare che, nel malaugurato caso finisca coinvolto negli accertamenti in merito ad un sinistro, il “gettonista” sia equiparabile alla condizione del mercenario nelle mani del nemico, sacrificabile.

Fa male pensare di essere entrato, mio malgrado, nella maledetta Top Ten All Time del “gettonismo” della mia azienda.

Quindi devo dire sinceramente che, per rimanere sano di mente, durante i miei 3 anni e 8 mesi da precario ho cercato di pensare il meno possibile, ma il “gettonismo” senza prospettive mi sembrava col passare del tempo un’ingiustizia sempre più insopportabile: il contratto atipico può essere accettabile per sostituire una carenza temporanea, ma non può essere la stampella su cui sostenere l’in-

tero sistema sanitario nazionale. Poi finalmente il miracolo, il concorso per internista nella mia provincia, il primo in 4 anni.

Per l’esperienza di lavoro in ospedale non ho maturato nulla, ma grazie ai buoni Maestri ho maturato la convinzione che si possa ancora fare della ricerca medica di qualità in Italia (nonostante la Gelmini), quindi il dottorato di ricerca mi porta una certa dote in pubblicazioni.

Il concorso va bene, ho il posto da strutturato. È finita l’apnea, finalmente posso respirare. È improvvisamente ti rendi conto che tra università, specialità, dottorato e precariato l’apnea è durata circa 15 anni. È nell’autunno 2010, durante l’apnea, che per la prima volta sento parlare di Anaaio Giovani da un caro amico, da 20 anni attivo nel consiglio aziendale, spalla su cui piangevo “I dolori del Giovane Precario”. E devo dire sinceramente, che prima di allora mai avevo considerato l’idea di iscrivermi a un sindacato. Ma l’intuizione di Carlo Lusenti di estendere la partecipazione all’attivismo sindacale anche a precari e specializzandi, fa suonare nella mia testa un campanello. In quel momento ho intravisto la possibilità di non sentirmi più solo e soprattutto di poter convertire tutta la rabbia, tutta la frustrazione e tutta l’indignazione accumulata per la situazione che vivevo, non solo da giovane precario, ma in generale da medico ospedaliero, in un’attività costruttiva, cercando di dare un contributo concreto per migliorare la mia condizione e quella dei miei colleghi.

Quindi dottorando/gettonista mi iscrivo ad Anaaio Giovani e progressivamente vengo coinvolto nella vita sindacale, dapprima del piccolo ospedale ed ora della mia azienda ospedaliera, avendo sempre avuto la fortuna di entrare in contatto con Segreterie aziendali “illuminate”, nelle quali i giovani vengono affiancati e valorizzati. Credo profondamente che questa sia l’unica via percorribile per un sindacato di rigenerarsi, per far crescere le nuove leve, che vanno istruite nelle competenze e a cui va trasmessa la passione civile e politica. Il nostro sindacato deve tornare a rappresentare l’intero spettro delle condizioni lavorative dei medici in Italia, ambito che nel tempo è diventato complesso, coinvolgendo una fetta sempre più ampia di precari e medici in formazione, la cui situazione contrattuale e assicurativa all’interno delle aziende non è sempre limpida e uniforme. Perché sono questi i colleghi più a rischio;

colleghi che purtroppo vedono l’attivismo sindacale come qualcosa di lontano, che al momento non li riguarda, quando invece li riguarda tantissimo e li riguarda ora. Sono questi i tanti campanelli che Anaaio Giovani si ripromette di far suonare, possibilmente all’unisono.

Il pronto soccorso legale, la copertura assicurativa contro rivalsa per colpa grave e la tutela legale sono ottimi servizi per i giovani medici. Ai colleghi più giovani di me ripeto come un mantra: “Sono circa 50 euro, ma non v’è dubbio siano i meglio spesi dell’anno per la tua professione”. È il mio spot, ma ci credo davvero. Ho recentemente sentito un collega stimato confessare apertamente di aver sconsigliato al figlio di fare medicina, e di averlo anzi portato a visitare uno studio pubblicitario, per aiutarlo a orientarsi sulle scelte per il suo futuro. E sinceramente non mi sento di dargli torto. Il momento è grigio, perdiamo forza nei confronti del legislatore, delle Procure, delle Regioni, delle Direzioni, degli altri attori della sanità con i quali collaboriamo o proviamo a collaborare ogni giorno. E questo perché? Perché a ogni livello la competenza, l’esperienza e la professionalità non sono più un requisito imprescindibile, ma più che altro un fastidio. Perché il ruolo del medico ha perso la sua “sacralità”, passando però all’estremo opposto. Perché le ingerenze esterne sui ruoli chiave hanno da tempo superato il limite. Perché le risorse sono al minimo. Perché il medico intra ed extraospedaliero è troppo impegnato a pensare ad altro (e soprattutto pensa ai suoi malati) per accorgersi di ciò che ci rubano sotto il naso ogni giorno. Perché sanno che la gran parte di noi ama il suo lavoro a prescindere da diritti e stipendio e da questo traggono vantaggio.

Per questo non v’è dubbio debba essere il sindacato a vigilare e a trovare nuove modalità per poterci difendere e forse una buona leva sono ancora quelle 200 Decisioni al giorno, quelle 50 firme e le tante ore di sala operatoria di cui parlavo qualche riga sopra, in cui nessun’altra figura professionale ci può ancora sostituire. Ma abbiamo bisogno del contributo di molti, perché le sfide a livello nazionale e locale per la nostra categoria sono continue e difficili. Perché tra 20 anni vorrei poter dire ai miei figli che fare il medico è ancora il mestiere più bello che ci sia e che il mio sindacato ha lottato unito per recuperare ogni centimetro di dignità professionale possibile per tutti i medici ospedalieri.

TUTELA LAVORO

Avv. Francesco Maria Mantovani
Consulente legale Anao Assomed

Dirigenti Medici in quiescenza e rapporti convenzionali con il Ssn: tra nuove disposizioni e vecchie problematiche

L'art. 5, comma 9, D.L. 06.07.2012 n. 95 prevede che "È fatto divieto alle pubbliche amministrazioni di cui all'articolo 1, comma 2, del decreto legislativo n. 165 del 2011, nonché alle pubbliche amministrazioni inserite nel conto economico consolidato della pubblica amministrazione, come individuate dall'Istituto nazionale di statistica (Istat) ai sensi dell'articolo 1, comma 2, della legge 31 dicembre 2009, n. 196 nonché alle autorità indipendenti ivi inclusa la Commissione nazionale per le società e la borsa (Consob) di attribuire incarichi di studio e di consulenza a soggetti, già appartenenti ai ruoli delle stesse e collocati in quiescenza, che abbiano svolto, nel corso dell'ultimo anno di servizio, funzioni e attività corrispondenti a quelle oggetto dello stesso incarico di studio e di consulenza".

La Sisac ha proposto al Dipartimento della Ragioneria generale dello Stato presso il Ministero dell'Economia e delle Finanze un quesito in merito all'applicabilità di tale divieto all'ipotesi di affidamento degli incarichi di specialista ambulatoriale, in rapporto convenzionale, ai dirigenti medici del Servizio sanitario nazionale,

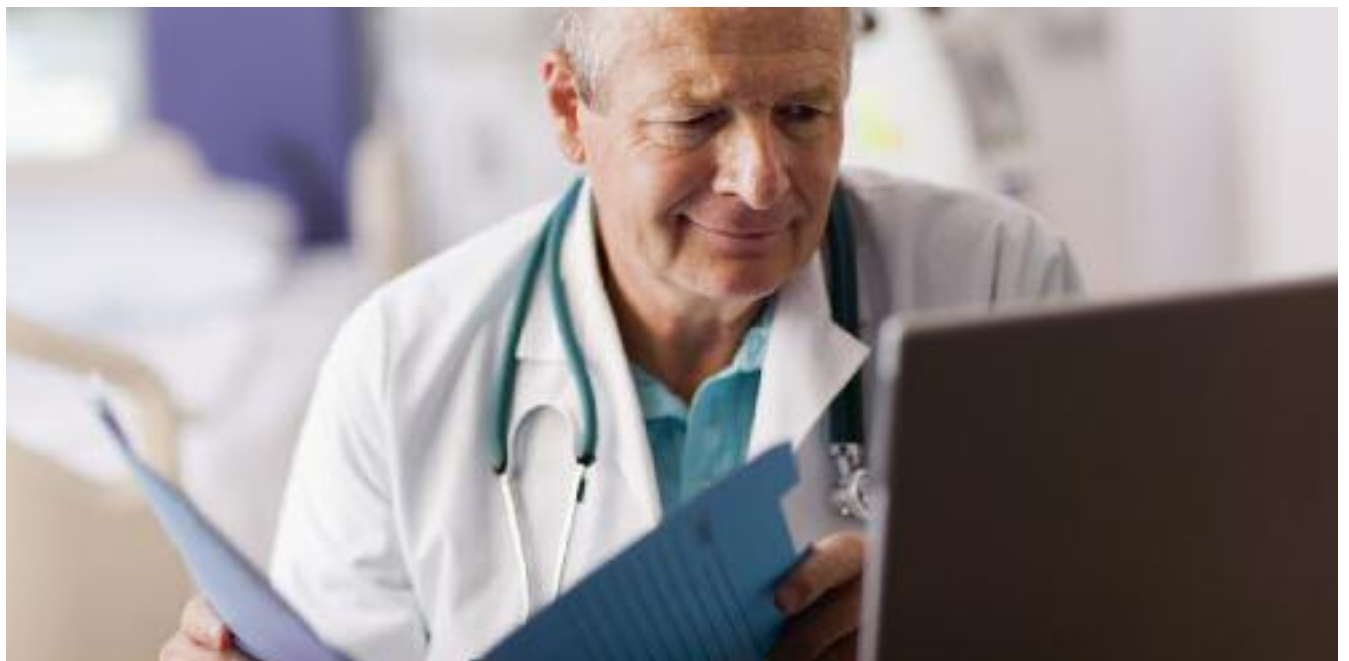
successivamente al collocamento in quiescenza. A prescindere dal rilievo in merito all'assoluta difetto di competenza della Ragioneria dello Stato in materia, quest'ultima ha risposto come segue: "Tale divieto sembra dunque doversi applicare anche al conferimento di incarichi che si concretizzano nello svolgimento di funzioni di medico convenzionato con il Servizio sanitario nazionale, ove il soggetto interessato sia cessato da un rapporto di dipendenza con lo stesso Servizio sanitario nazionale, atteso che il rapporto convenzionale, viene inquadrato, da giurisprudenza consolidata, fra le prestazioni d'opera professionale, di natura privatistica".

Il consolidato insegnamento della giurisprudenza delle Sezioni Riunite della Corte dei Conti confuta quest'ultima interpretazione.

La Corte dei Conti, in composizione plenaria, ha fornito una puntuale definizione degli incarichi di studio e di ricerca (Corte dei Conti, Sezioni riunite in sede di controllo, delibera 15.02.2005 n. 6/CONTR/05): "Gli incarichi di studio possono essere individuati con riferimento ai parametri indicati dal D.P.R. n. 338/1994 che, all'articolo 5, determina il conte-

Corte dei Conti: Gli incarichi di studio possono essere individuati con riferimento ai parametri indicati dal D.P.R. n. 338/1994 che, all'articolo 5, determina il contenuto dell'incarico nello svolgimento di un'attività di studio, nell'interesse dell'amministrazione.

Requisito essenziale, per il corretto svolgimento di questo tipo d'incarichi, è la consegna di una relazione scritta finale, nella quale saranno illustrati i risultati dello studio e le soluzioni proposte



nuto dell'incarico nello svolgimento di un'attività di studio, nell'interesse dell'amministrazione. Requisito essenziale, per il corretto svolgimento di questo tipo d'incarichi, è la consegna di una relazione scritta finale, nella quale saranno illustrati i risultati dello studio e le soluzioni proposte"; "Le consulenze, infine, riguardano le richieste di pareri ad esperti".

Ancora, la Corte dei Conti ha precisato che il contenuto di tali incarichi "coincide quindi con il contratto di prestazione d'opera intellettuale, regolato dagli articoli 2229 - 2238 del codice civile", tuttavia escludendo che essi rientrino nei "rapporti di collaborazione coordinata e continuativa, che rappresentano una posizione intermedia fra il lavoro autonomo, proprio dell'incarico professionale, e il lavoro subordinato (art. 409, n. 3 del codice di procedura civile; art. 61 d.lgs. 10 settembre 2003, n. 276)". Come chiarisce la Corte dei Conti, "gli incarichi di collaborazione coordinata e continuativa, infatti, per la loro stessa natura che prevede la continuità della prestazione e un potere di direzione dell'amministrazione, appaiono distinti dalla categoria degli incarichi esterni, caratterizzata dalla temporaneità e dall'autonomia della prestazione".

Infatti, i medici in regime convenzionale partecipano direttamente all'attività istituzionale delle Aziende sanitarie, in relazione a profili di attività specifici, per i quali tale tipologia di rapporto (autonoma coordinata) è stata ritenuta più congrua sul piano organizzativo.

Dunque, l'art. 5, comma 9, D.L. 95/2012 si riferisce a singoli incarichi autonomi libero-professionali, di durata limitata nel tempo ed aventi ad oggetto singole e specifiche attività di studio e ricerca, e non ai rapporti dei medici in regime convenzionale, i quali consistono in collaborazioni coordinate e continuative a tempo indeterminato, aventi ad oggetto lo svolgimento delle prestazioni istituzionali delle Aziende sanitarie. Ne consegue che l'art. 5 citato non pone alcun divieto di affidamento dell'incarico di specialista ambulatoriale, in rapporto convenzionale, ai dirigenti medici collocati in quiescenza. Tali conclusioni non sono intaccate dal richiamo all'art. 25, comma 1, L. 23 dicembre 1994 n. 724, utilizzato dalla Ragioneria dello



Stato per sostenere la propria erronea interpretazione. Secondo quest'ultima disposizione, al personale della pubblica amministrazione, che cessa volontariamente dal servizio, pur non avendo il requisito previsto per il pensionamento di vecchiaia, non possono essere conferiti incarichi di consulenza, collaborazione, studio e ricerca da parte dell'amministrazione di provenienza, o di amministrazioni con le quali ha avuto rapporti di lavoro o di impiego nei cinque anni precedenti a quello della cessazione dal servizio.

Anche l'art. 25 fa quindi riferimento agli incarichi di studio, collaborazione e consulenza che, come detto, costituiscono una tipologia di prestazioni professionali nettamente distinte da quelle prestate dai medici in regime di convenzione con il Servizio sanitario nazionale. Questa stessa convinzione aveva espresso in passato la Sisac, che aveva ribadito come il rapporto in convenzione con il Servizio sanitario nazionale esuli dalle esigenze delle pubbliche amministrazioni, a cui corrispondono gli incarichi menzionati dall'art. 25 della L. 724/1994, con il corollario che quest'ultima disposizione non trova applicazione rispetto ai medici specialisti, ai veterinari ed alle altre professionalità sanitarie che operano in regime convenzionale (cfr. nota prot. n. 28/2011 dell'11 gennaio 2011).

Per di più, la disposizione in esame ha un ambito applicativo molto più ristretto e diverso rispetto all'art. 5, comma 9, D.L. 95/2012, palesando l'infondatezza della tesi della Ragioneria dello Stato secondo cui esse esprimerebbero un'identica regola.

L'art. 25 citato si riferisce esclusivamente al caso di cessazione volontaria dal servizio, prima della maturazione della pensione di vecchiaia. Viceversa, il divieto dettato dall'art. 5, comma 9, D.L. 95/2012 riguarda l'ipotesi in cui il dirigente medico sia "collocato in quiescenza" al raggiungimento dei limiti ordinali, coincidenti alla massima anzianità di servizio e contributiva raggiungibile.

In secondo luogo, l'art. 25 citato preclude il conferimento di "incarichi di consulenza, collaborazione, studio e ricerca" solo "da parte dell'amministrazione di provenienza o di amministrazioni con le quali (il dirigente medico in pensione, ndr.) ha avuto rapporti di lavoro o impiego nei cinque anni precedenti a quello della cessazione dal servizio".

Sicché quest'ultima disposizione permette comunque l'instaurazione di rapporti in convenzione con aziende sanitarie diverse da quelle alle cui dipendenze il medico ha prestato servizio negli ultimi cinque anni anteriori al pensionamento.

Risulta quindi evidente come le due disposizioni in esame riguardino casi diametralmente opposti.

L'art. 25, comma 1, L. 724/1994 si riferisce al solo personale che chiede la pensione anticipata e pone un divieto operante solo rispetto all'amministrazione datrice di lavoro.

L'art. 5, comma 9, D.L. 95/2012 riguarda i dipendenti collocati obbligatoriamente in quiescenza al raggiungimento della massima anzianità contributiva, e pone un generale divieto di conferimento di incarichi da parte di tutte le pubbliche amministrazioni.

dm
dirigenzamedica

Sede di Roma:
via XX Settembre, 68
tel. 06.4245741 -
Fax 06.48.90.35.23
Sede di Milano:
via D. Scarlatti, 27
dirigenza.medica@anaao.it
www.anaao.it

Direttore
Costantino Troise

Direttore
responsabile
Silvia Procaccini

Comitato
di redazione:
Giorgio Cavallero
Domenico Iscaro
Mario Lavecchia
Carlo Palermo

Coordinamento redazionale
Ester Maragò

Progetto grafico
e impaginazione



Edizioni Health Communication srl
Edizioni e servizi di interesse sanitario

Editore
Edizioni Health Communication
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
STRpress, Pomezia (Rm)

Costo a copia: euro 2,50

Finito di stampare
nel mese di maggio 2014