

DIRIGENZA MEDICA

Il mensile dell'Anaa Assomed

SPED. IN. A.P. ART. 2 COMMA 20/b - 45% - L. 662/96 DIV. CORR. D. C. I. ANCONA - CONTIENE I.P.

Editoriale UNITI SI VINCE

di Serafino Zucchelli

Sono quattro gli argomenti di estrema attualità a cui ritengo doveroso rivolgere alcune nostre riflessioni e sottoporle alla vostra attenzione: contratto, tavolo a tre per la modifica dello stato giuridico, devoluzione, vicenda Fnomceo.

• L'Anaa Assomed assieme all'intersindacale (Civemp, Fesmed, Snabi sds, Umsted) ha proclamato ed effettuato una giornata di sciopero il 4 giugno scorso per molti motivi, il principale dei quali è rappresentato dal mancato avvio delle trattative per il rinnovo del contratto, scaduto da diciassette mesi, e il mancato rispetto dell'accordo 6 febbraio 2002, firmato dal Vice Presidente del Consiglio dei Ministri, Gianfranco Fini. L'importanza di questo accordo risiede nel fatto che in esso viene incrementato dello 0,99% della massa salariale, per il biennio 2002-2003, la cifra destinata al rinnovo contrattuale, rendendola meno lontana dal tasso di inflazione reale. Ora, però, se da una parte il Ministro del tesoro disconosce tale impegno, dall'altra le Regioni non hanno alcuna intenzione di farsene carico. Sempre in tema di patti non mantenuti, sta diventando intollerabile la vicenda dello 0,92%, e cioè il differenziale tra inflazione programmata e reale, riconosciuto per il 2001, firmato dalle organizzazioni sindacali e l'Aran, ma mai corrisposto.

• Altro motivo di preoccupazione è l'andamento del tavolo a tre: Governo, Regioni, Sindacati della dirigenza sanitaria, apertosi e chiusosi il giorno 7 maggio. Nell'unica riunione effettuata le parti hanno ribadito le loro note posizioni. I sindacati medici si sono divisi tra gli estremisti che non vogliono alcun cambiamento (Cgil) e gli estremisti che, al contrario, chiedono il massimo cambiamento dell'odiato articolo 15 del d.lgs 229/1999 (Cimo, Anpo, Cisl) e i moderati (Anaa Assomed, altre sigle dell'Intersindacale medica, Uil) che vogliono introdurre, in circostanze definite, una reversibilità regolamentata che non sovverta l'attuale assetto utile per i cittadini e la stragrande maggioranza dei medici. Il Governo, dal canto suo, ha espresso la volontà di rivedere la esclusività di rapporto, ma senza investire neppure un euro, anzi intravedendo la possibilità di risparmiare non pretendendo/concedendo ai neo assunti il rapporto esclusivo con relativa indennità. Tutto questo quindi con forte riduzione del salario di ingresso. Le Regioni, dopo aver premesso che lo stato giuridico è materia di loro competenza, hanno nuovamente dichiarato che se si modifica l'attuale assetto, bisognerà necessariamente ricontrattare l'indennità di rapporto esclusivo. Dopo il 7 maggio è iniziata una serie di incontri settimanali a due: Governo e Regioni con esclusione del fronte sindacale. Le notizie ufficiose sono molto preoccupanti e lasciano intravedere un accordo Regioni-Governo a danno dei medici (indennità diversa e di minore entità, orario maggiorato di 5 o 6 ore lavorative, orario di lavoro considerato minimo, etc). Sappiano, Governo e Regioni che non accetteremo mai soluzioni diverse tra una Regione e l'altra e non accetteremo mai di ridiscutere l'indennità di rapporto esclusivo già pattuita nel precedente contratto. Anche per questo abbiamo sciopero il 4 giugno.

• Il terzo argomento che abbiamo inserito tra i motivi dello sciopero è la costante preoccupazione, riaccentuata ora, per la sopravvivenza di un sistema sanitario ancora unico e nazionale. Il Ministro Bossi, subito dopo le elezioni, ha infatti dichiarato alle restanti parti della maggioranza governativa, di non voler più sentir parlare di due testi sulla devoluzione di modifica costituzionale, il suo e quello molto più moderato partorito successivamente dal Governo, nel giusto tentativo di riassorbire il primo, per evitare la frantumazione dell'unità del Paese in tre punti fondamentali: sanità, scuola, ordine pubblico. Ne deve esistere uno solo, sostiene Bossi, il suo, il primo, il più pericoloso, già approvato in prima lettura dai due rami del Parlamento. Noi come medici, e ancor prima come cittadini responsabili, intendiamo opporci ad un tale disegno ed invitiamo il Governo a non cedere al ricatto di chi vuole disgregare il Paese.

• Un commento finale dobbiamo dedicarlo all'imprevedibile esito della vicenda della Fnomceo. Come ben sapete, i quattro odontoiatri eletti hanno unito i loro voti a quelli dei cinque medici della lista risultata minoritaria rispetto agli otto eletti della lista a noi più vicina, per portare il dott. Del Barone alla Presidenza della Federazione. In questo modo gli odontoiatri si sono assunti la grave responsabilità di ribaltare il responso delle elezioni in campo medico, respingendo i tentativi di soluzione unitaria, certamente auspicabili in momenti così difficili per la nostra professione.

In questa vicenda ci preoccupano tre elementi:

1. la grande eterogeneità dei nove membri del Comitato Centrale che sostengono il dott. Del Barone che non hanno come collante, al di là delle dichiarazioni formali, un disegno comune sul rinnovamento della professione, ma soltanto o prevalentemente forte desiderio di affermazione personale o di rivincita su persone per eventi che nulla hanno a che vedere con i veri problemi della professione dei trecentocinquanta medici italiani. Temiamo che su queste basi sia difficile costruire il nuovo ed il buono.

2. Le forti pressioni della maggioranza governativa che hanno favorito questa soluzione per ostacolare il passo all'insediarsi di un gruppo dirigente della Fnom che temeva dotato di pericolosa autonomia dal mondo che esprime la attuale politica.

3. La connotazione antisindacale che l'azione governativa ha imposto agli attuali vertici Fnom come prezzo del proprio appoggio e da questi subito assunta come proprio atteggiamento: si veda la richiesta del dott. Del Barone di essere sentito dal Ministro Sirchia su contratti e convenzioni sostituendosi ai sindacati in un ruolo improprio. Del resto in questa vicenda l'Esecutivo non fa altro che ribadire il proprio atteggiamento teso a distruggere, frammentare, delegittimare le rappresentanze sindacali, specialmente le più autonome e critiche che si interpongono tra il suo potere e i singoli medici inermi, rivelando forse senza accorgersene, tratti tipici dei regimi autoritari.

Per questo i sindacati dei medici sia dipendenti che convenzionati, che hanno mantenuto la loro autonomia, protestano e scioperano insieme, anche se in giorni diversi, mettendo da parte le antiche divisioni. Oggi è il momento di unirsi non di dividersi. La posta in gioco è troppo alta.

PER IL RINNOVO DEL CONTRATTO SCADUTO DA DICHIOTTO MESI

Sciopero nazionale per difendere il nostro lavoro

Mercoledì 4 giugno 2003 i medici, i veterinari e i dirigenti sanitari aderenti all'Intersindacale Medica hanno incrociato le braccia per l'intera giornata per chiedere il rispetto dei diritti contrattualmente sanciti e l'apertura del tavolo negoziale per il rinnovo dell'accordo di lavoro scaduto da 18 mesi.

La vertenza sanità è stata aperta dal Consiglio Nazionale dell'Associazione, riunito a Roma il 3 aprile, quando i consiglieri hanno approvato la relazione del Segretario Nazionale impegnandosi a sostenere la manifestazione del 15 aprile (cfr Dirigenza Medica n. 3/2003) e dando il mandato di organizzare iniziative più efficaci per il rispetto degli obblighi contrattuali. Iniziative che non si sono fatte attendere, visto anche l'atteggiamento ostile del Governo e delle regioni. All'indomani della manifestazione del 15 aprile, l'Anaa Assomed e l'Intersindacale Medica (Civemp, Fesmed, Snabi Sds, Umsted), hanno proclamato lo stato di agitazione rivendicando tra i motivi della protesta anche l'attivazione di un tavolo di concertazione a tre: Governo, Regioni e Organizzazioni Sindacali in ordine a possibili modifiche dello stato giuridico del-

la dirigenza medica, veterinaria e sanitaria.

Questa richiesta è stata solo parzialmente soddisfatta. Il 7 maggio a Palazzo Chigi è stata convocata la trattativa a tre, Governo, Regioni, Associazioni professionali sulla riforma dello stato giuridico della dirigenza sanitaria. Al centro della discussione, la revisione delle norme che regolano il rapporto di lavoro dei medici ed in particolare l'esclusività. Per il Governo erano presenti i ministri Sirchia, Mazzella, La Loggia e il sottosegretario Magri in rappresentanza del Ministero dell'economia. Per le Regioni il coordinatore degli assessori alla sanità Gava e l'assessore dell'Emilia Romagna, Bissoni. L'incontro ha rappresentato per l'Associazione un'utile occasione per illustrare al Governo, anche a nome di tutta l'Intersindacale Medica, le nostre opinioni. In premessa il segretario nazionale ha ribadito che il rapporto esclusivo ha un valore altamente positivo perché garantisce efficienza alle strutture, grazie alla fedeltà dei dirigenti, assicurata al servizio sanitario nazionale. Altrettanto positivo è il valore da attribuire alla libera professione

segue a pag. 2

FIRMATE LE CODE CONTRATTUALI

Il 7 maggio scorso è stata sottoscritta l'ipotesi contrattuale per sbloccare le code contrattuali. Tutte le novità normative e gli incrementi economici

PAGINE 3-4

INTERVISTA A STEFANO INGLESE DEL TDM

"Occorre ripensare le priorità strategiche del Welfare, come si sta facendo in tutti i Paesi europei. La scelta peggiore è infatti decidere di non decidere"

PAGINA 5

ELEZIONI FNOMCEO

All'indomani della conferma alla presidenza di Giuseppe Del Barone, il punto sulla situazione creatasi all'Ordine in un'intervista ad Amedeo Bianco

PAGINE 8-9

VERTENZA DEI MEDICI E VETERINARI DEL MINISTERO DELLA SALUTE

Chiesto il riconoscimento dello stato giuridico

Mercoledì 28 maggio il ministro della Salute ha incontrato una delegazione di dirigenti sanitari di I e II livello. L'incontro è stato organizzato a seguito della manifestazione dei dirigenti sanitari del 21 maggio a cui hanno partecipato anche il segretario nazionale dell'Anaa Assomed, Serafino Zucchelli ed il vice segretario, Gianluigi Scaffidi. Le ragioni di tale iniziativa di protesta derivano dal fatto che il Ministero della Salute, pur avendo come obiettivo istituzionale la tutela della salute pubblica, sia organizzato ed operi secondo leggi e logiche burocratico-amministrative che poco hanno a spartire con il suddetto obiettivo. Molto spesso, infatti, tali logiche fanno dimenticare che il ministero, attraverso l'opera dei medici, effettua la valutazione tecnico scientifica sui medicinali prima e dopo la loro commercializzazione, il controllo sull'importazione degli alimenti, la profilassi delle malattie infettive quarantenarie ed esercita, come le strutture del Ssn, competenze in medicina legale, del lavoro, informazione sanitaria, ecc.

Il ministero, sempre attraverso il lavoro dei medici, ha affrontato negli ultimi anni l'emergenza Chernobyl, il focolaio di colera in Puglia, la profilassi per l'epidemia di peste polmonare in India, la gestione dei casi di contatti di febbre emorragica da virus Ebola tornati in Italia dallo Zaire, il controllo del rischio rappresentato dall'epidemia di poliomielite in Albania, la decennale emergenza rappresentata dai massicci arrivi di clandestini sulle nostre coste, l'azione svolta nella prevenzione di eventuali attentati bioterroristici ed ora l'emergenza Sars. In merito alla questione Sars occorre far presente che i medici del ministero in servizio presso gli aeroporti, svolgono il proprio lavoro rispettando le turnazioni che prevedono la loro presenza di notte e nei festivi, come una qualsiasi struttura sanitaria. Ebbene, a fronte dei 465 euro per turno di sei ore che lo Stato paga per l'attività svolta dai medici del Sacco e dello Spallanzani (come riportato su L'Espresso n. 20 del 15 maggio 2003) i medici ministeriali, che sono i responsabili del servizio e coordinano i colleghi esterni, non percepiscono alcuna indennità ma, paradossalmente, vedono la loro retribuzione ferma ad un contratto scaduto il 31 dicembre 1997, nettamente inferiore a quella dei colleghi che svolgono analoghi compiti per il Ssn.

Lo scopo della manifestazione era quello di poter rappresentare al ministro Sirchia l'insoddisfazione dei medici, che rivendicano uno stato giuridico ed un contratto adeguati alla professionalità ed al ruolo che essi rivestono.

Il ministro, attraverso un suo portavoce, faceva sapere di non poter incontrare nessuno. Ciò ha determinato la viva reazione da parte dei medici che, resistendo alle pressioni esercitate dalle forze dell'ordine, hanno dato vita ad un sit-in davanti all'ingresso principale del ministero. Nel frattempo Zucchelli incontrava il direttore generale dell'Orga-

nizzazione Bilancio e Personale del ministero, Giuseppe Celotto, al quale, dopo un breve colloquio, consegnava la richiesta firmata da oltre 200 Dirigenti sanitari di I livello relativo al trasferimento nel Ssn. Contemporaneamente il ministro Sirchia, pur rifiutandosi di parlare con i rappresentanti nazionali Anaa Assomed, dopo aver ascoltato alcuni colleghi del ministero ha deciso di ricevere una delegazione di medici nella mattinata del 28 maggio in un incontro al quale hanno partecipato anche il consigliere Rossi Brigante, Raffaele D'Ari, Giuseppe Celotto, il capo ufficio stampa Roberto Iadicco e Giuseppe Viggiano. Il ministro ha esordito affermando che a suo parere siamo tutti dirigenti dello Stato, ma che le trattative contrattuali non sono di sua competenza. La delegazione ha sottolineato l'estremo disagio di tutta la categoria e la necessità di un rapidissimo rinnovo contrattuale che non possa prescindere dal pieno e completo riconoscimento della dirigenza, della professionalità e del ruolo svolto all'interno del ministero. Il ministro, manifestando piena comprensione per la situazione rappresentata, ha assicurato il suo intervento presso il dipartimento della Funzione Pubblica ed il ministero dell'Economia. Dopo l'incontro, Celotto ha fornito copia dell'appunto preparato per il Ministro relativo alle vicende contrattuali nel quale si legge che il dipartimento della Funzione Pubblica il 10 febbraio 2003 ha "ipotizzato la possibilità della sottoscrizione di un contratto unico diviso in due sezioni: la prima afferente ai dirigenti dell'ex II livello (ora II fascia), quale coda contrattuale dell'Area I della dirigenza, la seconda riguardante i dirigenti di I livello, configurata quale seguito contrattuale autonomo ed integrativo del Ccnl, del 30/09/1997, relativo a siffatta categoria che presenta indubbi tratti di specialità".

Nello stesso appunto si legge, inoltre, che il 19 febbraio 2003. "il ministero della Salute ha espresso, per le vie brevi, il proprio assenso alla proposta del Dipartimento".

Francamente quanto sopra suscita molte perplessità, poiché appare in contrasto con quanto affermato dal ministro Sirchia nell'incontro del 28 maggio e soprattutto sembra essere l'ennesimo tentativo di relegare i dirigenti di I livello in un limbo dal quale sarà impossibile uscire.

I medici hanno auspicato che il ministro, in qualità di medico, comprendendo lo stato di profondo disagio e frustrazione professionale in cui versano colleghi alle sue dipendenze, voglia, come assicurato nell'incontro, adoperarsi affinché quanto proposto dal Dipartimento della Funzione Pubblica venga modificato e si possa arrivare ad un adeguata soluzione della vicenda.

Nel frattempo i medici e i veterinari del ministero della salute aderenti all'Assomed-Sivemp hanno aderito allo sciopero del 4 giugno.

Giuseppe Plutino

SCIOPERO NAZIONALE PER DIFENDERE IL NOSTRO LAVORO

segue dalla prima

come opportunità per aziende, medici e cittadini. Naturalmente la libera professione deve essere svolta con regole certe, all'interno della struttura pubblica, in spazi separati e distinti (ad es. il San Matteo di Pavia) e, ove questi non esistessero, in strutture esterne convenzionate con l'azienda. A questo proposito l'Anaa Assomed ha apprezzato la decisione del Governo, confermata anche dal Parlamento, di prorogare di due anni, con un recente decreto legge, il termine del 31 luglio 2003 per svolgere la cosiddetta libera professione intramoenia allargata, anche se si sarebbe preferito il mantenimento di quella norma che dava la possibilità di svolgere questa attività fino alla attivazione degli spazi idonei all'interno delle aziende. Sulla base di queste premesse il segretario nazionale ha spiegato le ragioni per cui è impossibile concordare con i giudizi negativi espressi dal ministro Sirchia sulla libera professione intramoenia, che attribuiscono al suo cattivo funzionamento la responsabilità del fenomeno delle liste di attesa. Pur riconoscendo, però, che la normativa oggi in vigore sul rapporto esclusivo possiede elementi di forte rigidità che non si è riusciti ad attenuare nella legislatura precedente, e che possono oggi

essere modificati attraverso una regolamentazione che renda possibile, in determinate circostanze, la reversibilità della scelta. In quella sede l'Anaa ha ribadito una posizione irremovibile: "la modifica delle regole del gioco non deve in alcun modo compromettere la sopravvivenza dell'indennità di esclusività di rapporto, nei modi e nei termini con cui è stata fissata nel Contratto di lavoro vigente. Non siamo cioè disposti a ricontrattare quanto già pattuito". A questo tavolo è stato affidato, quindi, il compito di identificare un sentiero per giungere alla modifica della normativa in vigore senza intaccare ciò che di buono oggi c'è. La posizione del Governo in quella sede veniva riferita dal sottosegretario, Gianluigi Magri, che si diceva disponibile ad identificare un percorso per indicare quali modifiche legislative introdurre, pur riservandosi di valutarne l'impatto economico, ed affermando che comunque di fronte a modifiche del quadro, sarà necessaria una nuova contrattazione. Ancora rigida, invece, la posizione delle Regioni, espressa nelle dichiarazioni di Fabio Gava, il quale ha confermato quanto più volte sostenuto in passato e cioè che qualora venisse modificata anche minimamente la parte normativa, dovrebbe essere ridiscussa in sede di trattativa per il rinnovo del contratto, anche l'indennità di esclusività di rapporto oggi in godimento.

Pur avendo dichiarato la totale disponibilità dell'Associazione a proseguire nella trattativa, il segretario nazionale ha manifestato da subito profonda preoccupazione di fronte all'atteggiamento del Governo e delle Regioni che non sembravano disposte a mantenere intatti i diritti acquisiti nel contratto.

Preoccupazioni fondate, dal momento che da quel 7 maggio il tavolo ha perso una gamba, quella delle associazioni professionali, completamente estromesse dai successivi incontri. Sembra, infatti, prevalere l'orientamento che vuole ridiscutere l'intero impianto del rapporto di lavoro dei medici, con la messa in discussione della indennità del rapporto esclusivo e l'introduzione di ulteriori oneri (vedi orario di lavoro aggiuntivo) per i medici.

Desti, poi, forte preoccupazione la possibilità di sopravvivenza di un servizio sanitario unico e nazionale, alla luce delle nuove dichiarazioni rilasciate dal ministro Bossi sulla necessità di accelerare senza ambiguità l'iter della devoluzione.

A tutto questo, infine, si sono aggiunte le reiterate dichiarazioni di esponenti del Governo secondo le quali non esiste la disponibilità a corrispondere nel prossimo contratto nazionale di lavoro lo 0,99% così come pattuito nel Protocollo d'intesa Governo-sindacati del febbraio dello scorso anno, rimandando tale onere a carico delle Regioni.

FIRMATE LE CODE CONTRATTUALI

Tutte le novità normative e gli incrementi economici

Il 7 maggio è stata sottoscritta l'ipotesi contrattuale relativa alle code, il cui lunghissimo iter è già stato illustrato nel precedente numero; tale sottoscrizione, però, non può comportare ancora la reale applicazione delle norme né l'erogazione dei pur scarsi adeguamenti economici previsti. Pertanto, al fine di evitare gli equivoci, già verificatisi durante il lungo iter di approvazione dell'atto di indirizzo, illustriamo la procedura che l'ipotesi di accordo contrattuale dovrà seguire prima di divenire contratto a tutti gli effetti. L'Aran dovrà sottoporre l'ipotesi sottoscritta al Comitato di settore, per l'approvazione; una volta ottenuta tale approvazione l'ipotesi sarà inviata al Consiglio dei ministri per il controllo e la relativa approvazione.

Una volta ottenuta quest'ulteriore approvazione, l'ipotesi dovrà essere sottoposta al controllo della Corte dei conti e, se approvata, diverrà normativa contrattuale applicabile già dal momento della sua pubblicazione sullo specifico sito Aran.

Per inciso, non si può non evidenziare che mentre da una parte la categoria medica ha accettato la trasformazione della natura del rapporto di lavoro da pubblico a privato (cosa che comporta un abbassamento delle tutele e delle garanzie tipiche del pubblico impiego), dall'altra, i vari Governi continuano a mantenere questa lunga e farraginoso procedura di approvazione del contratto propria del pubblico impiego.

Bisognerà che la nostra controparte politica si decida ad essere coerente e consequenziale con la scelta politica già operata della dirigenza medica e della natura privatistica del rapporto di lavoro. Ma forse lo Stato trova più "conveniente" mantenere questa dicotomia. Chiuso l'inciso sorge spontanea una domanda: per quando si prevede l'entrata in vigore delle norme sottoscritte il 7 maggio nonché la corresponsione degli adeguamenti economici?

In un Paese civile che, per di più, si picca di essere un Paese-azienda l'ipotesi di accordo potrebbe, anzi dovrebbe, completare l'iter prima descritto e divenire contratto operativo nel giro di 30-40 giorni al massimo.

Però la recente esperienza dell'iter dell'atto di indirizzo relativo alle stesse code contrattuali, non ci lascia per nulla tranquilli; basti pensare che il Consiglio dei Ministri potrà ritardare anche per mesi, come del resto è già avvenuto con l'atto di indirizzo, la definitiva chiusura delle code contrattuali sacrificando ulteriormente i nostri diritti sull'altare del maquillage finanziario o della finanza creativa che sempre più spesso caratterizza questo Governo (*tentativo di "migliorare" i conti attraverso la riduzione delle spese nell'anno 2003 anche se esse derivano da diritti acquisiti che, nel nostro caso, addirittura risalgono all'anno 2001*).

Ecco perché abbiamo lasciato la definitiva chiusura delle code contrattuali fra le motivazioni della giornata di sciopero del 4 giugno scorso.

Le principali novità e modifiche

Rinviamo al nostro sito per la lettura del testo completo, evidenziamo di seguito le parti più importanti dell'ipotesi di accordo, sintetizzando, pertanto, secondo l'ordine dell'articolo, le principali novità e modifiche che dette code apportano al Ccnl.

Articolo 3. Contributi sindacali - Il comma 4 prevede l'individuazione locale di un sistema di monitoraggio degli iscritti, cancellati e trasferiti.

Articolo 5. Determinazione dei compensi per ferie non godute - Si stabilisce che in caso di mobilità volontaria il dirigente medico ha il diritto a portarsi nella nuova Azienda anche i giorni di ferie non goduti, salvo raggiungere un accordo con l'Azienda di provenienza per la loro monetizzazione. Ci risulta che parecchie Aziende, invece, hanno creato ostacoli in quanto le aziende di arrivo pretendono il dirigente trasferito a zero giorni di ferie arretrate e le aziende di

partenza non intendono concedere le ferie maturate, pur se richieste, adducendo motivi di servizio.

Attenzione: la validità di questo articolo decorre dall'entrata in vigore delle code.

Articolo 7 - Il recepimento di una specifica direttiva europea sull'orario di lavoro, attraverso il D.Lgs. 66/2003, introduce una diversa organizzazione del lavoro per i dipendenti ma consente deroghe per i dirigenti; ecco perché il suddetto D.Lgs. non ha riflessi vincolanti sull'organizzazione del lavoro (orario, turni, etc.) dei dirigenti medici normata dal Ccnl.

Articolo 9. Assenze per malattia - Questo articolo integra l'art. 24 del Ccnl 5/12/96.

In caso di patologie gravi che richiedano terapie salvavita ed altre ad esse assimilabili, secondo le indicazioni dell'ufficio medico-legale dell'Azienda, vengono esclusi dal computo dei giorni di assenza per malattia i relativi giorni di ricovero o day-hospital e i giorni di assenza dovuti alle citate terapie; inoltre, in tali giorni il dirigente ha diritto all'intera retribuzione.

Articolo 10. Aspettativa - Questo articolo sostituisce, dalla data di entrata in vigore delle code, il corrispondente art. 19 del vigente Ccnl.

Il comma 5 è innovativo e prevede che qualora l'aspettativa per motivi di famiglia venga richiesta per l'educazione e l'assistenza dei figli fino al sesto anno di età, tali periodi - pur non computabili ai fini della retribuzione e dell'anzianità - sono utili ai fini degli accrediti figurativi per il trattamento pensionistico.

Il comma 8 lett. c) prevede anche l'aspettativa senza retribuzione e senza decorrenza di anzianità per la durata di due anni e per una volta sola nell'arco della vita lavorativa per i gravi e documentati motivi di famiglia individuati dal regolamento interministeriale del 21 luglio 2000 n. 278 pubblicato su G.U. 11 ottobre 2000 serie generale n. 238.

Articolo 11. Altre aspettative previste da disposizioni di legge - Prevede la concessione dell'aspettativa per motivi di studio per i dirigenti medici con rapporto di lavoro a tempo indeterminato ammessi ai corsi di dottorato di ricerca, oppure che usufruiscono di una borsa di studio di cui alla L. 398/1989; è prevista, altresì, l'aspettativa per i dirigenti il cui coniuge presta servizio all'estero e per tutto il tempo di permanenza all'estero del coniuge stesso salvo revoca, con preavviso di almeno 15 giorni, per imprevedibili ed eccezionali ragioni di servizio.

Articoli 12 e 13 - Si riconoscono alcuni benefici (diritto alla conservazione del posto e, in parte, alla retribuzione, riduzione dell'orario di lavoro, concessione di permessi giornalieri, assegnazione a compiti diversi da quelli abituali) ai dirigenti che, portatori di tossicodipendenza o alcoolismo o handicap, si impegnano a sottoporsi ad un progetto terapeutico di recupero. Questi articoli disapplicano gli artt. 89 e 90 del Dpr 384/90.

Articolo 15. Congedi dei genitori - Si riportano i diritti già sanciti dal D.Lgs. 151/2001 da cui i dirigenti medici, fino ad oggi, erano esclusi essendo il citato D.Lgs. intervenuto successivamente alla entrata in vigore del Ccnl; inoltre, si normano ulteriori regole di natura economica specie per le lavoratrici madri. Questo articolo sostituisce l'art. 26 del Ccnl 5/12/96.

Articolo 17. Passaggio diretto ad altre amministrazioni dei dirigenti in eccedenza - Esperite le procedure di cui all'art. 33 del D.Lgs. 165/2001, l'Azienda stila un elenco dei dirigenti in esubero e che non possono essere collocati in ambito locale e lo comunica alle altre Aziende del comparto ed anche ad altri enti ed amministrazioni di diverso comparto, ove presenti in ambito provinciale e regionale; tali aziende, enti ed amministrazioni comunicano entro 30 giorni dalla ricezione del citato elenco, il numero dei posti va-

canti per i quali sussiste l'assenso al passaggio diretto dei dirigenti in esubero, che potranno, successivamente, scegliere la nuova sede.

Articolo 18. Formazione - Si è collocata in ambito contrattuale l'Ecm, a tutt'oggi non finanziata, ritenendo che al tavolo negoziale, vista l'assoluta insensibilità del ministro della Salute sull'argomento, sarà meno difficile normare una materia obbligatoria, comportante, da una parte, penalizzazioni e, dall'altra, una totale mancanza di finanziamenti specifici.

Articolo 21. Ricostituzione del rapporto di lavoro - Diapplicando l'art. 59 del Dpr 761/79 introduce la regola per cui il dirigente che abbia interrotto il proprio rapporto di lavoro può chiederne, entro due anni dalla cessazione dal servizio, la ricostituzione; l'Azienda deve pronunciarsi entro 60 giorni dalla richiesta subordinando l'accoglimento della stessa richiesta alla disponibilità del corrispondente posto e all'accertamento dell'idoneità fisica nel caso la cessazione dal servizio sia avvenuta per motivi di salute. In ossequio ad una recente pronuncia della Corte Costituzionale il dirigente riammesso è, però, collocato nella posizione economica iniziale ma con possibilità al conferimento di un incarico ove prima della cessazione dal servizio avesse superato un quinquennio di servizio.

Articolo 23. Diritti derivanti da invenzioni industriali - Richiamandosi all'art. 2590 del codice civile, norma i diritti derivanti al dirigente da invenzione industriale nell'ambito dell'impresa.

Articoli 26 e 27 - Specificano e definiscono le voci che concorrono alla retribuzione ed alla struttura dello stipendio.

Articolo 28. Lavoro straordinario - Chiarisce che le prestazioni di lavoro straordinario sono consentite ai dirigenti ex I livello per i servizi di guardia, pronta disponibilità nonché per altre attività non programmabili; tali ore lavorative possono essere compensate, a domanda del dirigente, con riposi sostitutivi da fruire, compatibilmente con le esigenze di servizio, entro il mese successivo.

Articolo 29. Rischio radiologico - Allarga in modo chiaro il diritto a tale indennità ai medici non radiologi ma che siano esposti in modo permanente al rischio radiologico, delegando l'accertamento delle "zone controllate" ai soggetti a ciò preposti in base alle vigenti disposizioni.

Articolo 32. Trattamento di trasferta - Norma, anche sotto il profilo economico, i diritti dei dirigenti in caso di trasferta.

Articolo 33. Trattamento di trasferimento - Al dirigente trasferito dall'Azienda in altra sede per motivi organizzativi legati a ristrutturazione aziendale ed ove tale trasferimento comporti la necessità dello spostamento dell'abitazione in altro comune spettano: indennità di trasferta per sé ed i familiari, rimborso spese viaggio per tutta la famiglia, rimborso spese per trasporto mobili, rimborso spese di imballaggio, resa e presa a domicilio, indennità chilometrica nel caso di spostamento con autovettura propria, indennità di prima sistemazione.

Articolo 37 - Prevede un incremento (derivante sempre dal finanziamento complessivo dello 0,92%) pari allo 0,32% del monte salari annuo calcolato al 31 Dicembre 1999 del fondo di cui all'art. 9 del vigente Ccnl II biennio economico 2000-2001 (finanziamento dell'indennità di specificità medica, della retribuzione di posizione, dell'equiparazione, dello specifico trattamento economico nei casi previsti, dell'indennità di incarico di direzione di struttura complessa); tale incremento non assorbe quello già previsto dal 1° luglio 2001 ma è aggiuntivo.

segue a pag. 4

segue da pag. 3

Articolo 38. Clausole integrative ed interpretative - I commi 1 e 2 chiariscono alcune norme di carattere economico del Ccnl; il comma 3 consente esclusivamente ai dirigenti medici di ex II livello che abbiano optato entro il 14 marzo 2000 per il rapporto esclusivo e che, a tale data, si trovavano in aspettativa per mandato elettorale o sindacale ovvero per il conferimento dell'incarico di direttore generale o sanitario, qualora non abbiano inoltrato la domanda per essere sottoposti alla verifica nei termini previsti dall'art. 30 del vigente Ccnl di potere, in via eccezionale, chiedere detta verifica entro trenta giorni dall'entrata in vigore delle code. La verifica avverrà entro due mesi dal rientro in servizio ed, ove ciò sia già avvenuto, entro i due mesi successivi alla domanda.

Articolo 39. Modalità di applicazione di benefici economici previsti da discipline speciali - L'articolo si riferisce a benefici derivanti da causa di servizio e congedo per cure agli invalidi; il comma 6 assegna un periodo di ferie aggiuntive pari a 8 giorni da usufruire in un'unica soluzione nell'arco dell'anno solare al personale medico anestesista espo-

sto ai gas anestetici.

Articolo 40. Tentativo obbligatorio di conciliazione - Prevede l'obbligo del tentativo di conciliazione per tutte le controversie individuali; i dirigenti potranno avvalersi delle procedure di cui all'art. 66 della 165; in caso di mancata conciliazione il dirigente può adire l'Autorità giudiziaria ordinaria o, in alternativa, procedere ad un arbitrato.

Articolo 41. Procedure di conciliazione in caso di recesso - È un articolo importante in quanto il comma 1 non solo ribadisce ma, attraverso il richiamo al Ccnl, stipulato il 24 Ottobre 2001, di interpretazione autentica dell'art. 23 del vigente Ccnl rafforza il ruolo del Comitato dei Garanti evidenziando la natura vincolante del parere di questo nei confronti delle Aziende.

Non sembra strano il contenuto del comma 6 che prevede che in caso di licenziamento ritenuto ingiustificato in sede di conciliazione o di arbitrato l'Azienda può non procedere alla riassunzione del dirigente (fatto salvo il diritto di questi ad adire l'Autorità giudiziaria); tale aspetto scaturisce dalla contrattualizzazione del rapporto di impiego del dirigente medico non più "pubblico impiegato".

Articolo 42. Inquadramento dei dirigenti medici e veterinari del Ssn nelle Arpa - Detta norme di inquadramento relativamente al personale interessato.

Articolo 43. Codice di comportamento relativo alle molestie sessuali nei luoghi di lavoro - Prevede l'adozione, da parte delle aziende, di uno specifico codice di condotta relativo ai provvedimenti da assumere nella lotta contro le molestie sessuali nei luoghi di lavoro come previsto da specifica raccomandazione della Commissione Europea del 27 novembre 1991 n. 92/131/CEE; a tale scopo viene allegato, a titolo esemplificativo, il codice tipo valido per tutte le aree negoziali del comparto sanità.

Gli incrementi contrattuali

Medici a rapporto esclusivo

gennaio-giugno 2001	euro 22,21/mese per il periodo
da luglio 2001	euro 45,96/mese
	(riassorbenti i precedenti 22,21)

Medici a rapporto non esclusivo

gennaio-giugno 2001	euro 15,49/mese per il periodo
da luglio 2001	euro 20,14/mese
	(riassorbenti i precedenti 15,49)

Gianluigi Scaffidi

Manifesto sui principi etici dell'informazione scientifica sui farmaci

Pubblichiamo il testo integrale del "Manifesto etico" proposto dal ministro della Salute Girolamo Sirchia. L'accordo per il momento è stato firmato, oltre che dal ministro Sirchia, dalle associazioni di categoria Adf, Anaa-Assomed, Anpo, Assofarm, Assogenerici, Cimo-Asmd, Farmindustria, Federfarma, Federfarma servizi, Fimmg, Fofi, Sifo, Simg, Snami

Gli attori, che sottoscrivono il presente Manifesto etico, concordano sui seguenti punti:

1. Il farmaco rappresenta uno strumento indispensabile a preservare o ripristinare la salute (gran parte dei brillanti risultati della moderna medicina sono riferibili ai farmaci che continuamente vengono messi in commercio). La ricerca nell'ambito farmaceutico, atta ad esaltarne gli effetti positivi e a ridurre quelli negativi, è fondamentale per il benessere dell'umanità, lì farmaco è quindi un valore riconosciuto da tutta la comunità scientifica e laica.
2. Il buon uso del farmaco è fondamentale per garantire il valore di cui al punto 1 e ogni distorsione o inappropriata clinica comunque generata circa il suo uso va contrastata con decisione, sia essa originata da scarsa informazione o da comportamenti non trasparenti. Oltre che provocare danni alla salute, il cattivo uso del farmaco può comportare costi impropri al Servizio Sanitario Nazionale e dirottare risorse che potrebbero essere altrimenti impiegate a beneficio dei malati. Il marketing nel settore farmaceutico, pur costituendo una funzione essenziale nell'attività dell'impresa, è subordinato al principio che il farmaco è un bene etico e quindi l'interesse del paziente è assolutamente prioritario rispetto ad altri interessi.
3. I medici e i farmacisti hanno la necessità di ricevere una puntuale informazione sui farmaci in commercio e sui farmaci nuovi, così da curare al meglio i propri pazienti ed evitare possibili effetti avversi. Per questo motivo essi si impegnano ad eserci-

tare la farmacovigilanza secondo le modalità previste dalla legge, mantenendo anche uno stretto rapporto con le Istituzioni (Regione, Ministero della Salute), così che l'informazione raggiunga rapidamente tutti i nodi strategici del Paese ed internazionali onde prevenire possibili danni ai pazienti. La prescrizione e la dispensazione del farmaco devono essere correate da un'adeguata informazione ai pazienti affinché essi comprendano bene vantaggi e svantaggi che possono derivare dal suo uso ed essere pronti nel segnalare eventuali reazioni avverse al medico non appena queste insorgano. È necessario che al paziente venga spiegato dal medico curante e dalle Istituzioni che l'eccessivo uso dei farmaci è dannoso alla salute e che l'impropria eliminazione dei farmaci, oltre ad un danno economico, può comportare inquinamento dell'ambiente con ulteriori rischi per la salute.

4. Il medico utilizzerà i farmaci solo sulla base di una documentazione e di un'evidenza scientifica e non subirà pressioni di nessun altro genere che non siano quelle legate agli interessi del paziente.
5. Il farmacista si impegnerà a: informare correttamente i prescrittori ed i pazienti al momento della consegna del farmaco, anche rispondendo a eventuali quesiti, in merito alle modalità di utilizzo e di conservazione del medesimo, segnalando possibili effetti collaterali, interazioni e controindicazioni rilevanti; promuovere, in generale, un'educazione al corretto uso, conservazione e smaltimento dei medicinali; favorire l'uso dei farmaci meno costosi a

parità di principio attivo, che determina un risparmio per la collettività senza ridurre il livello di assistenza.

6. I Produttori di medicinali e le loro Associazioni, pur nel legittimo perseguimento di obiettivi di sviluppo industriale, condividono la necessità di un'informazione trasparente e scientificamente valida che aiuti il medico nell'esercizio della sua professione con la finalità unica e condivisa di giovare al paziente, in base ad un proprio codice deontologico, del quale riconfermano la validità e si impegnano a non utilizzare nessuno strumento che possa influire sulla prescrizione dei medici, che non sia basata sull'appropriatezza scientifica. Gli informatori scientifici sono consci che dal loro quotidiano rapporto con i medici dipende in larga misura la correttezza dell'informazione e della prescrizione che ne deriva e rifiutano qualunque condizionamento che possa esercitare sulla prescrizione effetti distorsivi. Rifiutano altresì, contestualmente alle Aziende, di utilizzare risorse per fini non connessi alla corretta illustrazione delle caratteristiche tecnico-scientifiche del farmaco, al suo uso più appropriato, nonché all'educazione continua del medico, ed in particolare per strumenti volti a condizionarne impropriamente la prescrizione.
7. I distributori farmaceutici e le loro Associazioni devono garantire il servizio di buona conservazione e distribuzione dei medicinali, essenziale per la tutela della salute pubblica. In particolare, essi devono assicurare in maniera capillare e tempestiva il pieno assortimento ed il flusso co-

stante dalla produzione alle farmacie, secondo il sistema di qualità previsto dalle norme di legge.

8. Tutti i firmatari del presente Manifesto sono consci che ogni comportamento che si discosti dai punti qui sopra elencati costituisce una grave violazione degli interessi di tutti gli attori che lo sottoscrivono, un danno per i pazienti e un'educazione contraria alle finalità del Servizio Sanitario e si impegnano quindi a operare per creare le condizioni idonee all'applicazione di questi principi e a contrastare in base alle loro competenze e possibilità qualsiasi comportamento non consono ai suddetti principi.

Letto, firmato e sottoscritto.

- ADF**
Il Presidente - Dott.ssa Ornella Barra
- ANAAO ASSOMED**
Il Segretario Nazionale
Dott. Serafino Zucchelli
- ANPO**
Il Presidente
Prof. Raffaele Perrone Donnorso
- ASSOFARM**
Il Presidente - Dott. Venanzio Gizzi
- ASSOGENERICI**
Il Presidente - Dott. Davide Businelli
- CIMO-ASMD**
Il Presidente Nazionale
Dott. Stefano Biasoli
- FARMINDUSTRIA**
Il Presidente - Dott. Federico Nazzari
- FEDERFARMA**
Il Presidente - Dott. Giorgio Siri
- FEDERFARMA SERVIZI**
Il Direttore - Dott. Giancarlo Esperti
- FIMMG**
Il Segretario Generale Nazionale
Dott. Mario Falconi

INTERVISTA CON STEFANO INGLESE, SEGRETARIO NAZIONALE DEL TRIBUNALE DEI DIRITTI DEL MALATO

“La scelta peggiore è decidere di non decidere”

“Occorre ripensare le priorità strategiche del welfare, come si sta facendo in tutti i Paesi europei”. È questa la convinzione del leader della più autorevole associazione di cittadini in materia di salute, preoccupato che in Italia si stia mettendo in discussione l'esistenza stessa del servizio, senza però dichiarare esplicitamente in quale direzione si vuole andare

di Eva Antoniotti

Quest'anno la “Giornata nazionale dei diritti del malato”, ovvero l'appuntamento annuale che il Tdm celebra da ventitrè anni, si è tenuta il 7 giugno ed è stata l'occasione per lanciare una mobilitazione nazionale a salvaguardia del servizio sanitario pubblico. “Abbiamo deciso di preparare questa campagna – spiega Stefano Inglese, segretario nazionale del Tdm – perché da mesi sentiamo che c'è un allarme diffuso tra i nostri ‘terminali’ sul territorio, preoccupati del fatto che il servizio sia messo in discussione in maniera non dichiarata. Recentemente anche il ministro Sirchia ha fatto dichiarazioni in questo senso, e noi ne siamo ben lieti perché è una cosa che ripetiamo da almeno diciotto mesi”.

Dottor Inglese, ma il servizio sanitario è veramente in pericolo?

In pericolo forse non ancora, ma in difficoltà sicuramente. Tutte le Regioni hanno avuto problemi in questo ultimo anno, tutte hanno dovuto fare i conti con bilanci troppo stretti e con tempi troppo stretti per adeguare i bilanci. Una situazione che ha obbligato a sacrifici non poco significativi anche Regioni che hanno una buona capacità di amministrazione, un buon management, una buona burocrazia nell'accezione migliore del termine e una rete consolidata, tanto per quanto riguarda la rete ospedaliera che per quanto riguarda il livello territoriale, malgrado quest'ultimo sia sempre incompleto. E se tutti fanno fatica, certamente le Regioni del centro sud hanno fatto ancora più fatica, facendo crescere le disequità, le diseguaglianze.

Secondo i dati che vi forniscono le vostre sezioni locali, queste difficoltà come ricadono sui cittadini?

I problemi più gravi non riguardano le grandi prestazioni o le eccellenze, come spesso si sente dire, perché questo è un Paese che comunque su quel terreno ha fatto dei passi in avanti e continua a farli: sulla questione trapianti, ad esempio, non siamo ancora nella condizione ideale ma sicuramente abbiamo realizzato molti progressi, stiamo lavorando bene. I disagi riguardano piuttosto la routine, cioè la vita quotidiana della gente, le prestazioni più fruite e più richieste: è complicato avere una diagnosi, una visita specialistica senza fare lista d'attesa, è complicato se non impossibile in alcune aree del Paese avere un'assistenza a domicilio adeguata, sia per qualità che per quantità, è complicato accedere ad una buona assistenza in ambito oncologico, non per deficit di professionalità da parte dei medici ma per inadeguatezza strutturale dei reparti. In Italia si fa ancora lista d'attesa per la radioterapia, visto che abbiamo soltanto la metà delle unità di radioterapia di un Paese come la Francia.

E poi da noi non è ancora stata presa in seria considerazione la tutela delle cronicità, che pure continuano a crescere, si chiamano Alzheimer, sclerosi la-

terale aneutrofica o Parkinson. Chi ha in famiglia un malato cronico si trova di fronte ad un percorso frammentato, nel quale si deve orientare da solo all'interno del servizio sanitario e spesso non trova risposte sufficienti: noi lo chiamiamo il “fai da te obbligato”. A monte di questo c'è un territorio ancora fortemente disattrezzato, sul quale molto si è detto e si è scritto ma ancora pochissimo è stato fatto, anche se nella testa degli addetti ai lavori è chiaro che per rispondere a queste situazioni il sistema ha bisogno di qualcosa che va molto al di là di ciò che una volta si poteva concentrare all'interno dei presidi ospedalieri. Ma non si riesce a fare quel salto di qualità, in termini di investimenti e di risorse, per realizzare qualcosa di concreto.

Le difficoltà delle amministrazioni regionali possono essere ricondotte all'accordo Stato-Regioni dell'8 agosto 2001. Vuol dire che lei giudica negativamente quell'intesa?

Il patto di stabilità firmato nel 2001 non va demonizzato, perché sicuramente da quel patto sono venute anche delle cose positive, uno stimolo al management delle diverse Regioni a strutturarsi meglio, a governare effettivamente meglio, a fare programmazioni sanitarie un po' più serie. Ma resta il fatto che queste amministrazioni regionali sono state obbligate a rimettere in pareggio i bilanci in tempi stretti, visto che il patto di stabilità ha sancito la fine dei ripiani a pie' di lista da parte del governo centrale sugli sforamenti di bilancio. E da qui discende anche la “pesantezza” degli interventi della Conferenza Stato-Regioni, che in assenza di una riforma che crei una camera delle Regioni, è diventata più o meno propriamente il luogo di compensazione delle conflittualità tra i diversi livelli di governo. Ma questa accelerazione federalista, comunque, non è la ragione principale dei problemi, che hanno invece motivi ancora più strutturali.

Lei pensa che il Ssn sia sottofinanziato?

Su questo argomento vi sono due scuole di pensiero. C'è chi dice che senz'altro servono più risorse, almeno al 6/7 % del Pil, visto che siamo agli ultimi posti in Europa e che peggio di noi ci sono solo la Grecia e il Portogallo. A supporto di questa tesi c'è anche la considerazione che per avviare una seria assistenza alla non autosufficienza occorrono almeno 15/20 miliardi. Dall'altra parte c'è chi sostiene che spendiamo già molto, ma spendiamo male, con troppi sprechi.

Noi crediamo che ci sia della verità in entrambe le posizioni, ma siamo convinti soprattutto che sia necessario compiere delle scelte di fondo, strategiche, che costruiscano un nuovo progetto di servizi sociali. È chiaro che questo comporta degli investimenti, perché non possiamo pensare che automaticamente si possano spostare risorse dal vecchio al nuovo. Que-

sti spostamenti, ammesso che si possano realizzare, non avvengono mai in modo netto e la transizione è una fase molto costosa, nella quale contemporaneamente si devono mantenere le vecchie forme di assistenza, sia pure riducendole progressivamente, e investire per aprire nuovi settori, che vuol dire formazione del personale, riconversione delle strutture. E anche la lotta agli sprechi non dà risultati istantanei, ma ha bisogno almeno di tempi medi.

La vostra associazione partecipa insieme all'Anaa e a molte altre sigle rappresentative del mondo della sanità al Comitato Solidarietà e salute per la difesa e il sostegno del Ssn. Ma oltre ai molti punti condivisi, ci sono invece argomenti sui quali ritenete che tra medici e pazienti ci sia ancora una discussione aperta?

Noi muoviamo da una forte consapevolezza che gli operatori insieme ai cittadini sono i veri protagonisti del servizio pubblico, che è un bene prezioso di questo Paese.

È proprio per questo riteniamo che sia importante un rinnovamento dei modelli professionali per tutta la classe medica. Non si tratta solo di aggiornamento, ma di acquisire la capacità di leggere la realtà, il contesto, la transizione alle quali sono sottoposti, non solo in Italia, i sistemi di protezione sociale. Lo statuto sociale e professionale del medico è cambiato radicalmente in questi anni. Quella che una volta era una decisione presa dal medico secondo scienza e coscienza, quasi in solitudine, oggi è il frutto di una contrattazione, o comunque di una mediazione, tra molti attori: contano le linee guida, internazionali e nazionali, i tetti di spesa, sulla farmaceutica e sulle prestazioni, contano le direttive delle programmazioni sanitarie nazionali, regionali e aziendali, contano le indicazioni del Direttore generale e del Direttore sanitario e contano le sollecitazioni dei cittadini, che sono più informati, nel bene e nel male.

E lascio volutamente fuori tutte le questioni di confine, la bioetica, l'eutanasia.

Ma ci sono progetti concreti da realizzare insieme, medici ospedalieri e rappresentanti dei cittadini?

Avevamo avviato un lavoro su un terreno che ci sta molto a cuore, che è quello della prevenzione della malpractice. Le aree specialistiche per le quali abbiamo il maggior numero di segnalazioni su sospetti errori di diagnosi e terapia sono chirurgia generale, ostetricia, ortopedia e oncologia, ma più in generale tutti i casi di malpractice sono sempre legati alla realtà ospedaliera perché, anche quando avvengono altrove, sono poi individuati e curati in ospedale. Per avviare la creazione di Unità di gestione del rischio, che ora stanno procedendo con molta fatica, ci gioveremo molto di un rinnovato impegno dei medici ospedalieri.

Calabria

LA SANITÀ NELLA REGIONE CALABRIA

Basterà un nuovo Piano?

di Maria Gullo

UN'INDAGINE DELL'EURISPES, COMMISSIONATA DALLA REGIONE PER DAR VOCE AI CITTADINI, RIVELA UNA CONDIZIONE DI SOFFERENZA DEL SISTEMA SANITARIO CALABRESE E UN ELEVATO LIVELLO DI INSODDISFAZIONE DEGLI UTENTI. LA RISPOSTA È UN NUOVO PIANO SANITARIO REGIONALE CHE MIRA, PER ASSICURARE UNA "BUONA SALUTE" A TUTTI, A SANARE RAZIONALIZZANDO, BASANDOSI SUL PRINCIPIO DI SUSSIDIARIETÀ, NEL RISPETTO DELL'UNIVERSALISMO MA ANCHE DELLA "LIBERA SCELTA" E CHE HA SUSCITATO UN'ONDATA DI NON POCHE POLEMICHE SIA SUL PIANO POLITICO CHE DEI CONTENUTI.

Non basta evidentemente un mare tra i più belli e incontaminati per ricostruire un quadro idilliaco della regione. Un sistema sanitario regionale, quello calabrese, che appare scarsamente efficiente ed efficace; *in primis* liste d'attesa lunghissime anche per patologie che richiederebbero assistenza immediata; notevoli differenze qualitative e quantitative esistenti nei servizi erogati sul territorio e un condizionamento della libertà di scelta dei cittadini, nonché un costante saldo negativo della mobilità sanitaria nei confronti delle altre regioni non solo per le alte specialità ma anche per le prestazioni di base. Per arrivare alla nota dolentissima degli elevati costi di gestione. Primi responsabili sprechi e inappropriatelyzza delle richieste e delle prestazioni riferite alla specialistica ambulatoriale, alle prestazioni ospedaliere di ricovero e all'assistenza farmaceutica.

La prova di un non funzionamento del sistema viene direttamente dai cittadini. Negativo infatti il quadro emerso dall'indagine "I cittadini e la salute" che Eurispes ha condotto su *input* e in collaborazione con la Regione su cosa pensassero i cittadini calabresi della loro sanità, nell'ottica di un vero e proprio *empowerment* del cittadino stesso, che possa effettivamente influenzare il processo decisionale delle autorità coinvolte. I calabresi ritengono urgente investire per migliorare la qualità complessiva del sistema sia nell'assetto organizzativo che gestionale. Sono insoddisfatti del servizio pubblico e preferiscono spesso la cosiddetta "sanità privata", perché la sentono sinonimo di maggior efficienza e cortesia. Giudizio positivo per il medico di famiglia, ma più per il suo valore di amico e confidente che come professionista.

Un sistema dunque che non sembra finora essere riuscito a garantire soddisfazione dei bisogni degli utenti, equità, efficienza organizzativa e soprattutto sostenibilità economica. Alcuni aspetti infatti di natura squisitamente strutturale e relativo all'organizzazione dell'offerta non sono stati ancora risolti in seguito al vigente piano programmatico risalente al '95-'97.

Basato sulla convinzione che la salute sia un diritto e una risorsa fondamentale per l'individuo e la collettività e che un servizio sanitario regionale equo, efficace ed efficiente faciliti lo sviluppo economico e sociale della comunità, il nuovo Psr in attesa dell'approvazione consiliare, in linea con le indicazioni fornite dal nuovo Piano sanitario nazionale e direttamente influenzato dal cosiddetto "modello lombardo" è finalizzato alla promozione *tout court* della salute, col fine ultimo di tutelare comunque la libertà di scelta in tema di sanità di ogni cittadino, utilizzando al meglio e valorizzando le risorse umane, scientifiche, professionali e strumentali che la collettività rende disponibili. A partire dalla promozione di una corretta edu-

cazione alla salute fin dall'età scolastica, passando per la proporzionalità delle cure secondo standard qualitativi adeguati, per il principio di sussidiarietà, dall'integrazione tra gli operatori sanitari tutti e per la razionalizzazione dei servizi e delle prestazioni, per l'attuazione di un'assistenza territoriale di tipo distrettuale ancora confusa e lontana dal garantire unitarietà e globalità degli interventi sanitari, di una rete di servizi diagnostici e di specialistica ambulatoriale in grado di soddisfare in ciascun Distretto la domanda dei cittadini e per la riorganizzazione di una rete ospedaliera che non risulta ancora attuata seppur pianificata. Punto caldo della polemica che coinvolge la dirigenza medica ospedaliera è la decisione della Giunta di edificare nuovi presidi ospedalieri e non di stanziare finanziamenti per gli ospedali già esistenti e funzionanti in alcune aree del territorio.

L'elaborazione del nuovo Piano sanitario si accompagna ad 11 progetti che la Regione Calabria ha in fase di realizzazione come capofila - oltre ai 6 che la vedono Unità operativa - in sinergia con Università, Cnr, ministero della Salute, Agenzia per i Servizi sanitari regionali, Irrcs e Regioni tra i quali uno dedicato all'Alzheimer, cinque di ricerca biomedica e cinque di ricerca sanitaria.

OSPEDALI

Si è operata la scelta di creare delle Aziende provinciali, comprendente tutti gli ospedali di quell'ambito territoriale. Le perplessità della dirigenza medica in proposito si basano sull'osservazione di altre recenti esperienze in tal senso, come l'ospedale di Polistena che in seguito alla formazione dell'Asl unica della Piana ('93) avrebbe perso il suo elevato livello qualitativo e prestazionale, anziché essere esempio trainante per gli altri ospedali.

La preoccupazione è che stessa sorte toccherà a quegli ospedali, le attuali Aziende Ospedaliere, che oggi garantiscono un buon livello tecnologico e di assistenza e che, domani con la mega-azienda, saranno soffocati dai gravi deficit finanziari portati in dote da tutti gli altri ospedali provinciali; un soffocamento economico che potrebbe tradursi in un decremento quantitativo dell'assistenza.

Punto caldo anche quello dei Day-Hospital, esclusivamente diurni, di cui non si capisce bene la differenziazione rispetto ai poliambulatori.

ASSISTENZA TERRITORIALE

Il governo locale punta sull'attuazione dei distretti e

degli ospedali di Comunità.

Qui la polemica nasce in relazione ai medici di medicina generale. I medici ospedalieri rilevano una non chiara definizione dei ruoli e delle competenze.

Si chiede maggior attenzione alle esperienze di ogni professionista nell'interesse primario dei cittadini. Polemica anche sull'inclusione degli ospedali di Tropea, Nicotera, Pizzo Calabro, Scalea e Praia a Mare tra gli ospedali di Comunità o di Distretto:

località turistiche dove servizi sanitari efficienti sul territorio costituiscono una forte necessità, nonché un elemento discrimi-

nante nella scelta.

PIANO SANITARIO REGIONALE

Intende dare risposta unitaria e coerente a tre grandi obiettivi strategici: miglioramento dello stato di salute della popolazione, soddisfazione dei bisogni sanitari e socio-sanitari dei cittadini, efficienza e sostenibilità economica del sistema.

I principi che orientano il nuovo documento di programmazione si riassumono dunque nell'universalità di accesso, eguaglianza nell'accessibilità e miglioramento dell'accoglienza, attenzione ai più deboli, equità nella distribuzione delle risorse e dell'offerta di servizi, partecipazione sociale ed istituzionale. Ma anche nella responsabilità collettiva dunque, nella condivisione cioè del rischio finanziario basato sulla singola capacità contributiva, nell'approccio integrato di tutti i soggetti pubblici e privati, con particolare attenzione al no-profit, nella sostenibilità e soprattutto nella libertà di scelta della persona, promossa, valorizzata e tutelata.

La Calabria

Popolazione: 2 milioni circa

Aziende Sanitarie Locali: 11

Aziende Ospedaliere: 3

Medici dipendenti dal Ssn: ??????

Medici in convenzione: Medici di base????

Pediatri di base????

Specialisti?????

Territorio, qualità, controllo. E stabilire le responsabilità

**INTERVISTA A DOMENICO SARACENO,
SEGRETARIO REGIONALE
ANAAO ASSOMED CALABRIA**

Dottor Saraceno, qual è la vostra principale preoccupazione in merito allo stato dell'arte della sanità nella regione?

Ci preoccupiamo che il diritto, sancito dalla costituzione, alla tutela della salute come diritto fondamentale dell'individuo e come interesse della collettività, e la garanzia di cure gratuite per gli indigenti non venga rispettato.

L'indagine Eurispes, evidenzia un quadro negativo, con la richiesta da parte dei cittadini di interventi volti a rimodellare sia l'assetto organizzativo che gestionale, ritenendo urgente investire per migliorare la qualità complessiva del sistema. I calabresi sono insoddisfatti del servizio pubblico e preferiscono la sanità privata perché la percepiscono come sinonimo di maggiore efficienza e cortesia dinanzi alle necessità dell'utenza.

Cosa rispondete alle osservazioni dell'assessore Luzzo sulla rete ospedaliera, sulla mancata organizzazione secondo le norme che prevedevano l'attivazione di quella dipartimentale?

Nessun provvedimento è stato adottato nei confronti di alcuno dei responsabili di tali omissioni. Aggiungiamo anche che è assente il modello assistenziale dei servizi diagnostici e di specialistica ambulatoriale; che non sono state attuate le misure di prevenzione collettiva in ambiente di vita e di lavoro; che non è affatto efficiente la rete dei servizi di emergenza/urgenza per l'inesistenza, di fatto, salvo rare eccezioni, dei Dea di I e II livello.

Ma di chi sono le responsabilità? Questa Giunta ha approvato la Legge Regionale 29 del 7 Agosto 2002 che ha tolto i finanziamenti all'assistenza domiciliare, non ha più garantito i prodotti apoteici ai nefropatici, costringendo numerosi pazienti anziani e indigenti ad abbandonare la terapia col risultato di favorire la progressione della malattia. Questa è la tutela dei malati cronici disabili, anziani, terminali e delle loro famiglie?

La stessa legge ha bloccato le assunzioni nel Ssr mettendo in difficoltà numerosi ospedali in provincia, istituendo il meccanismo della deroga in via eccezionale, il cui utilizzo di "eccezionale" ha solo l'elevato numero di richieste accolte e la discrezionalità della scelta.

Sempre in riferimento all'art.2 della medesima Legge Regionale, è stato sancito che il volume massimo delle prestazioni per l'anno 2003 non potranno superare quelli dell'anno 2001 ridotti del 20%. Ciò determinerà riduzione dei posti letto con ripercussioni negative sul piano occupazionale.

L'attuale maggioranza attribuisce alla 229 la responsabilità di questa "cattiva" sanità...

Come si può affermarlo visto che le Regioni che l'hanno applicata, vedi Toscana ed Emilia-Romagna hanno un rapporto sereno sia con l'utenza sia con il personale sanitario, oltre che un bilancio in pareggio; piuttosto la situazione è da attribuire a una gestione passata troppo "personale" della cosa pubblica che non ha visto la reale applicazione della legge. Inoltre il nuovo Psr riporta testualmente: "gli spunti, gli elementi e gli strumenti necessari per la costruzione del nuovo assetto organizzativo del Ssr sono stati ricercati nel Decreto Legge 229/99 che, sia pure con degli adattamenti derivanti dalla necessità di una sua contestualizzazione alla realtà calabrese, costituisce il punto di riferimento per la definizione dell'assetto organizzativo proposto". E ciò in pieno delirio federalista laddove si potrebbe legiferare in virtù della modifica del Titolo V della Costituzione, anche in senso opposto.

Cosa ne pensate della volontà del governo locale prendere come riferimento il modello lombardo per il riassetto organizzativo del sistema?

Che tale esperienza è completamente fallita già in Lombardia dove, pur di favorire il settore privato, la Regione ha da tempo deliberato un'addizionale Irpef dello 0,5%, nonché un incremento dei ticket; nonostante ciò il sistema è comunque saltato, pur se i ricavi aggiuntivi sono stati cospicui in virtù della ricchezza della Lombardia, nemmeno lontanamente paragonabile alla Calabria. L'assessore Luzzi invece, conferma l'orientamento a considerare i tetti di prestazione che non hanno valore prescrittivo come uno degli elementi indicativi del contenimento della spesa programmata. Inoltre, mi sembra che tra le procedure operanti in Lombardia poi se ne "copiano" soltanto quelle che convengono.

In un punto preciso del Psr si parla della necessità di prevedere la costruzione di nuovi moderni ospedali in sostitu-

zione di quei presidi esistenti ma obsoleti e disomogeneamente distribuiti sul territorio (in particolare si fa riferimento alle strutture ospedaliere dell'alto Jonio cosentino, della fascia tirrenica della provincia di Cosenza e della Piana di Gioia Tauro)...

Questo mentre in tutto il resto del Piano si parla di accorpamenti e di risparmio, a Gioia Tauro sarebbe l'ottavo! Gli interventi in queste aree sono previsti con fondi a carico dell'art.20 Legge 67/88, ma i nostri governanti non si sono accorti delle disposizioni, in tema di art.20 emanate dal ministro Tremonti? E perché si uti-

lizzano ancora oggi fondi ex art.20 su ospedali obsoleti che la Giunta vuole dimettere?

Qual è la strada verso la soluzione?

La vera rivoluzione sanitaria calabrese deve partire dalla creazione di servizi territoriali efficienti, attraverso i quali reinventare l'assistenza territoriale, bisogna attrezzare percorsi assistenziali alternativi al ricovero che garantiscano un'offerta sanitaria capillare sul territorio, riqualificare la rete ospedaliera e ripristinare un sistema di controlli sulla gestione, sull'organizzazione, sulla qualità totale delle prestazioni e degli operatori, secondo modelli europei.

**INTERVISTA A GIOVANNI LUZZO,
ASSESSORE ALLA SANITÀ DELLA REGIONE CALABRIA**

Sviluppare il territorio, eliminare gli ospedali fotocopia

Assessore Luzzo, dopo l'approvazione del "Piano per la salute" da parte della giunta regionale, il provvedimento è già operativo o dovrà essere portato in Consiglio regionale?

Secondo il nostro Statuto il Piano è un adempimento legislativo del Consiglio. Ciò vuol dire che il Piano dovrà essere approvato come legge regionale.

Quali sono i punti di forza di questo Piano?

Innanzitutto grandissima attenzione alla sanità del territorio, che è rimasta sempre un po' trascurata in Calabria. Per far questo abbiamo pensato di creare una distinzione tra obiettivo di salute, affidato alla medicina di territorio, e obiettivo di assistenza, affidato alla rete ospedaliera. Da qui la separazione tra le aziende. La politica di territorio si fonderà sulla medicina generale, sulla specialistica ambulatoriale, completandosi con la prevenzione. E la destinazione delle risorse sarà conseguente: 49% al territorio, 5% alla prevenzione e sicurezza, il resto all'ospedale. Per rafforzare il territorio pensiamo di avviare anche l'Ospedale di comunità, già sperimentato in Toscana. Ovviamente occorrerà partire dai distretti, che dovranno assumere una grande funzione, e dai Comitati dei sindaci, che dovrebbe garantire una partecipazione democratica alla gestione della sanità. Abbiamo previsto tre aziende sanitarie territoriali, nord centro e sud, in luogo delle attuali 11, per garantire una popolazione minima di 600mila abitanti, anche nell'ottica di una migliore gestione delle risorse. Con questo tipo di assetto distingueremo tra l'azienda che acquista e quella che eroga servizi: da qui un maggiore controllo, una maggiore verifica sull'appropriatezza dei ricoveri e una maggiore attenzione del manager dell'ospedale a far sì che i propri servizi siano adeguati e organizzati in modo da stare nei costi. Oggi, con la confusione dei ruoli, il risultato è che nell'organizzare i servizi ospedalieri gli amministratori non sempre pongono attenzione al rapporto costi/efficacia. E qualche volta si crea un primariato in più solo per far piacere ad un amico.

Il vostro Piano somiglia molto al modello lombardo. Come entrano nel sistema le strutture private, che in Calabria sono numerose?

Con il 39% di posti letto privati siamo al secondo posto tra le regioni, dopo il Lazio, ed è certamente una situazione che dovremo prendere in considerazione. Ma intanto pubblico e privato sono sullo stesso piano, come era già stabilito con la legge regionale 29 dell'agosto 2002, secondo cui il DG può acquistare prestazioni ovunque, purché rispetti i nei tetti di spesa.

Ma la stessa legge 29 conferma il blocco delle assunzioni nelle strutture pubbliche. Non c'è il rischio

di favorire in questo modo un ulteriore sviluppo del privato?

Il vero rischio della sanità calabrese è l'offerta fotocopia, che vale per pubblico e privato. Ci sono 42 ospedali pubblici e 45 cliniche private, tutte strutture sostanzialmente simili tra loro, che presentano offerte di servizi uniformi e senza grandi punte di qualità. Stiamo cercando di porre ordine riducendo il numero di posti letto per acuti, in ugual misura per il privato e per il pubblico.

Che dimensioni avranno le riduzioni di posti letto?

Abbiamo circa 9.170 pl per acuti e dovremmo arrivare a circa 8mila. Ma abbiamo anche un deficit di posti letto per lungodegenza e riabilitazione, più o meno equivalente: avremmo bisogno di 2mila p.l. e ce ne mancano 1.200. Quindi non dobbiamo chiudere strutture ma piuttosto riconvertirle.

Ma intanto nel Piano sono previsti stanziamenti per nuovi ospedali.

L'unico posto dove stiamo pensando di costruire un nuovo ospedale è nella Piana di Gioia Tauro, perché è indispensabile riordinare. Attualmente la situazione è paradossale: sette strutture ospedaliere, circa 180 p.l. e 223 primari, che vuol dire un primario ogni 5/6 p.l.. Eccetto Polistena, le altre strutture che si definiscono enfaticamente ospedali sono in verità ministrutture da una trentina di posti letto. D'altra parte è la stessa politica che sta facendo ad esempio la Toscana.

Sono previste modifiche anche riguardo alle aziende ospedaliere?

Abbiamo previsto un'azienda ospedaliera unica per ciascuna provincia, più il policlinico universitario: dunque si passerebbe da tre (Catanzaro, Cosenza e Reggio) a cinque più una. Questo significa che il manager, in ambito provinciale potrà organizzare tutte le strutture in modo organico, senza duplicazioni inutili. D'altra parte è chiaro che attualmente ci sono delle inefficienze, altrimenti non si spiegano i 400 miliardi che spendiamo ogni anno per l'emigrazione sanitaria e il disavanzo che abbiamo registrato anche nel 2002.

Come amministratore di una Regione del Sud è preoccupato dallo sviluppo del federalismo sanitario?

Vedo positivamente il federalismo, che impegna le regioni meridionali a far da sé e far bene per i propri cittadini, fermo restando che è necessario mantenere un "sistema Italia", perché per alcune patologie, fortunatamente rare, difficilmente riusciremo a realizzare un servizio regionale. Non credo, ad esempio, che riusciremo ad avere convenienza ad avere un'unità spinale in Calabria, non solo per ragioni economiche, ma anche di qualità. (E. A.)

ELEZIONI FNOMCEO: LA PAROLA AD AMEDEO BIANCO, PRESIDENTE DELL'ORDINE DI TORINO

"C'è ancora bisogno di mettere un po' d'Ordine nella nostra professione"

Dirigenza Medica ha intervistato il Presidente dell'Ordine dei Medici di Torino sull'esito della vicenda legata al rinnovo dei vertici della Fnomceo.

Una analisi sui nuovi equilibri e sulle prospettive per l'immediato futuro della Federazione.

Presidente Bianco, la componente medica come si è presentata al voto?

Si sono proposte al voto due liste mediche, ognuna con l'indicazione del candidato Presidente e Vicepresidente, così come più volte sollecitato dal Consiglio Nazionale; entrambe hanno presentato programmi articolati, con molti punti di convergenza, ma con oggettive differenze che solo in parte trasparivano dalle proposte programmatiche.

Provi a tracciare sinteticamente la composizione delle due liste.

La lista che proponeva la presidenza Bianco, era composta da Presidenti dell'area dipendente e dell'area convenzionata, espressione di 15 diverse realtà regionali e appoggiata da una vasta area di consenso di altri Presidenti che ne avevano firmato il programma.

La lista che ricandidava alla presidenza Del Barone, era costituita da un'aggregazione di grossi Ordini (basti pensare che solo i voti espressi dai candidati coprivano circa il 30% dei voti totali), concentrati in sole 9 regioni, laddove cioè le candidature erano funzionali a costituire "la massa critica" dei voti da riversare nelle urne.

Esemplificando, perché Bianco Presidente della Fnomceo e non Del Barone?

La proposta della candidatura Bianco conteneva un forte elemento di novità e di evidente impatto nella professione: per la prima volta un medico di estrazione ospedaliera veniva ufficialmente candidato alla Presidenza della Fnomceo in un progetto largamente condiviso di alternanza tra le varie espressioni del nostro mondo professionale. Questo ragionamento è parso a molti una credibile risposta all'esigenza di promuovere un processo di rinnovamento continuo negli uomini e nelle idee dell'Istituzione ordinistica, per molti aspetti troppo rigida e auto-referenziale, rispetto ad una pratica medica in straordinaria e travolgente mutazione tecnico-scientifica, etica e civile.

I sostenitori della lista Del Barone evidentemente non hanno avvertito questa esigenza, o meglio l'hanno mascherata dietro una pretestuosa quanto logora polemica sull'invadenza ed arroganza delle Organizzazioni sindacali professionali autonome, soprattutto Anaao e Fimmg. In realtà, mentre un'abile regia interna denunciava un inesistente nemico (i sindacati professionali) alle porte degli Ordini, venivano nel frattempo aperti passaggi secondari nelle mura dell'autonomia della Fnomceo, attraverso i quali è pas-

sata la politica e il potere con le sue regole e i suoi obiettivi.

Queste le premesse, ma come hanno votato i Presidenti?

Il risultato del voto, nella componente medica, ha assegnato alla lista Bianco 8 consiglieri, alla lista Del Barone 5 consiglieri, mentre nella componente odontoiatrica, 3 consiglieri appartengono alla lista Renzo, Presidente uscente della Commissione Odontoiatrica Nazionale ed 1 consigliere è stato invece attribuito alla lista contrapposta sostenuta dall'Andi, il principale sindacato nazionale della professione odontoiatrica.

Nessuna maggioranza di almeno 9 Consiglieri e quindi tutti vi siete posti il problema di definire alleanze.

Esatto, ma questi risultati, per quanto frammentati, ponevano alcune precise indicazioni:

- sulle proposte della lista Bianco si era concentrato il consenso maggioritario dei Presidenti di Ordini, nonostante sia stata avvertita da una campagna politico-partitica da parte di forze della maggioranza Parlamentare. Lo stesso ministro della Salute, Prof. Sirchia non ha mai gradito l'autonomia e responsabile denuncia che molti di noi gli hanno mosso quando ha commesso gravi errori verso le nostre professioni, basti pensare al cosiddetto decreto antitruffa e alle infelici dichiarazioni che hanno preceduto e seguito il suo precipitoso ritiro, come da noi fortemente richiesto. In quegli stessi giorni il Presidente Del Barone, senza mandato del Comitato Centrale, si avvitava intorno a possibili miglioramenti di un testo inemendabile, rinunciando a quel ruolo autonomo e responsabile della nostra Istituzione da esercitare anche contro un ministro quando si ritiene che questo stia sbagliando. Evidentemente le imminenti elezioni Fnomceo avevano, in quella circostanza, esasperato la nota prudenza ed accortezza del Presidente Del Barone verso la politica e verso il potere.
- era necessario mettere da parte rivalità personali e rigidità ideologiche per avviare una ricomposizione unitaria del Governo della Fnomceo nel rispetto delle diversità, partendo dalle convergenze programmatiche. La nostra strategia è stata dunque fin dall'inizio quella di raggiungere l'unità nel rispetto dell'inequivocabile orientamento del voto, in questo confortati e dando fiducia

ai ripetuti pronunciamenti della componente odontoiatrica che autorevolmente dichiarava la propria "neutralità per l'unità".

Ma nelle successive elezioni del Presidente e dell'Esecutivo Fnomceo, le cose sono andate diversamente.

Sì, in quella occasione si è definitivamente saldata un'alleanza blindata, su contenuti che ancora in moltissimi ignoriamo, tra la componente medica minoritaria e la componente odontoiatrica per raggiungere la risicata maggioranza di 9 su 17, capovolgendo l'orientamento del voto medico e, fatto ancor più grave, rendendo esplicita una cultura ed una pratica dell'arroganza finalizzata alla pregiudiziale esclusione di uomini e di idee. Fanno oggi mestamente sorridere gli slogan elettorali della lista Del Barone, gli appelli all'unità, la volontà di "proiettare il futuro, con tutti e per tutti": abbiamo invece assistito ad un mesto "ritorno al futuro", in due puntate, perché solo in seconda convocazione è stato raggiunto il quorum dei 9 Consiglieri, indispensabile per eleggere un Presidente legittimo.

Presidente, dobbiamo però restare ai fatti e valutarli per quelli che sono e le loro possibili ricadute sul futuro delle Istituzioni ordinistiche.

La descrizione degli antefatti ci porterebbe troppo lontano e non certo in alto, bastano i fatti per affermare che ci è stata imposta una scelta poco prudente, poco opportuna e ancor meno efficace nella Istituzione e per la Istituzione, mettendo con spregiudicatezza nel conto uno scontro duro, che non abbiamo mai voluto né praticato, sia prima, sia immediatamente dopo il voto dell'11-12-13 aprile. Ciò che ha lacerato e diviso, non è stato quel voto, ma l'uso che delle parti ne hanno fatto.

Contestazioni garbate nei toni, ma dure nei contenuti. Vuole Presidente essere più esplicito nel merito delle questioni?

Ritengo che questa alleanza che ha portato alla riconferma di Del Barone alla Presidenza della Fnomceo esprima un governo debole e inadeguato alle emergenze che l'Istituzione deve affrontare e cioè:

- la legge di riordino delle professioni e degli Ordini, già in discussione alla Commissione Giustizia del Senato: ci giochiamo in questa partita il nostro futuro di professionisti autonomi e responsabili;
- il pieno riconoscimento agli Ordini Pro-

fessionali di un ruolo di terzietà e di garanzia nel progetto Ecm, ancora rozzo e grezzo, dopo tre anni di semi sperimentazioni e semi ufficialità;

- la questione morale nell'esercizio professionale in rapporto alle pervicaci ed invasive attenzioni dell'industria farmaceutica e bio-tecnologiche; mi preoccupano gli orientamenti governativi oscillanti dal massimalismo giustizialista del decreto anti-truffa, al minimalismo moralista di un manifesto etico;
- il problema del rischio e della tutela professionale che sospinge i professionisti verso la pratica di una medicina difensiva nella quale viene disperso e lacerato il patrimonio di fiducia e rispetto tra medico e cittadino;
- l'esigenza di promuovere sul versante etico, professionale e civile nuovi rapporti tra medico e cittadino, medico e istituzioni sanitarie relativamente alla gestione del diritto alla salute costituzionalmente sancito; in altre parole il tema del Governo Clinico;
- la tutela professionale e deontologica di decine di migliaia di professionisti in formazione specialistica post laurea, confinati nello status giuridico di studenti, senza serie garanzie retributive, previdenziali, normative.

Mi scusi, Presidente, ma devo fermarla perché ho l'impressione che l'elenco sia ancora lungo e devo invece chiederLe come concilia questa esigenza di un Governo forte della Fnomceo con l'iniziativa del ricorso in Commissione Centrale avverso le elezioni di Aprile. Non ritiene che questo aggiunga incertezza ad incertezza, debolezza a debolezza?

La delicata decisione che ha portato Presidenti eletti e non eletti della lista Bianco a formulare il ricorso in Commissione Centrale avverso le elezioni dell'11-12-13 aprile, sulla base delle numerose inadempienze procedurali verificatesi, nasce da alcune considerazioni che si riferiscono alla natura stessa e alle finalità della Fnomceo e degli Ordini Provinciali che sono Istituzioni pubbliche, che svolgono funzioni ausiliarie dello Stato. È stato lacerato e gravemente compromesso quell'insieme di regole democratiche che devono garantire le diversità della nostra professione e l'equilibrato e sereno rapporto, negli Ordini Provinciali e nella Fnomceo, tra la componente medica e odontoiatrica.

Abbiamo visto ingigantirsi e abilmente muoversi logiche di potere che sono andate ben al di là delle legittime vocazioni a prevalere in un confronto, abbiamo registrato che l'unità è bene prezioso, ma da gestire dopo aver vinto, che la pace e la concordia sono quelle che antichi popoli vincitori concedevano ai popoli vinti. I teoremi sul ruolo anomalo dei sindacati sono diventati, in una realtà ben diversa da quella rappresentata, una ideologia sterile e strumentale, che lascia invece ampi spazi ad altre forze, soprattutto esterne, che minano ben più profondamente l'autonomia delle nostre Istituzioni. In

questo contesto, anche il nostro mandato, quello che ci ha affidato la maggioranza del voto medico, ci appare oggi ingestibile e non in grado di corrispondere alle esigenze che lo hanno sostenuto.

In questa situazione, lo scopo ultimo del ricorso è quello di restituire ai Presidenti non solo il diritto di giudicare l'operato di tutti, a cominciare dal nostro, ma soprattutto quello di riconsiderare e rideterminare le basi per un Governo unitario della Fnomceo nel rispetto delle diversità, per immettere nuova forza laddove persiste un'antica debolezza e affermare rinnovate certezze laddove dominano le vecchie incertezze.

Nell'ipotesi che venga accolto il ricorso si dovrà andare a nuove elezioni; considera definitivamente superata la strategia dell'alternanza alla guida della Fnomceo?

A mio avviso, l'esperienza di unità e solidarietà tra mondo dipendente e convenzionato maturata negli spazi separati e distinti degli ordini e dei sindacati, può e deve continuare nella leale e trasparente mediazione dei legittimi interessi in gioco, in ragione delle straordinarie potenzialità di un'alleanza che estende le forze in campo e rende più vicini gli obiettivi comuni di una professione medica, sempre, comunque e dovunque al servizio di una visione equa e solidale, appropriata, efficace e sicura di un diritto inalienabile del cittadino-persona e della collettività.

Presidente, la scelta degli odontoiatri è stata determinata. Questo cambia qualcosa negli Ordini e nella Fnomceo nei rapporti con tale componente?

Anche nei momenti di maggior tensione ed amarezza, abbiamo contestato alla loro scelta e a quella della componente medica minoritaria, non l'illegittimità formale, ma la miopia politica di un accordo che cancellava con imprudenza e con intolleranza l'orientamento di un voto medico inequivocabilmente espresso. In questa svolta decisionista non era prevista e forse non era consentito prevedere dalla neo maggioranza una proposta unitaria alla neo minoranza. No, per quanto mi riguarda non cambierà nulla nei miei rapporti con la componente odontoiatrica nell'Ordine che presiedo, sono splendidi e tali resteranno. Sarò invece più prudente in Comitato Centrale: non mi pento mai di aver dato fiducia una prima volta, farò molta attenzione a darla una seconda volta.

Presidente, ha qualche autocritica da farsi?

Il mondo ordinistico è particolarmente complesso, differenti visioni si mescolano al suo interno disegnando molteplici vocazioni civili e professionali. Forse, per la mia parte, ne ho esemplificato la complessità non tanto rispetto a quanto i Presidenti elettori non desideravano, ma a quanto non ho sufficientemente spiegato loro di voler fare e come lo volevo fare. Tutto il resto che può aver giocato contro, e cioè le mie appartenenze sindacali, le mie visioni sulla e della professione, i

miei orientamenti politici, non è oggetto di autocritiche; questa è la mia identità civile, quella che non cesserò mai di rivendicare e che, insieme a tanti altri, ho messo al servizio di un progetto di unità delle diversità.

Presidente, non crede che, visto i risultati che descrive, questo progetto vada messo nel cassetto?

No, perché potrei anche non essere io la persona giusta né avere guidato la squadra di uomini giusti con le idee giuste ma era ed è sicuramente vera e urgente la necessità di innovare la Fnomceo, di liberarla da antichi pregiudizi, da inveterate rivalità ed ambizioni personali. In modo particolare voglio affermare che restano intatte tutte le motivazioni che ci hanno portato, come ospedalieri, all'impegno negli Ordini e per gli Ordini professionali. Questa vicenda non può né deve allontanare i medici ospedalieri e dipendenti da un'attiva partecipazione nella vita di queste istituzioni.

Allora si continua?

Si, perché, nonostante tutto, non è tramontato il bisogno di mettere "un po' d'Ordine nella nostra professione".

IL COMITATO CENTRALE 2003-2005

PRESIDENTE:	Giuseppe del Barone
VICE PRESIDENTE:	Salvatore Amato
SEGRETARIO:	Massimo Ferrero
TESORIERE:	Francesco Losurdo
CONSIGLIERI:	Amedeo Bianco Luigi Conte Nicolino D'Autilia Vito Gaudiano Guido Marinoni Cosimo Nume Aristide Paci Antonio Panti Lamberto Pressato Giovanni Maria Rigetti
CONSIGLIERI ODONTOIATRI:	Marco Landi, Saverio Orazio Giuseppe Renzo

COLLEGIO DEI REVISORI DEI CONTI

REVISORI EFFETTIVI:	Pier Maria Morresi Fabrizio Cristofari Salvatore Sciacchitano
REVISORE SUPPLENTE:	Bruno Di Iorio

COMMISSIONE PER GLI ISCRITTI ALL'ALBO DEGLI ODONTOIATRI

PRESIDENTE:	Giuseppe Renzo
COMPONENTI:	Massimo Ferrero Raffaele Iandolo Marco Landi Saverio Orazio

DIRIGENZA MEDICA

Il mensile dell'Anaa Assomed

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

direttore
Serafino Zucchelli

direttore responsabile
Silvia Procaccini

comitato di redazione:

Alberto Andrion, Piero Ciccarelli,
Antonio Delvino, Mario Lavecchia

Hanno collaborato:

Arianna Alberti, Eva Antoniotti, Giancarlo Berni,
Alfonso Brescia, Ennio Cadum, Fabio Florianello,
Maria Gullo, Carlo Palermo, Giuseppe Plutino,
Enrico Reginato, Gianluigi Scaffidi, Claudio Testuzza

Sono intervenuti:

Amedeo Bianco, Stefano Inglese,
Laura Pellegrini, Franco Tognolo

Progetto grafico e impaginazione:

Giordano Anzellotti (art director), Daniele Lucia

Abbonamento annuo € 20,66
Prezzo singola copia € 2,50

Editore
Italpromo Esis Publishing

Via del Commercio 36, 00154 Roma
Telefono 065729981 - fax 065729982/2

Registrazione al Tribunale di Milano n.182/2002 del 25.3.2002
Diritto alla riservatezza: "Dirigenza Medica"
garantisce la massima riservatezza dei dati forniti
dagli abbonati nel rispetto della legge 675/96

Stampa: Tecnostampa srl - via Le Brece 60025 Loreto (An)

Finito di stampare nel mese di giugno 2003

TOSCANA

Per costruire l'integrazione tra le strutture sanitarie

Pubblichiamo l'ultima parte dell'analisi del Piano sanitario regionale della Toscana, dedicata all'organizzazione dei dipartimenti ed al riassetto delle strutture di direzione. Le prime due parti sono state pubblicate sui numeri 2/03 e 3/03 di "Dirigenza Medica"

Hanno collaborato: Giancarlo Berni, Alfonso Brescia, Enrico Reginato, Carlo Palermo

Dipartimenti e autonomia professionale

Non è una novità che negli ultimi anni vi sia stato un impressionante impulso all'integrazione delle attività diagnostiche e terapeutiche, che hanno imposto una migliore compenetrazione organizzativa fra le varie strutture sanitarie, nelle quali l'organizzazione piramidale era predominante.

Si è dovuto prendere atto che il percorso del paziente all'interno dell'ospedale è caratterizzato da un tragitto anche fisicamente, ma soprattutto operativamente, orizzontale, caratterizzato da uno scambio costante d'informazioni e prestazioni fra dirigenti appartenenti alle diverse specialità, dove i tempi di connessione devono essere i più veloci possibili ed informali; in tale contesto male si armonizza la precedente struttura piramidale e settorializzata.

La stessa evoluzione del rapporto di lavoro del medico ospedaliero, riconosciuto come dirigente, e, poco dopo, come appartenente ad un unico livello della dirigenza, ne è un visibile testimone.

Tuttavia la riorganizzazione della sanità pubblica per Dipartimenti ancora mantiene difetti e rigidità. Questo genera rallentamenti nel processo sanitario e contestualmente genera frustrazione nei dirigenti, con ripercussioni ovvie sulla qualità del servizio (e quindi sui costi del sistema, argomento che non è di secondario interesse per la Regione Toscana). È interesse sia della Regione sia dell'Anao avere in servizio una fascia di professionisti al massimo livello possibile di preparazione e capacità.

La normativa regionale in vigore ha dato un forte risalto al percorso assistenziale, il quale, tuttavia, partendo dalla presa in carico del paziente da parte del medico di famiglia, si esaurisce, in qualche modo, alla porta dell'ospedale.

È invece il caso di procedere oltre nella definizione del percorso assistenziale stesso, considerata la complessità dei percorsi che il paziente deve seguire proprio una volta entrato nell'ospedale.

Il raggiungimento di tale obiettivo passa attraverso una diversa organizzazione del lavoro, lasciando aperta la possibilità di carriera del medico, intesa come processo di sviluppo che porti tutti i medici al raggiungimento dell'autonomia professionale.

L'introduzione dei cosiddetti "moduli"

se, da un lato, ha consentito a molti dirigenti di ritagliarsi uno spazio professionale autonomo nell'ambito di specialità (endoscopia digestiva per i chirurghi, fisiatria per gli ortopedici e così via) di fatto, ha prodotto una fuga di coloro che erano più avanti nella posizione di carriera all'interno dell'équipe creando ulteriori vuoti professionali nella branca centrale.

Il Dl 229/99, come abbiamo visto, stabilisce il livello unico della dirigenza, ma, ancorché tardivo, continua a non essere riconosciuto a sufficienza.

La Regione, nell'attuale contesto, troverebbe, forse, un ostacolo nel Governo, a modificare lo stato giuridico del personale delle proprie strutture sanitarie, tuttavia non vi sarebbero problemi nell'attuare ipotesi organizzative del lavoro e della progressione professionale più avanzate di quelle attuali.

La modifica della legislazione regionale toscana rappresenta un'occasione da non perdere, per difendere il sistema sanitario pubblico, migliorandone l'efficienza, anche per quanto riguarda i rapporti di lavoro dei dirigenti.

Quello che viene attualmente definito "modello toscano" di sanità pubblica, sarebbe ulteriormente arricchito.

Nel sistema anglosassone (ma anche in altri Paesi come la Francia il metodo è analogo) la progressione di carriera di un medico percorre un iter formativo che lo porta, in tutti i casi, attraverso verifiche lungo il percorso, al raggiungimento del livello di *consultant*.

Questa figura di dirigente ha autonomia professionale ed assume la responsabilità di strutture ed attività paragonabili alle nostre strutture semplici.

A sua volta ha la responsabilità della crescita professionale dei colleghi più giovani.

In relazione al tipo di contratto che stipula con il servizio pubblico, ha la possibilità di svolgere attività professionale privata, all'interno della struttura, o in strutture private esterne.

La direzione organizzativa della struttura è affidata ad un *consultant*, che ha rapporto di lavoro esclusivo con l'ospedale, ma il suo ruolo non può interferire con l'attività professionale degli altri *consultant*.

Ogni dirigente professionalmente autonomo partecipa all'organizzazione della struttura discutendo il proprio budget. Dobbiamo, invece, constatare un atteggiamento dei Dg, generalmente negativo, già sull'assegnazione delle posizioni di struttura semplice. Il numero di queste ultime essendo tenuto volutamente limitato, sempre per le probabili motivazioni sopra descritte, economicistiche ma, talvolta, anche culturali.

Com'è invece noto, il miglior metodo per il contenimento dei costi in sanità, è rappresentato dalla qualità del prodotto. Qualità che, come abbiamo visto, passa attraverso la qualità del lavoro del medico, in tutte le sue accezioni.

Attualmente ci troviamo di fronte, troppo spesso, ad uno spreco di professionalità e di risorse umane, che impediscono una crescita del sistema.

I nuovi assetti istituzionali nelle aziende sanitarie

Il piano approvato dalla Giunta regionale Toscana rappresenta un inno totalmente condivisibile all'integrazione ospedale/territorio. Sotto questa luce, ci appaiono ancora incongrue le proposte di sostanziale frammentazione dei centri decisionali prospettate nel Psr 2002-2004 con la costituzione delle Società della Salute e delle Aree Vaste.

I Dipartimenti di Area Vasta, grazie alla dura battaglia condotta dalle OO.SS. dell'area medica, sono stati riportati, con il protocollo d'intesa firmato il 10/12/2002, al ruolo di coordinamento tecnico, con funzioni alte di "authority" d'indirizzo professionale, culturale e di governo clinico nel settore dell'alta specialità, rimanendo i compiti gestionali e le ricadute organizzative in capo alle aziende sanitarie, riunite nel Comitato di Area Vasta.

A nostro parere la costituzione delle Società della Salute, se non adeguatamente modulata, potrebbe costituire un diaframma gestionale al processo d'integrazione ospedale/territorio disegnato nel piano, con inevitabili conseguenze burocratiche di non coordinamento e di rallentamento dei processi decisionali.

I compiti di gestione dei ricoveri impropri assegnati nel documento al territorio, senza una precisa definizione dei finanziamenti, renderanno quanto meno problematico il raggiungimento di un sostenibile equilibrio di bilancio per questi nuovi organi di gestione sanitaria. Tanto più in rapporto ai contenuti della Legge Finanziaria 2003 che prevede consistenti tagli ai finanziamenti degli

enti locali nel settore socio-sanitario. Solo l'intervento finanziario del privato e la previsione di fondi assicurativi integrativi può realmente assicurare alle costituenti Società della Salute il necessario equilibrio economico nell'attuale fase di sottofinanziamento del Ssn e della spesa socio-sanitaria.

Questo non significa negare un ruolo delle autonomie locali nel settore della sanità, anzi pensiamo che vada rivalutato. Il rischio che noi intravediamo negli attuali assetti istituzionali in campo sanitario è quello di una sorta di spostamento in basso del centro, sostituendo ad un vecchio centralismo, tanti nuovi, più piccoli neocentralismi regionali.

I concetti di sussidiarietà, di responsabilizzazione degli erogatori di spesa che vengono a coincidere con la fonte impositiva, di utile vicinanza dei cittadini alle istituzioni responsabili della sanità, tutti elementi che favoriscono i meccanismi di migliore rappresentanza delle esigenze di controllo democratico, rischiano, poi, di essere svuotati dal potere monocratico dei direttori generali che rispondono politicamente solo all'assessore regionale.

La recente vicenda dei Dipartimenti di Area Vasta, dimostra che la regolazione dei rapporti con i poteri "forti" ed autoreferenziali che si muovono in campo sanitario, rischia di essere condotta sopra la testa dei cittadini, dei loro rappresentanti politici locali e degli stessi direttori generali (Dg) delle Aziende Usl.

L'attuale figura del Dg rispondeva ad un'esigenza iniziale, di tipo commissariale, per l'avvio della riforma prevista dalla L.502/517, dove le esigenze contabili erano preminenti, nel passaggio, rispetto a quelle di tipo strategico sanitario.

Ma il modello di un unico individuo che deve contemporaneamente definire le strategie aziendali, strettamente legate all'analisi dei bisogni sanitari della popolazione assistita dall'Azienda, e contemporaneamente farsi carico della organizzazione del sistema e del suo funzionamento quotidiano ed, ancora, valutare i risultati ottenuti, il modello, dicevamo, è da considerarsi superato.

Data la complessità del sistema, che spesso costituisce, per bilancio e per nume-

segue a pag. 12

UNO STUDIO DELL'ASSR SULL'ASSISTENZA AI NON AUTOSUFFICIENTI

I vantaggi di un Fondo obbligatorio

di Laura Pellegrini* e Franco Toniolo**

L'Agenzia per i servizi sanitari regionali ha elaborato uno studio, su invito del Coordinamento degli Assessori regionali alla sanità, con l'obiettivo di contribuire all'approfondimento del problema relativo alla stima attuale e di prospettiva del numero dei soggetti non autosufficienti e del connesso fabbisogno di assistenza socio-sanitaria, alla individuazione di percorsi praticabili per il finanziamento e per la gestione dei relativi servizi. Integrano lo studio tre articoli descrittivi delle esperienze in atto in alcuni paesi dell'Unione Europea, delle iniziative intraprese dalle Regioni per rafforzare in vario modo le misure assistenziali poste in essere dagli enti locali, degli orientamenti che emergono, in materia, dall'esame delle proposte di legge presentate dai diversi partiti politici, nonché il documento di sintesi della Commissione di studio sulla non autosufficienza costituita dal ministero del Lavoro e politiche sociali e dal ministero della Salute. L'invecchiamento della popolazione ha fatto emergere, come è noto, nuovi problemi per il sistema assistenziale. È cresciuto, infatti, da un lato, il numero delle persone anziane che vivono sole

o per le quali si sono, per varie ragioni, attenuate le possibilità tradizionali di aiuto e sostegno nell'ambito della famiglia; è aumentato, inoltre, il numero delle persone esposte al rischio di perdere la propria autosufficienza. In questo quadro, appare senz'altro necessaria l'integrazione della rete delle strutture residenziali (ancora largamente carente perfino rispetto al fabbisogno stimato nel lontano anno 1988, quando fu finanziata, con la legge 11 marzo 1988, n. 67, "la realizzazione di 140.000 posti in strutture per anziani che non possono essere assistiti a domicilio"); ma risulta soprattutto indispensabile sviluppare migliori servizi di assistenza a domicilio, facendo principalmente leva sul sostegno, non solo economico, alle famiglie. In questa direzione si muovono le politiche avviate nei diversi paesi europei nei quali, pur nella diversità di soluzioni – del resto coerenti con i modelli di welfare esistenti nelle singole realtà – sono ravvisabili le seguenti tendenze: o la riaffermazione dell'importanza primaria della famiglia nell'assistenza ai soggetti non autosufficienti;

o la ridefinizione delle finalità e delle modalità dell'intervento pubblico, che deve superare l'attuale suo ruolo di residualità rispetto all'assistenza familiare e assumere nuove responsabilità di garanzia, sostegno economico, supporto operativo-professionale, controllo; o l'introduzione di meccanismi competitivi e di forme di regolazione contrattuale nei rapporti tra finanziatori, acquirenti e fornitori; o il conferimento di maggiori possibilità di scelta da parte degli utenti tra strumenti di acquisto (assegni di cura o voucher) e servizi forniti dalle strutture pubbliche (assistenza domiciliare, assistenza nelle strutture residenziali). L'esigenza, non più procrastinabile, di affrontare con misure non solo contingenti il problema dell'assistenza alle persone non autosufficienti si scontra sicuramente con le difficoltà dell'attuale congiuntura economica, che richiede il contenimento della spesa sociale in tutti i paesi. Tale circostanza è evidenziata anche nei più recenti documenti internazionali, dove non si manca, tuttavia, di osservare che in tutti i sistemi vi sono margini di

razionalizzazione e di redistribuzione delle disponibilità. Nella Relazione della Commissione delle Comunità Europee sui servizi sanitari e l'assistenza agli anziani del 3 gennaio 2003 (Com 2002 – 774), si richiama la necessità di affrontare il problema in argomento con misure adeguate, in presenza di una necessità divenuta stringente, raccogliendo la triplice sfida di assicurare l'accesso all'assistenza per tutti, un elevato grado di qualità e la sostenibilità finanziaria del proprio sistema. Quanto all'aspetto finanziario si dà atto che alla necessità di risorse sicuramente aggiuntive rispetto a quelle tradizionali della sanità e dei servizi sociali, nei diversi paesi, si fa fronte o con sistemi assicurativi specifici o con il regime della fiscalità generale o anche solo rafforzando i sistemi assistenziali degli enti locali. Nello studio elaborato dall'Agenzia per i servizi sanitari regionali, con riferimento ai bisogni del nostro paese, muovendo da varie stime sul numero dei soggetti da assistere, nel breve e nel lungo periodo, e sui connessi fabbisogni finanziari – calcolati assumendo a riferimento l'ormai sperimentato sistema di assicurazione sociale tedesco – si individuano tre ipotesi di intervento che sembrano praticabili nel contesto del nostro attuale sistema socio-assistenziale:

- l'adeguamento dell'attuale rete di assistenza per gli anziani non autosufficienti, attraverso l'assegnazione di specifiche risorse finanziarie alle Regioni, vincolate allo scopo;
- la promozione di sistemi di assistenza affidati a fondi integrativi;
- l'introduzione di un sistema di assicurazione sociale obbligatoria, imperniato sulle Regioni e sulle Unità sanitarie locali, a gestione separata rispetto alla sanità, secondo il modello tedesco.

La prima ipotesi si basa sulla razionalizzazione dell'attuale sistema assistenziale, caratterizzato da un alto livello di frammentarietà di interventi, di competenza di diverse istituzioni (Stato, Regioni, Unità sanitarie locali, Province, Comuni). È stimato, per tale razionalizzazione, un fabbisogno di 11,010 miliardi di euro, al fine di consentire, in ogni Regione, la costituzione di un fondo, a gestione separata rispetto a quello sanitario, in grado di assicurare livelli uniformi di assistenza ai soggetti non autosufficienti, con prestazioni corrispondenti a quelle erogate nel sistema tedesco per i diversi livelli di disabilità. Dall'importo complessivo stimato di 11,010 miliardi di

Il fondo più "largo"...

Fabbisogno ed aliquote contributive riferite a 1.967.000 soggetti di cui 80% ADI (80% denaro e 20% prestazioni in natura) e 20% assistenza residenziale – 2000 (dati espressi in euro)*

	Fabbisogno	Fabbisogno /PIL** lavoratori attivi	Aliquote contributive %	
			lavoratori attivi + pensionati	
Fabbisogno lordo	13.703.080.322	1,24%	3,72%	2,75%
Fabbisogno al netto della Spesa pubblica***	9.819.840.897,75	0,89%	2,67%	1,97%

... e quello più "stretto"

Fabbisogno ed aliquote contributive riferite a 1.098.000 soggetti di cui 95% ADI (80% denaro e 20% prestazioni in natura) e 5% assistenza residenziale – 2000 (dati espressi in euro)*

	Fabbisogno	Fabbisogno /PIL**	Aliquote contributive %	
			lavoratori attivi	lavoratori attivi + pensionati
Fabbisogno lordo	6.146.263.400	0,55%	1,67%	1,23%
Fabbisogno al netto della Spesa pubblica***	2.263.023.975,75	0,20%	0,61%	0,45%

*Fonte: Elaborazione ASSR su dati Isvap.

**il PIL a prezzi correnti è stato pari, nel periodo considerato, a 1.107.778.873.814 euro.

***CNR: la spesa pubblica per l'assistenza ai non autosufficienti ultrasessantacinquenni è stata stimata, nel 2000, pari a 3.883.239.424 euro.

segue a pag. 12

segue da pag. 10

Per costruire l'integrazione tra le strutture sanitarie

ro di dipendenti, l'azienda più grande della zona, è impossibile che un singolo DG, possa raggiungere risultati adeguati ai bisogni.

Per questi motivi potrebbe essere ragionevole la proposta di affiancare al Direttore Generale un Consiglio di Amministrazione (CdA) ristretto, costituito in numero dispari da 5 o 7 esperti nel campo del funzionamento dei sistemi organizzativi complessi, meglio se con esperienze già maturate in campo sanitario, nominati dai Sindaci e dai Presidenti delle Province. Il CdA avrebbe la funzione di promuovere e vigilare che la gestione dell'azienda sanitaria corrisponda, dalla programmazione, alla progettazione, attuazione e verifica, agli obiettivi delle politiche generali e locali della salute, nonché esercitare un ruolo di garanzia nella gestione delle risorse professionali. Il CdA dovrebbe quindi assumere una chiara funzione di parte terza, di garanzia, di organo che non gestisce né può interferire nella gestione

corrente, salvo intervenire in condizioni di palese scostamento dagli obiettivi concordati, compresi quelli di bilancio o manifesti eccessi di potere nella discrezionalità di gestione delle risorse professionali.

La scelta affidata ai sindaci e ai presidenti delle Province è, sul piano formale e sostanziale, attribuita a figure istituzionali direttamente votate dai cittadini, e utilizza un meccanismo di responsabilità delegata, già vigente per altre aziende tipo quelle comunali o provinciali o altre a partecipazione di questi enti.

Collegio di direzione

Il Collegio di direzione assume un ruolo chiave nella prospettiva di una riorganizzazione aziendale. Con esso vogliamo riproporre il progetto del governo clinico, inteso come modello gestionale ed organizzativo che valorizzi all'interno dell'azienda le risorse professionali e gestionali della dirigenza medica, disponi-

bile a quel ruolo di mediazione sociale, etica, professionale che permetta la costruzione di una sanità possibile e sostenibile. Tutto ciò non può prescindere da un'effettiva possibilità di esprimere in autonomia e responsabilità le proprie indicazioni tecnico-professionali. Chiediamo pertanto che il Collegio di direzione non sia semplicemente un organo consultivo, ma un vero e proprio organo strategico dell'azienda, dove le decisioni aziendali vengono assunte in modo collegiale e dove la voce dei professionisti abbia il peso dovuto nelle scelte di programmazione delle aziende sanitarie.

Se la legge regionale consente la massima libertà ai Dg su come formare questo istituto, (libertà interpretata, nei fatti, nella accezione più ampia: non è stato attuato direttamente), la sua costituzione, per il D.lgs 229/99, ha precisi connotati.

In particolare, oltre al direttore generale e direttore sanitario, è prevista, nella

composizione, la presenza dei capi dipartimento (che in Toscana assumono la denominazione di capi-area), che sono comunque di nomina da parte del DG, per cui sotto molti aspetti privi della necessaria autonomia.

Si nota, quindi, la carenza di componenti che, pur non avendo percorso la carriera classica primaria (da cui provengono i capi area), anche per motivi anagrafici, sono portatori di interessi e contributi diversi, che sono di particolare utilità nella definizione delle strategie aziendali, compito principale del Collegio di direzione (che, appunto, nelle prime versioni, si chiamava "consiglio di direzione strategica").

Alla luce, quindi, della ridefinizione dei rapporti interni aziendali, della progressione professionale, dell'educazione medica continua, dell'utilizzo ottimale della risorsa umana più importante, quella dei dirigenti medici, è indispensabile un contestuale ripensamento della composizione di questo organismo.

segue da pag. 11

I vantaggi di un Fondo obbligatorio

euro va dedotta la somma di 3,883 miliardi di euro, corrispondente all'attuale spesa pubblica per le prestazioni assistenziali agli anziani non autosufficienti, secondo la stima Cnr.

Ovviamente, qualora le risorse complessivamente disponibili fossero di entità più contenuta rispetto alla stima ottimale di 11,010 miliardi di euro, dovrebbe essere diminuita l'entità degli interventi assistenziali, nelle tre fattispecie delle prestazioni in denaro, delle prestazioni in natura e dell'assistenza residenziale, eventualmente anche in misura diversa in funzione delle differenti condizioni socio-economiche delle famiglie.

A differenza dell'attuale sistema, il nuovo avrebbe, comunque, caratteristiche di universalità e comporterebbe quindi l'erogazione delle prestazioni a tutti i soggetti non autosufficienti, prescindendo da ogni considerazione di reddito.

Al provvedimento di ammissione al trattamento assistenziale, dovrebbe, insomma, conseguire l'insorgenza di un diritto soggettivo alle prestazioni, giuridicamente tutelabile come nelle assimilabili fattispecie delle pensioni di invalidità o delle rendite vitalizie per infortuni sul lavoro e malattie professionali.

Una tale configurazione sicuramente favorirebbe la previsione di forme di finanziamento di tipo fiscale o parafiscale, ivi compreso l'eventuale trasferimento di risorse o quote di contribuzione dall'area della previdenza a quella della sanità.

La gestione dell'assistenza dovrebbe fare capo alle Unità sanitarie locali, sulla base del criterio (che saggiamente è stato assunto nel sistema tedesco) di individuare un unico soggetto erogatore

tanto per le prestazioni sanitarie che per quelle socio-sanitarie, al fine di prevenire elementi di disfunzione e conflitti di competenza.

La seconda ipotesi formulata si basa sulla promozione di sistemi di assistenza affidati ai fondi integrativi.

Lo studio effettuato dall'Agenzia ricorda, in proposito, che l'attuale disciplina, introdotta dal decreto legislativo n. 229 del 1999, prende in considerazione tre possibili ambiti di operatività dei fondi integrativi del Servizio sanitario nazionale:

- il primo si riferisce a prestazioni aggiuntive non comprese nei livelli essenziali ed uniformi di assistenza e con questo comunque integrate, erogate da professionisti e da strutture accreditate;
- il secondo riguarda la quota a carico dell'assistito per le prestazioni erogate dal Servizio sanitario nazionale, comprese nei suddetti livelli, nonché gli oneri per l'accesso alle prestazioni erogate in regime di libera professione intramuraria e per la fruizione di servizi alberghieri;
- il terzo, infine, ricomprende le prestazioni socio-sanitarie rese in strutture accreditate residenziali e semi-residenziali o in forma domiciliare, per la quota posta a carico dell'assistito.

Poiché le Regioni e gli Enti locali sono annoverati tra i soggetti che possono promuovere la costituzione dei fondi integrativi, lo studio sottolinea come vi sia un ampio spazio di iniziativa delle predette istituzioni, che potrebbero anche prevedere di concorrere alla gestione dei fondi con proprie risorse finalizzate alla copertura delle quote contributive dei soggetti non abbienti.

Si sottolinea, però, che il limite più rile-

vante del sistema dei fondi integrativi è costituito dalla volontarietà dell'adesione, il che potrebbe comportare difficoltà insormontabili all'equilibrio finanziario della gestione, anche se i fondi stabilissero, come sarebbe necessario comunque, di farsi carico dell'assistenza, in caso di inabilità, nei confronti di tutti gli iscritti e quindi anche dei soggetti giovani. È ben nota, infatti, la scarsa propensione delle persone in età più giovane a farsi carico volontariamente di problematiche, quali la non autosufficienza, che sono inevitabilmente avvertite con minore immediatezza rispetto ad altri bisogni.

L'ultima ipotesi presa in considerazione riguarda la costituzione di un fondo obbligatorio autonomo, finalizzato alla copertura del rischio di non autosufficienza, secondo il modello tedesco.

La giustificazione logica per uno schema di tipo obbligatorio si fonda sulla considerazione che mediante tale impostazione si consegue l'accumulo delle risorse necessarie sin dalle fasce di età più giovani. Inoltre, la costituzione di un fondo autonomo, implicando un collegamento più diretto tra contributi e prestazioni, dovrebbe risultare più ben accetto ai contribuenti rispetto ad un aumento generico della tassazione generale.

Lo studio dell'Agenzia sviluppa, in proposito, muovendo da varie ipotesi di fabbisogno finanziario correlate a differenti livelli di prestazioni, una serie di calcoli circa le aliquote contributive applicabili, ipotizzando un sistema di contribuzione applicato sia alle retribuzioni di lavoro dipendente, che ai redditi di lavoro autonomo e ai trattamenti pensionistici.

Per quanto concerne l'opzione organizzativa viene espresso, infine, l'avviso che debbano essere le medesime Unità sanitarie locali a gestire l'attività propria del fondo obbligatorio autonomo, tramite l'articolazione territoriale già esistente, il medesimo personale amministrativo e gli stessi sportelli.

Le analisi effettuate dall'Agenzia sul problema dell'assistenza ai soggetti non autosufficienti delineano più opzioni, con vari livelli di adeguatezza rispetto ai bisogni attuali e a quelli che si manifesteranno in prospettiva.

Le scelte possibili sono, ovviamente, correlate alle risorse che possono essere rese disponibili, sia che si pratichi la soluzione del finanziamento attraverso la fiscalità generale, sia che si ricorra al meccanismo dell'assicurazione facoltativa fiscalmente agevolata ovvero a quello, da preferirsi, dell'assicurazione obbligatoria. Il dibattito attorno al problema dell'assistenza alle persone non autosufficienti, aperto ormai da qualche anno, vede in questa fase particolarmente impegnati i diversi livelli istituzionali competenti: il Parlamento con le proposte di legge dei vari gruppi politici, il Governo con lo studio elaborato dalla Commissione di esperti composta da rappresentanti del ministero del Lavoro e politiche sociali e del ministero della Salute, in vista di una propria iniziativa legislativa, le Regioni con varie iniziative legislative. È, perciò, da ritenere che ci si stia avviando verso il varo di soluzioni concrete, nella linea delle positive esperienze già in atto negli altri paesi europei che presentano le medesime necessità.

* Direttore dell'Assr

** Presidente dell'Assr

IL PUNTO

Medici sull'orlo di una crisi di nervi, soluzione? La pensione

di Alberto Andrion

Prendere a prestito il titolo di un film di discreto successo per parafrasare il crescente stato di disaffezione e disagio che pervade le corsie e i reparti degli ospedali potrebbe risultare a molti azzardato. In realtà, le cose stanno proprio così. Chiunque di noi vive tutti i giorni la vita di ospedale, o comunque dei servizi sanitari territoriali, sa bene che uno dei discorsi più frequenti, per lo meno al bar o alla mensa aziendale, riguarda il "non ce la faccio più" e come immediato corollario il periodo di anni che si hanno ancora davanti prima di poter andare in pensione, "finestre" permettendo. Si tratta, come al solito, del solito vizio italiano di piangersi addosso o della ben radicata scarsa propensione latina a proseguire l'attività lavorativa per l'eternità? Assolutamente no. Dopo aver adottato a modello il Servizio sanitario nazionale britannico, stiamo imparando dagli inglesi anche questi comportamenti, diretta conseguenza della "managed competition". In breve, come riporta con maggiori dettagli la notizia che compare in questa pagina, l'invecchiamento del personale del Ssn del Regno Unito è ormai un processo inarrestabile con i seguenti risultati: dal 1970 (inizio della "riforma") i giovani si sono ridotti del 30%, un infermiere su cinque è ultracinquantenne e un quarto dei medici vorrebbe andare in pensione prima dei 60 anni. Come sappiamo, gli anglosassoni sono pragmatici. Hanno probabilmente pensato di risolvere il problema con una politica di assunzione di "forze fresche"? No. Pensano di "trattenere il personale più anziano e con più esperienza". Chi ha detto che l'Italia rischia di perdere il treno dell'Europa?

UK

Nhs: poche "new entries" e troppi prepensionamenti in vista

Sempre più vecchio il personale del Nhs, il sistema sanitario britannico. Sono circa 150mila, su un totale di un milione, i dipendenti dai cinquant'anni in su, idonei quindi a un pensionamento anticipato. Rispetto al 1986 il personale giovane del Nhs, tra i 16 e i 24 anni, sarebbe diminuito del 30 per cento per le donne e del 26 per cento per gli uomini. Il fenomeno aggrava la crisi di un sistema sanitario già a corto di staff medico e paramedico e - secondo il rapporto del comitato di esperti indipendente King's Fund, pubblicato il dicembre scorso - "è ormai indispensabile adottare delle misure idonee a far slittare almeno il 15 per cento dei prepensionamenti entro il prossimo decennio" ad esempio "politiche di lavoro più flessibili e nuove intese sulle pensioni capaci di trattenere il personale più anziano e con più esperienza." L'effetto demografico è più acuto tra gli infermieri, un quinto dei quali è ultracinquantenne. Il Royal College of Nursing ha stimato che nella prima metà del 2001 c'era carenza di 22mila infermieri. La situazione è preoccupante anche per quanto riguarda i medici. Secondo le stime del ministero della Salute, sempre nello stesso periodo erano 670 i posti vacanti per *consultant*, i medici specialisti ospedalieri, e 1200 nel 2000 quelli per *general practitioner*, i medici di famiglia anglosassoni. A ciò si aggiunga che circa i due terzi dei medici di base di origine asiatica, arrivati nel Regno Unito negli anni Sessanta, andrà in pensione entro il 2007, lasciando alcune aree a corto di un medico su 4. Da un'indagine della British Medical Association, condotta a livello nazionale su 23mila medici di famiglia, emerge che un medico su quattro è intenzionato ad andare in pensione tra i 55 e i 57 anni e che l'80% comunque vorrebbe chiedere il pensionamento a 60 anni se non prima. I motivi risiedono in un'insoddisfazione e disillusione generalizzate, nella sensazione di non riuscire a offrire un buon servizio senza fare gli straordinari; una scelta, dicono i medici, in cui pesano anche gli infortuni e i danni alla salute legati alla professione. Il rapporto del King's Fund raccomanda vengano adottate strategie del tipo di quelle applicate anche in settori come la vendita e la finanza, e cioè: assunzioni mirate, formazione continua, permessi retribuiti, flessibilità nel pensionamento e opzioni pensionistiche, corsi specifici che a metà carriera pianifichino il percorso lavorativo. Le risorse umane sono la linfa vitale del sistema sanitario, ammonisce il rapporto, e la capacità di saperle scegliere e non lasciarle sfuggire deve diventare una priorità assoluta in agenda.

USA

Consultabile online il numero di interventi chirurgici di medici e ospedali nello Stato di N.Y.

Sul sito www.medicalconsumers.org del Center for Medical Consumers di New York - cliccando sulla scritta "More is Better" (*Più è Meglio: l'esperienza degli ospedali e dei chirurghi dello Stato di New York nel 2001*) - si potranno avere informazioni sul volume di interventi (circa 44 tipi di procedure per lo più chirurgiche) eseguiti da un certo medico e da un determinato ospedale nello Stato di New York, e si potrà così sapere quali medici e centri ne hanno eseguite più di 30 nel corso del 2001.

Le informazioni disponibili sul sito internet, centinaia di migliaia di casi, si basano sui dati del ministero della Salute dello Stato di New York (che conta 19milioni di residenti e circa 260 ospedali per acuti), a cui ospedali e strutture accreditate per la chirurgia ambulatoriale sono tenute a trasmettere le informazioni relative a ogni paziente dimesso.

Per molti anni il ministero della Salute, incalzato dalle azioni giudiziarie intentate dalla stampa, ha fornito i dati sugli *outcome* relativi alla chirurgia per bypass coronarico e più recentemente all'angioplastica coronarica. C'è da dire comunque che attualmente lo Stato di New York è uno dei pochi insieme a Pennsylvania, Virginia e California a destinare alla raccolta di questi dati risorse cospicue consentendo il pubblico accesso a ogni informazione relativa alle performance sanitarie.

Il Centro non profit newyorkese, però, in questo rapporto non fornisce i dati sulle performance ma rende noto agli utenti il possibile collegamento tra un migliore esito e un alto volume di interventi chirurgici "come dimostra un crescente numero di pubblicazioni scientifiche relativamente a diverse condizioni cliniche e interventi, come la chirurgia cardiaca, i tumori e le terapie per l'Aids". Anche se specifica che "l'alto volume di interventi non è garanzia di una performance di alta qualità" e che i dati relativi ad esami come la colonscopia possono essere indicativi in quanto tutti i dati riportati riguardano gli ospedali e le strutture accreditate per la chirurgia mentre questo tipo di indagini può essere effettuato anche negli studi professionali, per cui un medico potrebbe averne eseguite un numero ben maggiore.

Gli ospedali e i medici poi non vengono classificati in base al volume degli interventi eseguiti proprio perché ciò "potrebbe far supporre che il primo ospedale o medico in elenco, cioè quello cui è riferito il più alto volume di interventi, sia il migliore in assoluto, e che il secondo sia il secondo migliore e così via". Comunque - si legge nel prospetto informativo - "l'esperienza dimostra che gli ospedali dovrebbero effettuare annualmente un minimo di 200 interventi di bypass cardiaco per raggiungere un buon *outcome*" e consiglia agli utenti di "chiedere ai medici quante volte hanno eseguito un determinato intervento nell'anno passato e di confrontare quel numero con le cifre fornite dal rapporto per poi farsi spiegare dal medico una differenza significativa".

"Se la buona scienza ci dice che c'è una soglia minima di interventi da effettuare per ottenere buoni risultati, ciò non può essere ignorato" afferma Arthur A. Levin, direttore del Center for Medical Consumers aggiungendo che i comitati ospedalieri, che definiscono quali interventi i medici possano eseguire, dovrebbero vagliare se far proseguire l'attività chirurgica a quei medici che eseguono solo uno o due interventi di un certo tipo all'anno. Levin suggerisce inoltre che il settore pubblico emetta una sorta di certificazione di idoneità che consenta di offrire determinati servizi solo a quegli ospedali e a quei medici che effettuano un certo numero di interventi.

EU

L'orario di guardia dei medici potrebbe rientrare nella direttiva europea sull'orario di lavoro

Le ore che i medici trascorrono in ospedale in servizio di "guardia", anche nel caso in cui non siano chiamati ad intervenire per trattamenti diagnostico-terapeutici, potrebbero tra breve essere conteggiate come parte integrante dell'orario di lavoro. Questo principio infatti potrebbe rientrare nella normativa europea se verrà accolta l'opinione espressa dal massimo consigliere giuridico della Corte di Giustizia europea, l'avvocato generale Damaso Ruiz-Jarabo.

La legislazione europea sull'orario di lavoro prevede vengano soddisfatte tre condizioni perché le ore trascorse in servizio rientrino nell'orario di lavoro: gli impiegati devono rimanere sul posto di lavoro, essere a disposizione ed essere disponibili a svolgere le loro mansioni.

L'opinione dell'avvocato generale (il cui ruolo è quello di consigliare i giudici della Suprema Corte delle Comunità europee) è che l'attività svolta dai medici durante il servizio di guardia medica intraospedaliera, nonostante non sia paragonabile per intensità e portata a quella svolta nel normale orario di lavoro, non possa venir considerata come periodo di riposo, specialmente quando all'impiegato non viene garantito un minimo di ore di riposo continuato.

Il caso su cui si è espresso Ruiz-Jarabo riguarda un medico tedesco che prestava servizio di guardia sei volte al mese presso un ospedale, con turni tra le 16 e le 25 ore, durante i quali doveva rimanere in ospedale, con un posto letto a disposizione. Per questa attività gli veniva riconosciuto del tempo libero e una retribuzione extra. La Corte, che usualmente, anche se non sempre, segue il parere dell'avvocato generale, dovrebbe pronunciarsi entro l'estate. Vi è anche un altro caso, sempre tedesco, pendente avanti la Corte di Lussemburgo che riguarda la normativa sull'orario di lavoro. Questa volta ai giudici è stato chiesto di definire lo status del personale dei servizi di ambulanza durante i periodi di inattività in attesa di chiamata.

FISCO & PREVIDENZA

Ddl delega: dove va la previdenza?

È in genere l'estate la stagione durante la quale, forse perché a corto di altri argomenti, la questione pensioni diventa il centro dell'attenzione dei politici in vacanza e dei giornali festaioli.

Ma si sa non esistono più le stagioni certe.

Per cui, quest'anno, di pensioni si parla, a proposito ed a sproposito, anche in primavera.

Le pensioni sono un tema vitale. Riguardano il futuro dei singoli, ma anche delle risorse di un paese ed il problema non può essere sottaciuto.

Dopo ben tre riforme in pochi anni, "Amato", "Dini", "Prodi", la questione ha avuto un'ulteriore iniziativa a fine 2001, con il disegno di legge delega presentato dal Governo, in cui vengono indicate alcune direttive che dovrebbero essere, poi, trasformate in ordinamenti, mediante decreti legislativi. La legge delega contiene alcune proposizioni importanti:

- la certificazione dei diritti maturati, cioè la condizione di tempi ed importi, presenti al momento del raggiungimento del diritto a pensione, anche per coloro che decidessero di rinviare l'uscita dal mondo del lavoro;
- la possibilità di incentivi, fiscali e previdenziali, per chi volesse restare più a lungo in servizio;
- migliori condizioni per l'utilizzo nei fondi pensione delle quote, future, del trattamento di fine servizio;
- e per favorire l'occupazione una riduzione della contribuzione previdenziale per i nuovi assunti.

Un testo discusso a lungo con i sindacati e che in quella sede ci è sembrato abbastanza equilibrato perché non poneva in essere interventi che avrebbero potuto creare problemi come il passaggio, per tutti, al nuovo sistema di calcolo pensionistico "contributivo", meno favorevole dell'attuale sistema "retributivo"; ed inoltre l'introduzione di disincentivi per coloro che dovessero decidere di andare in pensione anticipata o d'anzianità. Ma sulle pensioni non si può essere mai sicuri.

Infatti mentre il testo di disegno di legge delega langue in Parlamento, da più parti si parla di cambiamenti di quanto già concordato in precedenza.

Dobbiamo riconoscere, doverosamente, che chi, invece, insiste a mantenere la rotta indicata diciotto mesi fa, è proprio il ministro del Lavoro, Maroni, che ha sempre dimostrato, accanto a doti di signorile rispetto delle opinioni altrui, coerenza su quanto già concordato.

Ma altri parlano "a ruota libera", creando, in un settore così delicato, apprensione ed incertezza soprattutto in coloro che sono prossimi o hanno già raggiunto i requisiti minimi per il pensionamento. Il Presidente del Consiglio parla di una "Maastricht delle pensioni", prevedendo cambiamenti strutturali per il nostro sistema, ma sotto l'ombrello dell'Europa al fine di non rivivere la letale (sua) caduta del 1994. Economisti, di varia competenza, "tuttologi", insignitisi dei gradi di esperto, fanno calcoli e proiezioni nere, per il futuro. Ipotesi e slogan vanno a braccetto, con il risultato che la confusione aumenta. Ci si mette anche il Ministro della salute, che per far rimanere qualche "amico" più a lun-

go, infischiosene che esiste un disegno di legge generale sul problema, propone l'allungamento della vita lavorativa dei primari – chissà perché solamente per loro?! – sino addirittura a 72 anni.

Per non incorrere nelle stesse presunzioni di tanti, ci siamo sempre limitati ad indicare dei percorsi possibili.

Intanto abbiamo fiducia nei termini proposti dalla delega e nel Ministro del lavoro. Per cui sui dati di fatto esistenti non ci sembra possano esistere preoccupazioni immediate. Tuttavia se questo nostro auspicio non fosse realizzato dobbiamo considerare i punti di ricaduta possibili.

Il passaggio al contributivo, anche per coloro che nel 1995 possedevano almeno 18 anni di contribuzione, non potrà che riguardare il futuro. Una sua retroattività appare legislativamente impraticabile, per cui i più anziani non ne avranno effetti significativamente riduttivi sui trattamenti, anche se posticipati di alcuni anni.

Per i più giovani, e quelli che nel sistema contributivo vi sono già, il problema va affrontato, rapidamente, creando le condizioni per una specifica previdenza integrativa, retta dalla categoria stessa, che garantisca un reddito aggiuntivo al trattamento, magro, delle future pensioni. E questo è precipuo compito dei sindacati e delle organizzazioni di categoria. In questa condizione di discreta sicurezza per l'immediato futuro pensionistico, pensiamo, possa ricadere anche il trattamento di fine servizio, che non dovrebbe subire alterazioni significative, mentre per i giovani potrà essere utilizzato a favore della pensione integrativa (fondi).

Dove il dubbio appare, invece, più preoccupante è nella proposta che aleggia costantemente dei cosiddetti "disincentivi". Cioè della riduzione dei trattamenti previdenziali previsti, qualora si attivi un pensionamento anticipato d'anzianità. Questo, nonostante la delega preveda la certificazione del diritto acquisito, almeno per coloro che abbiano raggiunto i limiti minimi, è possibile che venga attivato. In fondo è quello che Berlusconi aveva previsto nel 1994.

E che con un incremento dei requisiti d'età e/o di contribuzione, previsti attualmente, potrebbe significare una condizione estremamente negativa per molti. D'altronde è su questo che puntano le "cassandre" del futuro pensionistico, visto che trovano difficoltà a chiedere l'eliminazione fisica dei pensionati d'anzianità!

Questa possibile condizione, tuttavia a nostro avviso, non è un argomento tecnico ma un indirizzo politico, e come tale va valutato. Non crediamo che le confederazioni sindacali possano assistervi inerti, ed anche alcuni partiti della stessa maggioranza non ne condividono i contenuti.

Ma questo non potrà bastare se la situazione economica generale dovesse ulteriormente peggiorare. Salvaguardati i "furbi" con i condoni e gli scudi fiscali e quant'altro ci si è inventati per recuperare denaro, questa volta saranno gli altri a pagarne le conseguenze.

A noi resta l'impegno di vigilare ed intervenire perché questo non avvenga.

Claudio Testuzza

GIURISPRUDENZA *sentenze e ordinanze*

Consiglio di Stato

Legittimi i tetti di spesa per i centri accreditati.

Le censure di una struttura sanitaria accreditata dirette ad eliminare il tetto di spesa, sono infondate. Lo ha affermato il Consiglio di Stato con la Sentenza n. 2253/2003, respingendo il ricorso in appello del titolare di uno studio radiologico contro il provvedimento con cui la Asl, adottando una delibera della Regione Puglia, aveva determinato i tetti di spesa da destinare per l'anno 2002, alle prestazioni specialistiche ambulatoriali in regime di accreditamento.

Il ricorrente chiedeva l'eliminazione del tetto di spesa.

"I tetti di spesa sono in sé legittimi" – afferma Palazzo Spada – aggiungendo che "il soggetto accreditato, a differenza delle strutture pubbliche, non ha obbligo di rendere le prestazioni agli assistiti oltre il tetto preventivato", fermo restando che questo possa "essere diversamente ripartito e tutt'al più integrato quando vi siano risorse disponibili". Ciò non può quindi significare, obbligo di spesa illimitata e vanificazione del tetto di spesa.

Rischio radiologico: indennità riconosciuta a tutti gli operatori
L'indennità per il pericolo di "radiazioni" istituita con la legge

416/1968, oggi soppressa, spetta interamente non solo al personale medico e tecnico di radiologia, ma anche ai dipendenti delle Asl, non adibiti specificatamente ai gabinetti di radiologia o ai relativi reparti. Lo ha ribadito il Consiglio di Stato con la sentenza n. 2575/2003.

Palazzo Spada, dopo aver ricordato le precedenti decisioni in materia (ed in particolare la sentenza della Corte Costituzionale 343/1992, che aveva stabilito la spettanza dell'indennità a favore di tutti i dipendenti che "siano sottoposti in modo continuativo a radiazioni ionizzanti"), ha accolto la domanda di annullamento dei provvedimenti di esclusione varati dall'Azienda Ospedalie-

ra, anche perché gli stessi operatori avevano dichiarato di aver percepito in passato l'indennità. L'Amministrazione, del resto, non può limitarsi a contrapporre "la mancata prova di presupposti – nella fattispecie il grado e l'effettività dell'esposizione a rischio radiologico – di cui le compete l'accertamento".

Spetterà all'Azienda, dunque, eseguire la decisione dei giudici, provvedendo a ripristinare l'indennità per il periodo in cui era stata negata, o di procedere a nuovo accertamento quando non sussista il presupposto precedentemente indicato, una volta accertato dalla commissione competente il rischio, e verificato che nel frattempo non siano mutate le mansioni.

SANITÀ PRIVATA

I doveri dei medici nell'ospedalità privata accreditata

Il "Titolo IV" del contratto nazionale di lavoro 1998/2001 dei medici dipendenti degli ospedali privati accreditati prende in considerazione "i doveri del personale medico" nel corso di ben quattro articoli, dal 9 al 12.

Per comprendere di cosa si tratti è necessario farne una breve analisi.

Il "comportamento in servizio" (articolo 9) sottolinea le "particolari esigenze della assistenza sanitaria" con il medico che "deve improntare il proprio contegno al rispetto ed alla comprensione del malato, ispirandosi ai principi della solidarietà umana e subordinando ogni propria azione alla consapevole necessità e responsabilità della sua prestazione". Deve altresì "attenersi alle disposizioni che vengono impartite dall'Amministrazione e dal direttore sanitario... nel rispetto del codice deontologico, delle norme del presente contratto e del regolamento interno".

"Ritardi ed assenze" è l'oggetto dell'articolo 10 che nel rammentare che il "Medico è tenuto ad osservare il proprio orario di lavoro rilevato da sistemi obiettivi di controllo stabiliti dall'amministrazione, unici ed uguali per tutti", sancisce che i "ritardi devono essere giustificati e comportano la perdita dell'importo della retribuzione corrispondente al ritardo stesso". A meno che oltre ad essere giustificati non siano anche "occasionali ed eccezionali".

E all'ultimo comma: "l'assenza arbitraria ed ingiustificata che superi i 3 giorni consecutivi è considerata mancanza gravissima".

Il "codice disciplinare" costituisce l'argomento del lunghissimo articolo 11, certamente il più lungo in assoluto del Contratto e forse tra i più lunghi dell'intera materia contrattuale sanitaria.

Nell'esordire prevedendo che l'adozione dei provvedimenti disciplinari vengono presi dalle amministrazioni in conformità della legge 300/1970, viene anzitutto

esplicitata la tempistica nella rilevazione della contestazione e successivi provvedimenti: 30 giorni per la contestazione disciplinare, 5 giorni per inviare le proprie deduzioni da parte del lavoratore, 30 giorni per l'adozione del provvedimento disciplinare, sospensione del termine di 30 giorni nel caso in cui il dipendente richieda di essere ascoltato di persona unitamente al rappresentante sindacale cui conferisce mandato, ulteriori 30 giorni a partire dalla data in cui le parti si sono incontrate.

Si passa quindi alla classificazione dei "provvedimenti disciplinari": richiamo verbale, richiamo scritto, multa non superiore all'importo di 4 ore di retribuzione, sospensione dal lavoro e dalla retribuzione per un periodo non superiore a 10 giorni. Ma "nel rispetto del principio di gradualità e proporzionalità della sanzione" il tipo e l'entità della stessa è determinata in relazione ai seguenti "criteri generali": intenzionalità del comportamento, grado di negligenza, rilevanza degli obblighi violati, responsabilità connesse alla qualifica, grado di danno o pericolo anche potenziale causato all'amministrazione, sussistenza di circostanze aggravanti o attenuanti.

Seguono 12 esempi di "gravità della mancanza". Dal non presentarsi al lavoro, al ritardato inizio o cessazione anticipata. Dalla negligenza o irregolarità nell'espletamento dei compiti assegnati al non attenersi alle disposizioni terapeutiche impartite e alle "indicazioni educative". Dalla omissione nella registrazione della presenza secondo le modalità stabilite, alla insubordinazione nei confronti dei superiori gerarchici. Dal contegno scorretto alla violazione del segreto professionale. Dal mancato rispetto delle metodologie sanitarie e delle direttive assegnate alla équipes, alla modifica discrezionale delle terapie prescritte dal responsabile.

Dagli atti che possano arrecare pregiudizio all'economia, all'ordine e all'immagine della struttura, alla omissione nella comunicazione dei dati personali anche temporanei. Dalla trascuratezza nell'esporsi in modo visibile il cartellino identificativo, agli atti o comportamenti lesivi della dignità della persona nei confronti di altro personale.

Seguono ulteriori 15 esempi in cui è consentito il licenziamento "per giusta causa o giustificato motivo".

Si parte dai casi sopra enunciati "qualora le infrazioni abbiano carattere di particolare gravità" per proseguire con l'assenza ingiustificata ripetuta 3 volte in un anno (in un giorno precedente o seguente alle festività o ferie), con la recidiva di qualsiasi mancanza, l'assenza per simulazione accertata di malattia, la introduzione di persone estranee alla struttura senza giustificazione, l'abbandono del posto di lavoro, la falsificazione del registro presenze, l'uso dell'impiego a fini personali, la violazione del segreto professionale e per qualsiasi atto che abbia prodotto grave danno ad un infermo, alla amministrazione o a terzi, la tolleranza di abusi commessi da dipendenti di cui si sia venuti a conoscenza, la mancata comunicazione di situazioni di incompatibilità professionali, l'indirizzare pazienti verso altra struttura e l'attività denigratoria nei confronti della struttura stessa. Ed infine il compiere infrazioni alla legge sulla detenzione e uso di stupefacenti, gli atti contrari alla pubblica decenza, le attività concorrenziali.

"La predetta elencazione ha carattere esemplificativo e non esaustivo dei danni che possono dar luogo alla adozione del provvedimento di licenziamento".... "procedendo dapprima ad una sospensione cautelare con un assegno alimentare non superiore alla metà dello stipendio". L'articolo 12, dedicato ai "licenziamenti

individuali" conclude in poche righe riferendo della "applicazione di norme e procedure fissate dalle leggi in vigore".

A differenza di quest'ultimo che rimanda correttamente alla normativa vigente, non credo siano necessarie molte parole di commento alla impostazione, al linguaggio ed elencazioni descritte negli altri tre articoli. I medici ben conoscono le particolari esigenze della assistenza sanitaria, che al primo posto vi è il rispetto del malato, che la solidarietà umana e la responsabilità della prestazione sono concetti posti alla base della professione, sia essa medicina generale, sia specialistica, sia ospedaliera. Concetti sentiti come vincolanti per chi esercita la professione medica e non certo superabili da eventuali "disposizioni" interne o impartite dalle Amministrazioni.

Ma è evidente la tentazione (simil-inquisitoria) insita in questa parte del contratto di negare al medico la peculiarità della sua professione, assimilandolo ad un dipendente qualsiasi, a cui impartire regole, regolamenti, norme, da sottoporre a controlli e a cui infliggere "sanzioni e multe".

Il medico non è diverso dagli altri dipendenti. Ma a garanzia delle sue prestazioni e diversamente da altre categorie professionali si è dato precise norme di comportamento, un codice di deontologia medica (aggiornato nell'ottobre del 1998 dal Consiglio nazionale della Fnomceo) vale a dire un corpus di regole di autodisciplina predeterminate e condivise dagli iscritti all'Ordine che a quelle norme devono adeguare la loro condotta professionale. Ed insieme vi è, comunque, tutto il complesso della normativa vigente, penale e civile.

Tutto il resto è pleonastico e privo di significato soprattutto ai fini di una normativa contrattuale.

Fabio Florianello

MEDICI IN PENSIONE

La reversibilità anche al coniuge divorziato

Le aspettative pensionistiche del coniuge divorziato sono regolate dall'articolo 9 della L.898/70, come modificato dalla legge 74/87. Questa norma attribuisce al coniuge divorziato, in caso di morte del coniuge, obbligato al pagamento dell'assegno di divorzio, il diritto di percepire la pensione di reversibilità.

In particolare il coniuge divorziato ha diritto di percepire la pensione di reversibilità nella sua totalità oppure una quota di essa nel caso in cui, dopo il divorzio, l'ex coniuge (deceduto) abbia contratto nuovo matrimonio con persona anch'essa avente i requisiti per la pensione di reversibilità.

La legge stabilisce alcuni precisi presupposti ai quali il diritto del coniuge divorziato è subordinato: egli deve essere titolare di assegno di divorzio; non deve essere passato a nuove nozze; il rapporto di lavoro da cui il trattamento pensionistico trae origine non deve essere successivo alla sentenza di divorzio.

L'assegno del coniuge divorziato deve essere effettivamente previsto nella sentenza di divorzio.

Non è sufficiente, infatti, che il diritto esista in astratto (anche se a volte è stato deciso il contrario della giurisprudenza) ma è necessario che il coniuge divorziato abbia avuto il proprio diritto all'assegno accertato giudizialmente.

In ogni caso il procedimento di divorzio non deve essersi concluso con l'attribuzione di una

somma una tantum sostitutiva dell'assegno. La legge infatti dispone che, nell'ipotesi in cui il versamento dell'assegno di divorzio avvenga in un'unica soluzione, "non può essere proposta alcuna successiva domanda di contenuto economico", quindi neppure la richiesta di pensione.

Nel caso in cui il coniuge divorziato sia chiamato a concorrere con un coniuge superstite il diritto alla pensione è limitato ad una sua quota, attribuita dal tribunale "tenendo conto della durata del rapporto".

Dopo ampie discussioni la giurisprudenza ha deciso che per "durata del rapporto" si intende tutto il periodo in cui i coniugi sono stati legati dal vincolo matrimoniale (compreso quindi il periodo di separazione legale) e non solo quello effettiva convivenza.

Quanto al criterio temporale non era chiaro se esso dovesse considerarsi esclusivo; ciò fino a quando la Corte costituzionale, con sentenza n. 419/99, ha precisato che tale criterio non può considerarsi esclusivo ed automatico per il giudice e la Cassazione, in seguito, ha ulteriormente precisato che anche per la ripartizione della pensione tra l'ex coniuge divorziato e il coniuge superstite devono essere utilizzati gli stessi criteri adottati per l'attribuzione dell'assegno di divorzio. Ciò significa che si debbono valutare anche le condizioni economiche di entrambe le parti ed il loro stato di bisogno.

Claudio Testuzza

I MEDICI, I VETERINARI
E I DIRIGENTI SANITARI
DEL SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE



**HANNO
SCIOPERATO IL 4 GIUGNO**

PER DIFENDERE
IL LORO LAVORO

E PER FAR CRESCERE
I DIRITTI
DEI CITTADINI

Siamo ancora noi:

• CHE ASPETTIAMO LA COMPLETA APPLICAZIONE DEL CONTRATTO SCADUTO DA PIÙ DI 16 MESI • CHE NON ABBIAMO ANCORA COMINCIATO A DISCUTERE QUELLO NUOVO • CHE SIAMO SENZA I FINANZIAMENTI PER FARLO • CHE SUBIAMO DA ANNI CONTINUI TENTATIVI DI RIDUZIONE DEI DIRITTI CHE CI SONO RICONOSCIUTI DALLA LEGGE • CHE SOPPERIAMO QUOTIDIANAMENTE CON SENSO DI RESPONSABILITÀ ALLA POLITICA DI RAZIONAMENTO NELLA SANITÀ • CHE RINCORRIAMO LE INDICAZIONI DIVERGENTI E CONTRADDITTORIE DEL MINISTRO DELLA SALUTE E DELLE REGIONI • CHE CI AGGIORNIAMO SOLTANTO A NOSTRE SPESE • CHE LAVORIAMO SPESSO COME PRECARI ASPETTANDO IL RICONOSCIMENTO DI UN RUOLO PROFESSIONALE.

Siamo ancora noi che garantiamo
l'attività degli ospedali e dei servizi
sanitari territoriali e della prevenzione.

ANAAO ASSOMED - CIVEMP (Sivemp-Simet) -
FESMED (Acoi-Anmco-Aogoi-Sumi-Sedi-Femepa-Anmdo) -
SNABI SDS (Dirigenti Sanitari) - UMSPED (Aaroi-Aipac-Snr)