

TESI CONGRESSUALI

ELEMENTI DI DISCUSSIONE PER I CONGRESSI REGIONALI

a cura dei gruppi di lavoro AnaaO Assomed

aprile 2010

INDICE

pag.

IL SSN: DINAMICHE ISTITUZIONALI ED ECONOMICHE	3
Il contesto federalista e la sostenibilità finanziaria L'aziendalizzazione della Sanità e la governance delle aziende	
IL MEDICO DIPENDENTE TRA RIFORME E CONTRORIFORME	12
Il pubblico impiego riformato: categoria speciale o specificità di una categoria Il nuovo volto dei contratti di lavoro Modelli organizzativi tra vecchio e nuovo La rivoluzione di genere: criticità e prospettive Il precariato medico	
LA CRISI DELLA DOMINANZA MEDICA: DAL DISAGIO AD UN NUOVO PROFESSIONALISMO	45
UNIVERSITÀ E SSN	50
La formazione del medico (quantità e qualità di un ruolo professionale)	
LA PREVIDENZA DEI MEDICI	55
I MEDICI ITALIANI E L'EUROPA	60

IL SSN: DINAMICHE ISTITUZIONALI ED ECONOMICHE

Il contesto federalista
e la sostenibilità finanziaria

a cura di

Domenico Iscaro

Gianluigi Scaffidi

L'aziendalizzazione della Sanità
e la governance delle aziende

a cura di

Gabriele Gallone

Costantino Troise

aprile 2010

IL CONTESTO FEDERALISTA E LA SOSTENIBILITÀ FINANZIARIA

A cura di **Domenico Iscaro, Gianluigi Scaffidi**

L'ATTUALE CONTESTO LEGISLATIVO IN SANITA'

Il fondamento legislativo del federalismo fiscale è fissato dall'art. 119 della Costituzione secondo il quale le Regioni e gli Enti Locali sono dotati di autonomia finanziaria di entrata e di spesa e godono di risorse autonome rappresentate da tributi ed entrate proprie, da compartecipazioni al gettito di tributi erariali riferibili al proprio territorio, da trasferimenti perequativi e da un apposito fondo di perequazione per i territori con minore capacità fiscale. L'insieme di queste risorse deve consentire alle Regioni di finanziare integralmente le funzioni pubbliche a loro attribuite.

Il percorso legislativo di attuazione del dettato costituzionale si avvia con il Dlgs 56/2000 che si pone come punto di arrivo di un decentramento che è iniziato a partire dai primi anni 90 ed è finalizzato ad ottenere una più ampia autonomia degli enti territoriali, pur prevedendo nello stesso tempo una stretta collaborazione con lo Stato centrale. Con l'approvazione del decreto 56/2000 a decorrere dal 2001 cessano i trasferimenti erariali in forma vincolata dallo Stato alle Regioni e viene abolito il Fondo Sanitario Nazionale. I trasferimenti erariali soppressi sono compensati con altre forme di finanziamento quali l'aumento dell'addizionale Irpef, dall'aumento della compartecipazione regionale all'accisa della benzina, dall'istituzione della compartecipazione regionale all'Iva. Viene inoltre istituito il fondo perequativo nazionale con l'obiettivo di annullare le evidenti sperequazioni socio-economiche e garantire a tutte le Regioni la copertura del proprio fabbisogno per l'assistenza sanitaria.

Tuttavia negli anni seguenti, nonostante i cospicui aumenti del finanziamento del Servizio Sanitario Nazionale, si registrano continui e notevoli disavanzi che smentiscono regolarmente le previsioni del fabbisogno sanitario. Inoltre l'introduzione di rigidi vincoli di spesa negli accordi Stato-Regioni 2000 e 2001 e l'emanazione di una serie di provvedimenti accentrati di governo della spesa contenuti nelle leggi finanziarie del 2003 e del 2004, sommati ad un complesso iter

procedurale per la definizione della ripartizione dei finanziamenti, rendono difficile una efficace applicazione del decreto legislativo 56/2000. Il governo a causa delle proteste delle Regioni del Sud per la insufficiente copertura del fabbisogno sanitario e in seguito ai numerosi ricorsi presentati dalle Regioni alla Corte Costituzionale nel 2004 è quindi costretto a sospendere l'applicazione del Dlgs 56/2000.

In attesa di una nuova legge sul federalismo fiscale, che sarà approvata solo nel maggio del 2009, secondo il modello emergente dalla legge 56/2000 e dal successivo accordo Stato-Regioni del 2001, al Governo ed al Ministero della Salute è affidato il compito di fissare i LEA e alle Regioni è affidata la responsabilità di assicurare la loro erogazione. Secondo questo modello lo stato definisce annualmente l'ammontare delle risorse necessarie per finanziare i LEA ed in accordo con le Regioni definisce la loro allocazione tra le stesse Regioni. La modalità di finanziamento dei LEA avviene attraverso la ripartizione del FSN in base alla quota capitaria, "pesata" secondo i seguenti criteri: popolazione residente per età e per sesso, frequenza dei consumi sanitari per livello di assistenza, età e sesso, tassi di mortalità della popolazione, indicatori epidemiologici territoriali, indicatori utili a definire i bisogni territoriali della popolazione con particolari correzioni per specifiche realtà regionali, mobilità sanitaria interregionale.

A sette anni di distanza dall'approvazione del Dlgs 56/2000 varie criticità sono emerse dalla applicazione di questo modello di finanziamento.

- 1) Non è ancora risolta la storica differenza tra la stima del fabbisogno e l'effettiva spesa sanitaria di ciascuna regione con il conseguente accumulo di disavanzi principalmente concentrati in alcune regioni.
- 2) Ancora non è stato definito un effettivo pacchetto di prestazioni da inserire nei LEA.
- 3) Il meccanismo di allocazione delle risorse è ridotto ad una semplice negoziazione politica tra le Regioni e non è ancora stata trovata una modalità condivisa di ripartizione dei finanziamenti in grado di fornire risposte ai bisogni prioritari espressi dalla popolazione indipendentemente dalla regione di appartenenza.
- 4) Si è realizzata negli anni una progressiva divaricazione tra le Regioni, soprattutto tra quelle Nord e quelle del Sud, in termini di modelli

organizzativi e di governance, e di modelli di giustizia distributiva della allocazione delle risorse.

LA SPESA SANITARIA

La spesa sanitaria pubblica del nostro Paese è sempre stata inferiore ai valori medi di spesa degli altri paesi europei sia come spesa sanitaria procapite sia come incidenza percentuale sul prodotto interno lordo. Solo Spagna, Portogallo e Grecia registrano una spesa inferiore a quella italiana pur considerando che l'incidenza percentuale degli anziani, che costituiscono per impatto complessivo sul sistema la più importate voce di spesa, risulta più elevata di tutti i paesi posti a confronto. L'andamento della spesa sanitaria pubblica nel decennio 1999-2009, pur essendo stati i costi sostenuti per la gestione del SSN sistematicamente superiori alle risorse disponibili, registra un netto incremento in valori correnti che passano da 63,3 miliardi di euro del 1999 a 108,9 miliardi di euro del 2008, pari ad un aumento del 72%, con un tasso di crescita medio annuo pari al 6,4% circa, passando dal 5,2 al 6,9% di incidenza sul Pil. Un incremento di spesa che si rivela sistematicamente maggiore della crescita percentuale del prodotto interno lordo. Nel decennio di riferimento il SSN ha accumulato un disavanzo complessivo di 40.1 miliardi di euro a cui hanno contribuito in modo differenziato le varie Regioni. Infatti il Lazio, la Campania e la Sicilia da sole hanno prodotto il 65% del disavanzo complessivo che, se si limita l'analisi dei risultati al solo 2008, sale al 73,7% dell'intero disavanzo nazionale. Incidenza che sale al 89,7% se si considerano anche la Puglia, e la Calabria. Al contrario molte Regioni grazie ad interventi di ristrutturazione organizzativa ed istituzionale hanno progressivamente azzerato i loro disavanzi, che nei primi anni del periodo indicato erano stati abbastanza consistenti, e otto Regioni nel 2008 hanno chiuso il loro bilancio in pareggio. Un elemento di riflessione che pone interrogativi sulla organizzazione dei Servizi Sanitari Regionali (SSR) è dato dal fatto che le Regioni che hanno registrato il maggiore disavanzo non sono quelle che registrano i maggiori livelli di spesa. Basti pensare che Sicilia e Campania, che insieme nel 2008 hanno contribuito al 25% del disavanzo complessivo, sono le Regioni nelle quali la spesa sanitaria procapite relativa al 2008 è più bassa di tutte le altre ed inferiore alla media nazionale, rispettivamente 1.747 e 1.718 euro a fronte di una

media di 1.827 euro pro capite. Queste differenze, se considerate in rapporto ad alcuni indicatori quali il prodotto interno lordo procapite e l'incidenza percentuale degli anziani, pongono interrogativi sulla struttura stessa della organizzazione del SSR, in particolare sul sistema dell'offerta e sui criteri di allocazione delle risorse. Se si considera infatti la correlazione tra spesa sanitaria e prodotto interno lordo pro capite, questa risulta piuttosto debole con comportamenti in controtendenza rispetto al principio che chi più è ricco maggiormente spende in servizi sanitari. Infatti in Molise la spesa procapite è superiore al prodotto interno lordo pro capite ed al contrario in Veneto e Lombardia la spesa sanitaria è inferiore al valore medio nazionale pur essendo maggiore il prodotto interno lordo procapite rispetto al valore medio nazionale. Per quanto concerne il rapporto tra spesa sanitaria ed incidenza percentuale di anziani i dati dimostrano che in alcune regioni (Lazio, Molise, Valle d'Aosta e le province autonome di Trento e Bolzano), la spesa sanitaria pro capite è maggiore rispetto a quella prevedibile in rapporto alla incidenza percentuale di anziani residenti. Questi dati dimostrano che la quantità delle risorse impegnate nelle diverse Regioni per rispondere ai bisogni sanitari della popolazione è del tutto indipendente dalla intensità di quei bisogni, ma che la spesa sanitaria risente fortemente delle caratteristiche di organizzazione del sistema di offerta.

PIANI DI RIENTRO

I piani di rientro dal debito si sono resi necessari in presenza di governi regionali spesso inadeguati, soprattutto nell'area centro-meridionale, ed hanno come obiettivo primario il risanamento del cosiddetto debito pregresso emerso in numerose Regioni italiane, ma anche il tentativo di arrestare il formarsi dei ricorrenti disavanzi annuali a fronte di una spesa storica che ha sempre premiato chi spendeva di più, indipendentemente dalla qualità dei servizi offerti. A partire dal 2004 una serie di interventi legislativi (Leggi Finanziarie 2005, 2006 e 2007, nuovo Patto di stabilità Stato-Regioni 23 marzo 2005 e Patto della Salute del 28 settembre 2006) l'accesso al finanziamento a carico dello Stato è subordinato alla stipula di una specifica intesa tra Stato e Regioni che prevede, ai fini del contenimento della dinamica dei costi, il rispetto degli obblighi di programmazione e misure di

intervento strutturali. Con l'accordo Stato-Regioni del 23 marzo 2005 è stata identificata una soglia di scostamento tra finanziamento e spesa pari al 7% (diventata del 5% con il Patto della Salute 2010-2012) oltre la quale le Regioni sono affiancate nella loro gestione autonoma dal Governo centrale, attraverso il Ministero dell'economia e della Salute, al fine di condizionare il ripiano dei deficit accumulati con attuazione di piani di rientro dal debito. A tal fine la legge 296/2006 (finanziaria 2007) ha previsto un fondo transitorio di 1 miliardo di euro per il 2007, 0,85 miliardi per il 2008 e 0,7 miliardi per il 2009 da ripartirsi tra le Regioni con i più forti disavanzi (Liguria, Lazio, Abruzzo, Molise, Campania, Sicilia, Sardegna), condizionandone l'accesso alla sottoscrizione di un piano che deve contenere sia le misure di riequilibrio nella erogazione dei LEA, sia le misure necessarie all'azzeramento del disavanzo entro il 2010. Inoltre l'accesso al fondo transitorio presuppone l'innalzamento automatico ai livelli massimi dell'addizionale Irpef e della aliquota Irap. In caso di mancato raggiungimento degli obiettivi del piano è previsto un ulteriore innalzamento di tali aliquote anche oltre il livello massimo fino alla integrale copertura dei mancati obiettivi. Le Regioni sottoposte ai piani di rientro saranno obbligate ad interventi di ristrutturazione del SSR mirati al governo dei principali fattori di spesa quali l'abbattimento degli standard di posti letto e del tasso di ospedalizzazione, la spesa farmaceutica, il costo del personale e la spesa per l'acquisto di beni e servizi. Dovranno inoltre attivare tetti di spesa per le prestazioni delle strutture convenzionate e sistemi di controllo della appropriatezza prescrittiva dei medici. Le Regioni soggette a piani di rientro saranno sottoposte ad affiancamento dei ministeri della salute e dell'economia, con l'obbligo di preventiva approvazione di tutti gli atti regionali di spesa e programmazione sanitaria.

La applicazione dei piani di rientro nelle cinque regioni (Lazio, Campania, Sicilia, Abruzzo e Molise) con Asl e ospedali in extradeficit oltre ad avere provocato, per la inadeguatezza di alcune scelte di politica sanitaria o per la opposizione di forti lobby private (vedi il Lazio), forti contrasti tra gli operatori del SSN e profonde lacerazioni nel tessuto assistenziale, rischia di trasformarsi in un clamoroso fallimento. Secondo un rapporto della Corte dei Conti (gennaio 2010) i disavanzi delle

cinque Regioni soggette ai piani di rientro che dal 2001 al 2005 ammontano a 23,6 miliardi di euro e per i quali lo stato è già intervenuto con finanziamenti di 9 miliardi di euro, difficilmente potranno essere recuperati entro il termine stabilito del 2010. Inoltre la Corte esprime un parere negativo circa la scelta di nominare in qualità di commissario ad acta lo stesso governatore regionale.

FEDERALISMO FISCALE

La legge n. 42 del 5 maggio 2009 "delega al governo in materia di federalismo fiscale" delega il governo a adottare entro 24 mesi dei decreti attuativi in materia di federalismo fiscale, secondo quanto dettato dall'art. 119 della Costituzione, improntati ad alcuni principi fondamentali che sono: Piena autonomia di entrata e di spesa di ogni livello di governo, attribuzione di risorse autonome per Regioni ed Enti, determinazione del costo e fabbisogno standard, superamento graduale della spesa storica a favore del fabbisogno standard e della perequazione per capacità fiscale. La legge definisce inoltre le risorse con le quali gli enti periferici dovranno esercitare la loro azione di governo: tributi propri derivati istituiti dallo Stato il cui gettito è attribuito alle regioni, aliquote di compartecipazione riservate alle regioni, tributi propri istituiti dalle Regioni con proprie leggi, trasferimenti perequativi.

Pur se affermata la piena autonomia di spesa tuttavia le Regioni dovranno garantire il finanziamento integrale dei "livelli essenziali delle prestazioni concernenti i diritti civili e sociali (sanità, assistenza, istruzione) che devono essere garantiti in modo uniforme su tutto il territorio nazionale". La novità che la Legge impone è che questi fabbisogni di spesa saranno misurati non più prendendo come riferimento la spesa storica ma nel rispetto di costi standard, assegnando quindi alle Regioni fondi sufficienti per erogare prestazioni sanitarie a costi predefiniti. Per costo standard si intende quello che valorizzando l'efficienza e l'efficacia costituisce l'indicatore di riferimento a cui comparare e valutare la spesa pubblica. Resta ancora da definire un problema di assoluta importanza per le sorti dei Servizi Sanitari Regionali ossia se i costi standard debbano intendersi come i costi efficienti a cui presta i servizi la Regione più virtuosa, a cui devono fare riferimento le altre Regioni, affidando

al fondo perequativo il compito di compensare le differenze di ricchezza esistenti tra le varie Regioni o se il costo standard debba prevedere in modo analitico i singoli costi per tutte le prestazioni e le procedure, definendo la esatta quantità dei fattori produttivi necessari per la produzione dei servizi. Le perplessità ed i dubbi sono legati al concetto stesso di costo standard che va bene nella produzione industriale quando si tratta di uno stesso prodotto. In questo caso è possibile definire il costo di riferimento per la sua produzione nelle migliori condizioni di efficienza. Ma in Sanità non è possibile avere la produzione di uno stesso servizio in quanto non esiste la omogeneità del prodotto o servizio. Basti pensare la differenza esistente tra costo di erogazione di una prestazione e costo di produzione. Infatti se il costo di produzione di una prestazione efficiente coincide con il costo standard fissato, ma questa prestazione viene erogata in modo inappropriato o in quantità anche appropriata, ma elevata per la specificità della domanda territoriale (elevato numero di anziani a cui la prestazione è rivolta) si avrà un eccesso di spesa anche in coerenza con il costo prefissato.

RIFLESSIONI CONCLUSIVE

Anche alla luce delle diverse esperienze europee rimane ancora una questione aperta stabilire se il decentramento delle funzioni di governo accresca o riduca il livello di efficienza e di equità di un sistema sanitario poiché in definitiva tutto dipende dal particolare contesto sociale di riferimento, dal grado di ricchezza esistente e dai modelli di finanziamento dei diversi livelli di governo. Tuttavia non si può ignorare che in genere i sistemi centralizzati assorbono un minor volume di risorse ed assicurano una migliore tutela della salute rispetto a quelli decentrati il cui punto debole è rappresentato proprio dalle differenze strutturali e quindi dalla disomogeneità dei servizi con l'effetto di una incontrollata duplicazione delle prestazioni e di un incremento dei costi di produzione. Secondo alcune teorie sarebbe più economico e vantaggioso attribuire ad un unico livello di governo la organizzazione del servizio sanitario su tutto il territorio nazionale piuttosto che dividerlo in pezzi tra le singole amministrazioni locali. Per altri studiosi al contrario sarebbe preferibile affidare agli enti periferici la organizzazione dei servizi e la responsabilità di spesa per meglio recepire i

bisogni di salute del cittadino, ricorrendo a forme di compensazione distributiva in presenza di squilibri tra le diverse aree geografiche del paese. Considerando la realtà istituzionale dell'Italia, le dimensioni delle Regioni e le forti sperequazioni della ricchezza e della capacità produttiva locale è immaginabile un forte impatto del federalismo fiscale sulla equità del sistema sanitario. Inoltre ad aumentare le preoccupazioni si deve constatare che fino ad oggi non si è ancora annullata la sistematica sottostima del fabbisogno rispetto alla spesa sanitaria, con il conseguente accumulo di disavanzi, e che resta tuttora attuale la domanda se nel nostro Paese la spesa sanitaria è troppo elevata o se invece le risorse economiche destinate alla tutela della salute sono insufficienti rispetto alle reali necessità.



L'AZIENDALIZZAZIONE DELLA SANITÀ E LA GOVERNANCE DELLE AZIENDE

A cura di **Gabriele Gallone, Costantino Troise**

Quando si parla di clinical governance delle aziende sanitarie si intende qualcosa di molto diverso dal termine più vicino della lingua italiana ovvero "governo clinico".

Sebbene non esista una traduzione che esprima il concetto anglosassone, la clinical governance rappresenta la modalità con cui una organizzazione sanitaria gestisce i processi per il raggiungimento degli obiettivi di qualità delle prestazioni definiti dalla politica sanitaria (nazionale e regionale). Invece il "governo delle attività cliniche" (termine presente nel testo unificato di modifica legislativa all'esame del parlamento) si riferisce essenzialmente alle modalità di gestione delle aziende sanitarie, accezione quindi ben diversa dalla prima.

Malgrado ciò, il termine di governo clinico è entrato ormai nel linguaggio comune per descrivere il complesso sistema di interazioni all'interno delle organizzazioni sanitarie in cui gli "stakeholder" possono influenzare e indirizzare le scelte gestionali dei responsabili della politica sanitaria.

LE AZIENDE SANITARIE

La riforma del 1992 per ovviare all'eccesso di potere gestionale affidato dalla legge 833 ad organismi politici di nomina comunale (i Comitati di Gestione delle USL) scelse di trasferire alle Regioni le competenze normative, organizzative e gestionali in materia sanitaria. Tale soluzione ha aperto la strada, in molte realtà, ad un neocentralismo regionale riducendo ad un ruolo marginale la conferenza dei sindaci, organo politico cui è demandato, di fatto e di diritto, il compito di fissare gli indirizzi delle ASL e di indicare gli obiettivi da raggiungere nel quadro delle indicazioni strategiche del PSR. Non a caso oggi da più parti si propongono gli enti locali come organi politici di mediazione tra i bisogni dei cittadini, le aziende sanitarie e gli assessori regionali, soluzione fisiologica a livello territoriale per favorire anche le sinergie con le attività socio assistenziali che fanno istituzionalmente capo ai Comuni. Il nodo reale rimane il difficile tentativo di coniugare i bisogni delle comunità locali, che partecipano alla programmazione sanitaria e con

varie modalità ai processi decisionali, con la responsabilità economica delle scelte derivate.

Il Decreto legislativo 502/92 introdusse anche un nuovo modello organizzativo-gestionale.

A distanza di 15 anni la natura giuridica delle Aziende Sanitarie appare ancora incerta mentre sono nati nuovi soggetti istituzionali, quali i Consorzi di "area vasta", le Aziende Integrate introdotte dal DLgs 517/99, le Fondazioni per trasformazione di Aziende IRCSS o creazione di nuovi soggetti giuridici, anche in rapporto con il privato. Alla base dello sviluppo di tali iniziative di ingegneria istituzionale c'è non solo l'illusione di vedere nelle riforme di sistema la risposta per eccellenza a tutti i problemi di funzionamento ma anche la crescente pressione per un ritorno degli enti locali ad un ruolo nel settore sanitario e la volontà di sviluppare forme di collaborazione strutturale tra soggetti pubblici e privati. Ad oggi in questo ambito emerge una grande eterogeneità di obiettivi, di formule istituzionali, di soluzioni organizzative, mentre i risultati non sembrano univoci. Il processo di aziendalizzazione del sistema sanitario, non privo di ambiguità sia semantiche che sostanziali, è stato inteso soprattutto come recupero della dimensione economica insita nelle prestazioni sanitarie. Le Aziende Sanitarie appaiono tendenzialmente indifferenti al loro finalismo istituzionale, scarsamente orientate verso la dimensione della efficacia e della appropriatezza, scontando la marginalità della componente professionale medica priva di un coinvolgimento operativo nei percorsi gestionali. Prevale l'interpretazione di chi pensa solo a riportare in pareggio i bilanci mentre nell'impianto organizzativo e funzionale si sono evidenziati elementi discutibili o largamente insufficienti, a cominciare dall'assetto direzionale. Un organo monocratico, un Direttore generale, vera e propria figura di "governatore" inviato dalla Giunta regionale, è responsabile, di fatto, della strategia aziendale e di tutte le funzioni successive d'organizzazione, di gestione, e di verifica. Compito francamente improbo. E se ne vedono, infatti, i risultati in molte realtà. L'anomalia del modello aziendale è palese.

Chiudere i bilanci quanto più possibile vicino al pareggio appare il mandato principale di chi non ha particolari responsabilità politiche di lunga durata nei confronti del territorio che va ad amministrare. Tagliare tutto quello che costa, compresi i diritti.

IL MEDICO DIPENDENTE-DIRIGENTE

In questo contesto lo status giuridico del medico del SSN rappresenta un ossimoro peculiare: dipendente e dirigente, sia per la propria natura intrinseca di interprete imperfetto, ma unico dei bisogni di salute dei cittadini, sia per il trasferimento di delega della proprietà in quanto gestore di risorse anche ingenti. In tutti i medici sia pure con grado e intensità differente sono presenti i due ruoli essendo la responsabilità gestionale insita in ogni atto medico per la valenza delle risorse impiegate. Ogni scelta clinica comporta una decisione etica ed economica ed il medico è responsabile di entrambe.

A tale profilo di dirigente è collegata non solo una dimensione professionale, ma anche una di responsabilità nella gestione quotidiana e strategica delle risorse per coniugare efficacia clinica ed efficienza gestionale senza che, però, siano previste forme di partecipazione alla progettazione ed alla gestione di modelli organizzativi ed operativi aziendali.

L'esperienza di questi anni ha però dimostrato che una politica di contenimento dei costi che non voglia ridurre qualità, accessibilità ed equità del sistema sanitario, richiede una modifica delle procedure cliniche e quindi del comportamento dei medici, anche per evitare meccanismi opportunistici e distorsivi connaturati nel sistema di finanziamento e nella stessa cultura aziendalistica. Obiettivi di questa portata non possono cioè essere affidati ai puri meccanismi aziendali di efficienza gestionale, anche ove questi venissero impiegati al meglio, e questo è il caso meno frequente, non potendo prescindere dalle competenze e dalle professionalità dei medici.

IL GOVERNO CLINICO

E' questo il senso vero del governo clinico.

Una prima fase del processo di aziendalizzazione avviato nel 1992 è ormai giunta al capolinea insieme con l'illusione manageriale e politica di poter semplificare la complessità del nostro mondo con una sostanziale povertà di strumenti concettuali, del tutto insufficienti, come il disastro dei conti dimostra, anche a realizzare quelli che dovrebbero essere gli scopi aziendali.

Una seconda fase di tale processo deve partire dal riconoscimento che anche la efficienza e la ottimizzazione dei costi scaturiscono dalla

applicazione di conoscenze e valori professionali di diretta derivazione clinica, arrestando un trend aziendalistico che con invadenza e prosopopea limita gli spazi di libertà clinica.

In sostanza, oggi non si può eludere la progettazione di un sistema che ricostruisca i valori di appartenenza alla professione, riconoscendone la sostanziale autonomia come presupposto della responsabilità dirigenziale del medico e superando la dicotomia tra cultura professionale e modello organizzativo. La dirigenza medica, cioè, non può essere ridotta a macchina banale cui affidare semplici mansioni esecutive pratiche che non interferiscano con i livelli gestionali né la aziendalizzazione può sottrarsi alla necessità di reclutare le intelligenze professionali riducendo la incertezza cognitiva circa gli obiettivi ed i processi gestionali. Non potrà esserci una maxi azienda con mini medici.

L'esercizio di un ruolo di governo da parte dei professionisti richiede cooperazioni stabili e coordinate sul piano della promozione e valutazione delle attività sanitarie e della formazione permanente; il coinvolgimento diretto nella definizione degli obiettivi di qualità del servizio e nella valutazione degli esiti; la valorizzazione prioritaria dei percorsi clinico assistenziali integrati, delle linee guida, delle procedure di sicurezza di pazienti e di operatori, della ricerca applicata e delle innovazioni gestionali ed organizzative; il sistematico utilizzo di audit qualificati preposti alla valutazione della qualità percepita dei servizi resi; la implementazione di una cultura dell'errore come elemento di auto apprendimento dei professionisti in una ottica proattiva.

Ma è anche necessario che in un siffatto processo di valorizzazione della qualità degli atti professionali si pensi al ruolo e alle funzioni degli organi collegiali che rappresentando la categoria all'interno delle Aziende devono costituire un fondamentale luogo di confronto delle scelte strategiche aziendali (Collegio di direzione, Consiglio dei sanitari, Comitato di Dipartimento). Appare assai dubbio che in una struttura sanitaria il ruolo del Collegio di direzione possa fungere da contrappeso alla direzione generale in quanto la stragrande maggioranza (se non in alcuni casi la totalità) dei componenti sono Direttori di dipartimento nominati dallo stesso Direttore Generale, anche se in alcune Regioni è stato introdotto un meccanismo elettivo da parte del

Comitato di Dipartimento. L'intento di determinare una composizione non interamente riconducibile alle scelte del Direttore Generale può essere soddisfatto anche introducendo una quota elettiva accanto ai componenti di diritto o restringendo il potere di nomina del Direttore Generale all'interno di una terna proposta dal Comitato di Dipartimento. Una composizione puramente elettiva rischierebbe, invece, di attribuire ad un organo dell'Azienda una mera funzione di rappresentanza degli interessi dei dipendenti slegata da ruoli, funzioni e competenze.

La situazione è anche più grave nelle Aziende Integrate laddove i Direttori dei Dai rispondono sia al Rettore che al Direttore Generale. In queste Aziende la composizione del Collegio non garantisce nemmeno la proporzionalità della componente ospedaliera e di quella universitaria in relazione alle rispettive dotazioni organiche.

Questa mancanza di alterità inficia l'obiettività dei giudizi e delle opinioni nonché i comportamenti che i componenti del collegio possono esprimere. Se vogliamo fare un paragone con un consiglio di amministrazione di una istituzione finanziaria o di una azienda di medie-grandi dimensioni, i vari componenti di quest'ultimo rappresentano istanze e interessi precisi e sono completamente indipendenti dall'amministratore delegato. Né va sottovalutata la opportunità di configurare tale funzione come incarico a tempo pieno.

L'individuazione del Collegio di Direzione tra gli organi della Azienda Sanitaria, prevista da molte Regioni, non ha modificato la situazione in quanto la funzione di "organo" non è stata sostanziata di competenze che non possono limitarsi alla pura riproposizione di quanto previsto dall'art.17 del Dlgs 502/1992. I pareri obbligatori, alcuni dei quali potrebbero anche avere carattere vincolante, devono essere espressi anche su materie quali le strategie aziendali inerenti la qualità clinica, inclusa la valutazione degli indici di performance, i provvedimenti di bilancio preventivo e consuntivo, l'Atto Aziendale ed i provvedimenti di organizzazione del personale, la programmazione aziendale della formazione. Il Collegio di Direzione potrebbe esprimere altresì il proprio "gradimento", a carattere non vincolante, sulla relazione programmatica del Direttore Generale al momento del suo insediamento e sulla proposta di nomina del Direttore Sanitario.

Se poi consideriamo il destino di un altro organo consultivo, quale il Consiglio dei sanitari, non possiamo che riconoscerne il fallimento totale in quanto esso si è ridotto ad un mero "spettatore" di decisioni già prese su cui la possibilità di incidere è praticamente nulla. Il ruolo del Consiglio dei Sanitari, organismo elettivo dell'Azienda sanitaria quale sede di rappresentanza delle professioni sanitarie e soggetto di consultazione della Direzione Aziendale sulle materie attinenti l'organizzazione del lavoro, necessita di essere riformulato.

Il Dipartimento, quale modello ordinario di organizzazione e gestione delle Aziende sanitarie è la articolazione organizzativa dei livelli e dei compiti della governance clinica.

Per quanto istituito più per adesione formale alla normativa che per scelta di sistema, esso modifica i tradizionali assetti gerarchici e organizzativi delle "Divisioni" mutando i parametri di giudizio ed i simboli stessi del potere medico. Quale macrostruttura gestionale è, però, ancora scarsamente autonoma, spesso disomogenea e qualche volta prona a interessi spartitori per svariati interessi. Una vera autonomia gestionale finalizzata alla appropriatezza e all'efficienza richiede una modifica dei confini tra unità operative gestionalmente affini. Gli stessi comitati di dipartimento non sono in grado molte volte di incidere positivamente sui processi organizzativi per la precisa volontà delle direzioni generali che non intendono cedere scelte strategiche ad altri attori del sistema, ma anche per uno scarso interesse dei medici componenti anche laddove siano stati attivati meccanismi elettivi.

La responsabilizzazione sui costi, la gestione del budget, l'autonomia della gestione del personale diventano così chimere che nel nostro paese hanno fondamentalmente ridotto una parte non indifferente dei dipartimenti ad un ruolo connesso ad una maggiore retribuzione senza oneri e rischi gestionali specifici nella assunzione di precise responsabilità manageriali.

La governance anglosassone è quindi ancora troppo sbilanciata verso l'eccessivo potere delle direzioni generali che in alcuni casi risultano anche poco aderenti alle direttive degli organi politico-amministrativi sovraordinati.

Se sono migliorati alcuni risultati organizzativi e cresciuti la responsabilizzazione individuale dei professionisti e il lavoro di squadra con un occhio attento all'economia, c'è ancora molto da lavorare

sul fronte delle priorità strategiche e della misurazione dei risultati. In sanità l'economicità di gestione conta infatti solo se accompagnata dall'efficienza e dalla qualità delle prestazioni erogate

Le aziende presentano ancora un limitato allineamento dei professionisti circa le priorità strategiche né appaiono in grado di impostare un sistema oggettivo di valutazione del raggiungimento degli obiettivi professionali.

A prevalere su tutto rimane ancora la razionalizzazione delle risorse finanziarie e umane, mentre l'innovazione clinica, intesa come attenzione alla individuazione di percorsi diagnostico-terapeutici, alla continuità assistenziale, al miglioramento del governo clinico, alla appropriatezza prescrittiva, alle dimissioni protette' con approdo all'assistenza a domicilio, risulta quasi irrilevante.

La specificità della produzione assicurata necessita di strumenti interni di riconoscimento delle criticità e delle opportunità di sviluppo per individuare il migliore assetto possibile e la direzione del cambiamento nonché di un vero bilanciamento dei poteri soprattutto su scelte prettamente sanitarie che pongano l'attenzione non solo ai costi ma anche e soprattutto alla appropriatezza delle prestazioni, al risk management, alla medicina basata sulle evidenze.

Da una parte i diversi livelli di governo devono riconoscere che senza fare leva su contenuti e motivazioni professionali è difficile trovare legittimazione e compatibilità alle politiche sanitarie, dall'altra i medici devono esercitare le funzioni di dirigenza utilizzando la conoscenza delle ragioni e delle forme in cui la razionalità sanitaria si intreccia con le logiche della economia per essere garanti della qualità e della appropriatezza delle prestazioni erogate ai cittadini.

IL MEDICO DIPENDENTE TRA RIFORME E CONTRORIFORME

Il pubblico impiego riformato:
categoria speciale o specificità di una categoria?
a cura di **Giorgio Cavallero**

Il nuovo volto dei contratti di lavoro
a cura di **Giuseppe Montante**
Carlo Palermo

Modelli organizzativi tra vecchio e nuovo
a cura di **Mario Lavecchia**
Giuseppe Montante
Carlo Palermo

La rivoluzione di genere: criticità e prospettive
a cura di **Antonella Arras**
Alberta Orrù
Alessandra Spedicato

Il precariato medico
a cura di **Costantino Troise**
Vincenzo Boccia
Angelica Parodi

aprile 2010

IL PUBBLICO IMPIEGO RIFORMATO: CATEGORIA SPECIALE O SPECIFICITÀ DI UNA CATEGORIA?

A cura di **Giorgio Cavallero**

*I medici dirigenti del SSN appartengono di fatto e di diritto al pubblico impiego.
In realtà fanno finta di non saperlo perché tale collocazione li ripugna.
Soprattutto in un sistema di pubblica opinione che ha una scarsa considerazione del pubblico impiego e che considera questi ultimi un puro costo per non dire un costo parassitario.*

IL QUADRO GENERALE

Sulla scarsa credibilità del pubblico impiego hanno fatto leva le volontà di privatizzazione di svariati governi.

In realtà il pubblico impiego in Italia è del tutto marginale: consta di 3.600.000 addetti su circa 23 milioni di lavoratori.

Occorre poi considerare che il servizio sanitario e gli enti locali rispettivamente con 640.000 e 510.000 dipendenti appartengono al sistema delle autonomie in quanto i datori di lavoro sono le Aziende sanitarie, le Regioni, i Comuni e le Province: non sono pertanto degli "statali". Anche il sistema scolastico (che conta 1.200.000 dipendenti) è parzialmente di competenza del sistema delle autonomie. La privatizzazione ha colpito svariati settori (banche, trasporti, energia, poste, telecomunicazioni) nella convinzione tutta ideologica che il privato sia sempre più efficiente del servizio pubblico. Tale ideologia trascende spesso nel pregiudizio: a quasi venti anni dalla privatizzazione molti credono ancora che ferrovie e poste siano statali: ovvero ritengono che tutto ciò che non funziona sia un "carrozzone pubblico" ancorché privatizzato da tempo.

Il deficit dell'INPDAP (la cassa pensioni del pubblico impiego) riflette la fotografia di un Paese con molti ex dipendenti pubblici e pochi lavoratori attivi nel settore.

L'opinione pubblica pensa che i dipendenti pubblici siano un numero enorme, mentre il numero dei dipendenti pubblici è tra i più contenuti d'Europa. A questa mistificazione ha contribuito l'enorme investimento mediatico, specie

dell'ultimo governo, nell'enfatizzare gli sprechi e inefficienze del sistema pubblico (che certamente esistono) anche con grossolane definizioni (statali fannulloni, medici macellai, poliziotti panzoni).

Parallelamente a questa denigrazione si affacciano progetti di ulteriore privatizzazione di quei pochi settori non in mano al capitale privato (o più frequentemente con governance privata e capitale misto pubblico-privato) in particolare sanità e scuola.

Esiste poi un altro pregiudizio ideologico secondo il quale nessuna attività possa funzionare senza la presenza al vertice di un "padrone" che deve avere la fattispecie del cosiddetto "imprenditore privato". In sanità si dimentica che il nostro servizio sanitario è unanimemente riconosciuto come uno dei migliori del mondo, sebbene sia sottofinanziato rispetto alla media dei Paesi avanzati. L'acredine nei confronti del SSN e il costante sottofinanziamento lasciano intendere un tentativo per sostenerne l'inaffidabilità e l'insostenibilità economica: premessa indispensabile per una successiva privatizzazione o perlomeno per l'utilizzo di risorse pubbliche da destinare a soggetti privati.

I MEDICI E LE RIFORME DEL PUBBLICO IMPIEGO

I medici come detto non hanno in realtà alcuna affinità con il pubblico impiego propriamente detto. Tuttavia sono incardinati nella normativa del pubblico impiego ed in particolare nel Dlgs 165/2001 e successive modificazioni.

La stessa legge Brunetta, seppure applicabile solo in parte al SSN, ripropone la pretesa di incardinare in un unico ordinamento, mutuato dal modello burocratico amministrativo di tipo ministeriale, tutto il pubblico impiego ivi compreso il ruolo medico. Tutto questo senza tenere conto né della diversità del nostro ruolo professionale e neppure del federalismo che ha posto in capo a nuovi datori di lavoro (Regioni e Aziende sanitarie) il servizio sanitario nazionale.

In questo anche le reazioni delle Regioni sono state timide, preoccupate del finanziamento del sistema e intimorite dalla campagna mediatica e populista del governo. In effetti il SSN pur essendo riconosciuto tra i migliori del mondo non viene riconosciuto come tale dalla pubblica opinione: il grado di soddisfazione degli utenti è molto più basso dell'effettivo valore del servizio.

L'azione sindacale ha certamente contribuito ad attenuare l'impatto sull'organizzazione e sui contratti dei medici delle nuove norme, ma resta il problema di dare specificità ad un settore che rischia di soffocare nel modello unico proposto.

Del resto le riforme sanitarie non hanno potuto negare la peculiarità delle categorie sanitarie, non ultima la 229 tuttavia la riforma Brunetta segna un passo indietro rispetto all'autonomia dei dirigenti sanitari nel pubblico impiego. Sono maturi i tempi per un iniziativa volta a staccare le categorie sanitarie dall'impianto giuridico del personale della pubblica amministrazione sono infatti innegabilmente diverse competenze, responsabilità e ruolo sociale del medico. Tutto questo è tanto facile a dirsi quanto complesso a farsi. Inoltre tale operazione dovrebbe essere realizzata preferibilmente in tempi brevi e cioè prima che i decreti delegati sul federalismo rendano ulteriormente complicato ricondurre il ruolo medico in un unico sistema di requisiti di accesso e di progressione di carriera sul piano nazionale. Siamo una categoria "speciale", diversa anche da altre categorie speciali (universitari, militari e magistrati), la cui indipendenza ed autonomia sono il requisito fondante per un sistema che garantisca realmente il cittadino. Siamo medici e questo basta e avanza: non abbiamo bisogno di essere altro. Anche i cittadini ci riconoscono come medici e non vogliono che il medico sia qualcos'altro. Le istituzioni ci devono trattare come una categoria autonoma, fondamentale, non surrogabile e non assimilabile.

Occorrono norme specifiche per una professione unica, specifica, indispensabile ed esclusiva.

LA DIRIGENZA E QUALE DIRIGENZA

E' stata una conquista l'accesso per tutti i medici del SSN alla dirigenza. Tale condizione ci è invidiata da tutte le categorie di professionisti laureati contrattualizzati. Alcuni medici come i medici del ministero della salute e degli enti previdenziali che non sono riconosciuti come dirigenti lottano da anni per accedere alla dirigenza e vivono una pesante condizione di subalternità. In questo contesto il medico non può non essere dirigente, non può essere gerarchicamente subalterno alla dirigenza dell'organo politico-amministrativo. Non solo per motivi economici (aggancio al tabellare della

dirigenza), ma anche per motivi professionali e organizzativi. Il medico ha certamente dietro di sé i problemi economici dell'azienda, ma ha anche davanti il cittadino paziente con le sue esigenze e i suoi diritti. Per questo non può essere subalterno pena la perdita del ruolo di punto di riferimento per il cittadino. Quindici anni di "aziendalizzazione" forzata non sono riusciti a trasformare i medici in semplici dirigenti di azienda, tale condizione è tuttora non percepita come propria dalla categoria. In particolare non è percepita una dirigenza concepita per la direzione amministrativa. Trova difficoltà ad affermarsi il concetto di dirigenza professionale anche per una professione cui certo non difettano storia e prerogative esclusive. In ogni caso appare indispensabile un "governo clinico" da affiancare al governo monocratico dei direttori generali. Tanto più necessario per bilanciare il governo economico delle aziende sanitarie introducendo un elemento professionale indispensabile per il mantenimento di quella che rimane pur sempre la mission principale del SSN la cura, la prevenzione e la riabilitazione dalle malattie e il benessere delle persone assistite.

CONCLUSIONI

Pur nella consapevolezza dei tempi, necessariamente non brevi, la categoria deve impegnarsi in una battaglia per il recupero dell'autonomia professionale ed organizzativa all'interno del sistema, distinguendosi dalla dirigenza generica ed affermando le ragioni della propria diversità, senza recedere ad un ruolo di prestatori d'opera, ma pretendendo una dirigenza di pari dignità che sia compatibile con il ruolo specifico che la professione richiede.

Andranno evitati slogan demagogici e velleitari che invocano generiche "uscite dal pubblico impiego o dalla dirigenza" e perseguito un percorso che ponga la "questione medica" con forza ricavando all'interno del servizio pubblico una autentica specificità giuridico-normativa.

Una categoria speciale contrattualizzata che sappia stare al passo con l'evoluzione del mondo sanitario, un'evoluzione troppo rapida per essere affrontata con rigidi schemi ideologici o leggi quadro. Occorre liberare il medico dalle gabbie normative per restituirgli appieno il suo ruolo professionale. Non è solo nostro interesse, ma dell'intera collettività.

IL NUOVO VOLTO DEI CONTRATTI DI LAVORO

A cura di **Giuseppe Montante, Carlo Palermo**

PREMESSA

Molteplici sono i compiti istituzionali di una organizzazione sindacale del Pubblico Impiego, fra questi alcuni dei più importanti sono sicuramente i seguenti:

- facilitare le condizioni di crescita e di espressività professionale della categoria rappresentata;
- difendere il ruolo professionale e potenziare il ruolo sociale della stessa;
- migliorare l'organizzazione e le condizioni di lavoro;
- migliorare le condizioni economiche ed adeguarle al reale ruolo professionale e sociale;
- operare comunque nel rispetto del bene generale della Società.

Tali compiti istituzionali assumono una particolare rilevanza strategica ed importanza sociale quando la categoria in questione è la Dirigenza Sanitaria dipendente del SSN e quando l'Organizzazione Sindacale interessata (Anaa Assomed) è quella maggiormente rappresentativa di tale categoria.

Altrettanto numerosi sono gli strumenti mediante cui si può assolvere a questi compiti. Fra questi quello che con un ruolo più rilevante e strategico è sicuramente la Contrattazione Collettiva, sia nazionale e che integrativa periferica.

Nell'utilizzare tale strumento nel prossimo futuro bisogna però conoscere e tener conto degli scenari legislativi, economici, sociali e politici in cui si opera, dei possibili condizionamenti determinati da questi e delle forze in campo interessate.

Tale processo di conoscenza, comprensione e valutazione deve ovviamente precedere di gran lunga il momento della vera contrattazione e costituisce la base essenziale per la formulazione di un progetto politico-contrattuale in cui identificarsi ed a cui ispirarsi, a tutti i livelli nell'azione quotidiana.

Il momento migliore per cimentarsi in tale compito per la categoria dei dirigenti dipendenti del ruolo sanitario e per l'Anaa Assomed, a nostro parere, è proprio questo per i seguenti motivi:

1. l'assenza di impellenti scadenze contrattuali nazionali (da poco è stata siglata al livello nazionale la pre-intesa del CCNL, biennio economico 2009-2010);
2. i congressi nazionali e regionali ed il rinnovo delle cariche da sempre costituiscono l'occasione istituzionale per i quadri associativi per cimentarsi nell'approfondimento della conoscenza degli scenari sopra citati, per la loro valutazione e per la formulazione di un progetto politico e l'individuazione degli obiettivi correlati;
3. la profonda modifica degli indirizzi legislativi di riferimento, determinata dalle Leggi del Ministro Brunetta sul Pubblico Impiego;
4. la riforma degli assetti contrattuali dello stesso settore a partire dal 1 gennaio 2010, imposta dal Governo (malgrado il consenso in sede di concertazione fosse minoritario fra le Confederazioni Sindacali), che modifica sostanzialmente le regole della contrattazione;
5. il dibattito politico in atto sugli effetti distorti e disomogenei a consuntivo del federalismo regionale in campo sanitario;
6. la prospettiva, ormai sicura e prossima, di una pesante riduzione dei medici operanti nel SSN ed in particolare dei dirigenti medici dipendenti, con le ovvie conseguenze.

OBIETTIVI

L'obiettivo principale che ci prefiggiamo con questo elaborato è quello di capire quale potrà essere il nuovo volto dei contratti nel Pubblico Impiego ed in particolare nell'Area della Dirigenza Sanitaria del SSN al fine di ipotizzare su quali **indirizzi portanti** costruire il futuro progetto politico-sindacale dell'Associazione.

Ma per raggiungere questo obiettivo è necessario soddisfare altri, che di seguito esplicitiamo, propedeutici a questo ed altrettanto importanti per i condizionamenti che potranno esercitare sulle future prospettive contrattuali:

- a) conoscere gli aspetti generali e peculiari più rilevanti della recente riforma degli assetti contrattuali, operata attraverso l'Accordo Quadro fra alcune Confederazioni Sindacali ed

il Governo ed attraverso la Riforma legislativa del Ministro Brunetta sul Pubblico Impiego;

- b) conoscere anche in modo inequivocabile le conseguenze di tale riforma sulla categoria dei dirigenti medici dipendenti;
- c) chiarire i limiti di applicabilità di questa su tale categoria;
- d) comprendere gli effetti distorsivi possibili della stessa sulla contrattualità, se attuata in modo improprio;
- e) prevedere anche gli ulteriori effetti distorsivi ed i pesanti condizionamenti sulla contrattazione, conseguenti alla crescente riduzione dei laureati e degli specialisti medici.

RIFORMA DEGLI ASSETTI CONTRATTUALI

Considerazioni preliminari

Negli ultimi due anni il dibattito politico ed il confronto fra forze sociali e Governo è stato a lungo incentrato sulla necessità di riformare per l'ennesima volta, con strumento legislativo, gli aspetti normativi regolamentari ed organizzativi e gli assetti contrattuali del Pubblico Impiego, con particolare riguardo alla Dirigenza di questo.

Tale dibattito e la riforma conseguente sono stati pesantemente condizionati dal clima politico di discredito indiscriminato nei riguardi dei dipendenti pubblici, tacciati più volte dallo stesso Ministro Brunetta, in modo generalizzato e senza i doverosi distinguo, come "fannulloni" ed additati alla pubblica opinione come responsabili principali dell'inefficienza dell'Amministrazione Pubblica.

In questa competizione al discredito, i Ministri ed i Politici nazionali e regionali si sono ben guardati dal mettere in risalto fra le cause maggiori d'inefficienza pubblica l'eccessiva ingerenza dei Partiti e ad introdurre i necessari distinguo nel giudicare i comportamenti delle varie Aree e Settori del Pubblico Impiego.

Troppo pochi del mondo governativo e politico hanno sottolineato con altrettanta enfasi l'estraneità della dirigenza sanitaria pubblica da tale giudizio impietoso (questa è infatti l'artefice più importante dell'ottima valutazione e dell'elevato "reading" qualitativo assegnato dall'O.M.S. al SSN Italiano e, secondo le varie

indagini, è quella meno oggetto di critiche da parte dei cittadini).

In queste condizioni di clima politico e sociale era ovvio che, nel momento di riforma legislativa e degli assetti contrattuali del Pubblico Impiego, prevalesse, in opposizione a buona parte delle Confederazioni Sindacali e delle Categorie Professionali, un eccessivo **semplicismo valutativo** ed una **volontà coercitiva e punitiva** di questo settore, senza i doverosi distinguo.

Strumenti della sua realizzazione

La volontà riformista del Governo, con riferimento in particolare al Ministro Brunetta, ha utilizzato come strumenti formali per realizzare il cambiamento degli aspetti normativi, regolamentari ed organizzativi nonché degli assetti contrattuali del Pubblico Impiego, i seguenti due:

- 1) quello legislativo (Legge 15/2010: "Delega al Governo alla riforma del Pubblico Impiego" e dlgs 150/2010 attuativo della Legge Delega);
- 2) quello del confronto-accordo nazionale con le OO.SS. (*Accordo Quadro Nazionale del 22 gennaio 2009 fra Governo e Confederazioni Sindacali sulla riforma degli assetti contrattuali e successivo Documento d'intesa del 30 aprile 2009 fra gli stessi soggetti per l'applicazione del suddetto ai comparti contrattuali del settore pubblico*).

Questi strumenti sono stati utilizzati nei riguardi del Pubblico Impiego in modo sinergico fra di loro, con l'obiettivo di realizzare le volontà precedentemente esplicitate. Si è ricorso spesso allo strumento legislativo per imporre innovazioni degli assetti e di alcune normative contrattuali coerenti alle volontà del Governo, che altrimenti non avrebbero trovato il consenso maggioritario.

Aspetti innovativi generali della riforma

Il combinato disposto delle nuove norme legislative e contrattuali nazionali sulla Riforma degli assetti contrattuali è caratterizzato da alcuni aspetti innovativi generali che pesantemente la condizionano.

Tali aspetti innovativi in alcuni casi sono la traduzione attuativa delle volontà governative precedentemente espresse.

Di seguito si esplicitano quelli più significativi ed importanti:

- accentuazione della tendenza ad intervenire con disposizioni legislative in ambito di interesse contrattuale con conseguente riduzione degli spazi e materie di contrattazione, per cui a quelle già sottratte dalla precedente legislazione (organizzazione degli uffici o strutture ed organizzazione del lavoro) vengono aggiunte le seguenti che trovano una definizione normativa per via legislativa:

- il sistema della valutazione delle prestazioni per la retribuzione accessoria (sistema della performance),
- progressioni economiche,
- mobilità,
- sanzioni disciplinari;

- introduzione per via legislativa del divieto esplicito ad apportare deroghe alle disposizioni nelle varie materie contrattuali, previste dalla Legge di Riforma, con legislazione di grado inferiore o attraverso i contratti, salvo quelle previste dalla stessa Legge o da altre Leggi vigenti di pari grado, ed introduzione del principio di nullità automatica delle deroghe non previste;

- forte spinta a modificare e riordinare le procedure di contrattazione collettiva nazionale e renderle omogenee a quelle del settore privato, dando pertanto per scontato quello che nella realtà non è nella maggior parte dei casi:

- che il prodotto del lavoro pubblico sia assimilabile a quello delle aziende private;
- che le procedure di quest'ultime siano complessivamente migliori ed in buona parte utilizzabili con successo anche nel settore pubblico,
- che la "mission prevalente" di tutti i settori del pubblico impiego (etica e sociale e comunque "di servizio") sia equivalente a quella dell'imprenditoria privata (economica e di profitto);

- introduzione di elementi di dirigismo padronale;

- ripristino di elementi di dirigismo statale;
- introduzione di metodologie generali univoche di misurazione e di valutazione della produttività individuale (performance individuale) e di quella collettiva (performance di ufficio, amministrazione e/o azienda), di tipo premiale, basate prevalentemente sugli aspetti quantitativi (propri delle aziende produttive private) e/o di

valutazione soggettiva, incuranti delle profonde differenze oggettive di attività lavorative, di competenze professionali e di prodotto fra i diversi settori del Pubblico Impiego;

- imposizione di obbligazioni comportamentali e di principi generali per le procedure e per la regolamentazione delle attività lavorative (spesso diverse fra di loro), dei momenti di valutazione e dei procedimenti disciplinari, evidente manifestazione nei riguardi dei lavoratori pubblici di una considerazione superficiale, ma radicata, di negatività e di volontà coercitiva e punitiva nei loro riguardi.

Aspetti innovativi peculiari della riforma

Di seguito vengono illustrati in modo sintetico gli aspetti innovativi peculiari per i dirigenti del Pubblico Impiego di riforma degli assetti contrattuali, introdotti dal combinato-disposto delle norme legislative nazionali e dall'Accordo Quadro e successivo Documento d'intesa Nazionale fra Governo e Sindacati.

Ridefinizione dei Comparti del Pubblico Impiego e delle relative Aree dirigenziali

Precedentemente 8 Comparti e 8 Aree dirigenziali di cui 2 nel Comparto Sanità.

Dal 1 gennaio 2010 4 Comparti e 4 Aree dirigenziali, distinte in base ai diversi datori di lavoro: Stato, Regioni, Enti locali e Scuola.

La Sanità è ricompresa nel Comparto Regioni e la Dirigenza delle professioni sanitarie (prevista ed esplicitata dal D. Lgs. 229/99) è ricompresa nella Dirigenza delle Regione e possiede una specifica sezione contrattuale autonoma.

La conseguenza per i dirigenti del ruolo sanitario è l'accorpamento in un'unica sezione contrattuale autonoma sia dei dirigenti medici e veterinari (precedente Area 4° della dirigenza) e sia dei dirigenti delle altre professioni sanitarie esplicitate dal D. Lgs. 229/99 (precedente Area III della dirigenza).

Ulteriori conseguenze:

- la perdita di rappresentatività di alcune OO. SS. nella nuova sezione contrattuale, per effetto dell'innalzamento dei quorum minimi necessari di iscritti, in conseguenza delle maggiori dimensioni di questa;

- l'attuarsi di processi di fusione di OO. SS. fra di loro al fine di raggiungere il quorum o di affiliazione di alcune di queste ad altre

(recentemente lo SNABI ha chiesto ed ha ottenuto di affiliarsi all'AnaaO Assomed, devolvendo i suoi iscritti e le quote d'iscrizione a quest'ultima).

ARAN e Comitati di settore

Viene attribuito un ruolo più incisivo all'A.R.A.N., e viene prevista la possibilità di un coinvolgimento più diretto ed incisivo dei Comitati di Settore ed in alcuni casi delle Regioni nei momenti della contrattazione nazionale.

Livelli di contrattazione

Precedentemente due livelli:

1. nazionale (contrattazione di 1° livello)
2. periferico (contrattazione di 2° livello).

Dal 1 gennaio 2010 sempre due:

1. nazionale (contrattazione di 1° livello)
2. periferico di Amministrazione o Territoriale (contrattazione di 2° livello).

Durata dei Contratti

Precedentemente quadriennale per la parte normativa e biennale per la parte economica.

Dal 1 gennaio 2010 triennale, sia per la parte economica che normativa.

Modalità di calcolo delle risorse da destinare agli incrementi contrattuali

Dal 1 gennaio 2010 introduzione di una nuova metodica per il calcolo delle risorse da destinare agli incrementi contrattuali basata **sull'indice IPCA** (indicatore previsionale della crescita dei prezzi al consumo, al netto degli effetti su questi determinato dai prezzi dei prodotti energetici importati).

Tale calcolo delle risorse deriverà dall'applicazione dell'indice ad una massa salariale costituita dalle voci stipendiali.

Dal 1 gennaio 2010 la definizione di tali risorse e delle voci stipendiali su cui applicare l'indice deve essere motivo di concertazione nazionale fra Ministeri competenti e Confederazioni sindacali rappresentative nel Pubblico Impiego.

Il soggetto tecnico deputato all'elaborazione dell'indice IPCA ed alla verifica degli eventuali scostamenti tra l'inflazione prevista e quella reale effettivamente osservata deve essere scelto congiuntamente al livello nazionale dalla Parte Pubblica e dalle Confederazioni Sindacali e deve essere esterno ad ambedue le parti.

La verifica della significatività degli eventuali scostamenti registrati tra l'indicatore previsionale della crescita dei prezzi al consumo (indice IPCA) e la crescita reale di questi con l'assunzione delle decisioni relative dovrà essere effettuata dalle parti (Pubblica e Sindacale) in sede paritetica alla scadenza del triennio contrattuale, tenendo conto dei reali andamenti delle retribuzioni dell'intero settore dei comparti contrattualizzati del Pubblico Impiego.

Il recupero degli scostamenti dovrà essere effettuato nel successivo triennio contrattuale.

Definizione dei tempi e delle procedure contrattuali

Viene definita la seguente nuova procedura temporale per avviare la contrattazione collettiva nazionale:

1. le proposte sindacali per il rinnovo del contratto collettivo nazionale di lavoro di categoria devono essere presentate almeno 6 mesi prima della scadenza del contratto;
2. la parte pubblica interessata deve dare riscontro entro 20 giorni, decorrenti dalla data di ricevimento delle stesse;
3. la contrattazione deve essere avviata entro i 3 mesi successivi alla presentazione delle proposte sindacali;
4. durante i 6 mesi antecedenti e nel mese successivo alla scadenza del contratto collettivo nazionale di lavoro e comunque per un periodo complessivamente pari a 7 mesi dalla data di presentazione delle proposte di rinnovo, le parti non devono assumere iniziative unilaterali e non devono procedere ad azioni dirette;
5. l'attivazione dell'indennità di vacanza contrattuale, a partire dalla data di scadenza del CCNL, è condizionata alla presentazione delle proposte sindacali per il rinnovo del CCNL.

Potenziamento della contrattazione di 2° livello (Contrattazione integrativa aziendale)

Dal 1 gennaio 2010 i CCNL dei vari settori del Pubblico Impiego, tranne quelli specificamente esentati, dovranno prevedere un potenziamento della Contrattazione integrativa aziendale ed in particolare di quella relativa alla retribuzione di risultato per il raggiungimento di obiettivi assegnati di produttività, redditività, qualità, efficienza, efficacia e competitività, come quelli dei settori privati.

Tale potenziamento si dovrà articolare attraverso le seguenti direttrici:

1. destinazione a tale istituto contrattuale, in modo progressivo nel tempo attraverso più CCNL, una quantità di risorse pari al 30% degli stipendi individuali, senza che questo determini oneri finanziari aggiuntivi rispetto a quelli già destinati; l'attuazione di tale norma determinerà 2 conseguenze:
 - una gran parte degli aumenti contrattuali dei prossimi CCNL saranno destinati al fondo di risultato;
 - parte delle risorse presenti in altri fondi contrattuali saranno dirottate al fondo di risultato;
2. destinazione a tale istituto di una quota parte dei risparmi prodotti nelle singole aziende e/o Unità Operative, da contrattare al livello dei singoli CCNL e/o al livello di contrattazione integrativa aziendale;
3. introduzione per tale istituto, compatibilmente con i vincoli di finanza pubblica, di incentivi fiscali per il lavoro aggiuntivo, come già presenti da tempo nel settore privato.

Modifica della “mission” del fondo aziendale di retribuzione di risultato e delle sue modalità di erogazione

Dal 1 gennaio 2010 verrà profondamente modificata la “mission” della retribuzione di risultato, essa infatti non costituirà più una voce stipendiale mirante a retribuire i risultati ottenuti in modo generalizzato ed indifferenziato, ma un premio specifico ed individuale calibrato sulla valutazione delle performance ottenute a vario livello

La verifica dei risultati ottenuti in merito agli obiettivi assegnati contribuirà alla valutazione della performance sia individuale che di unità operativa e di azienda e da questa dipenderà l'erogazione della retribuzione di risultato come premio individuale di performance.

Per Legge il fondo di risultato dovrà essere erogato:

- il 50% solamente al 25% dei dipendenti, quelli con risultati di performance superiori alla media;
- il rimanente 50% del fondo al 50% dei dipendenti, quelli con risultati di performance nella media;

- 0% del fondo al rimanente 25% dei dipendenti, quelli con risultati di performance inferiori alla media.

LIMITI DI APPLICABILITA' ALLA DIRIGENZA SANITARIA DEL SSN

Alcune delle norme presenti nella recente legislazione sulla dirigenza del Pubblico Impiego, in deroga a quanto tassativamente previsto per questo settore, **non sono però di applicazione obbligatoria per l'Area della dirigenza sanitaria.**

Le motivazioni che giustificano tali eccezioni legislative e contrattuali nei riguardi della Dirigenza Sanitaria del SSN possono essere di 2 tipi:

- **motivazione generale;**
- **motivazioni specifiche nei riguardi di alcune norme** (destinazione del 30% della retribuzione individuale complessiva al fondo di risultato e della applicabilità dei meccanismi di valutazione e di premio dei risultati di performance).

Motivazione generale

La motivazione generale della non obbligatorietà applicativa per la dirigenza Sanitaria del SSN della gran parte delle norme che riguardano il Pubblico Impiego scaturisce da una approfondita analisi di tipo giuridico-legislativo.

In primo luogo, va osservato che il rapporto di lavoro della dirigenza sanitaria è regolato da una legislazione “speciale”, contenuta nel D.Lgs. 30 dicembre 1992, n. 502 e successive modificazioni, nonché da una contrattazione specificamente dedicata sia all'area della dirigenza medica che all'area della dirigenza professionale, tecnico, amministrativo del ruolo sanitario.

Pertanto, la disciplina dettata dal D.Lgs. n. 165 del 2001 per la dirigenza statale (Testo Unico sul Pubblico Impiego, recentemente modificato dal D.Lgs. 150/2009), è solo in parte applicabile al rapporto di lavoro del dirigente medico e comunque con gli adattamenti imposti dalle peculiarità del contesto organizzativo ed istituzionale del Servizio sanitario nazionale.

Peraltro, la disciplina generale del Pubblico Impiego costituisce una mera “cornice quadro” in cui si inseriscono le regole speciali dettate per il settore sanitario.

Più nel dettaglio, il d.lgs. n. 502 del 1992 estende espressamente al dirigente medico le regole dettate in generale per il dirigente pubblico, facendo salve le norme speciali che tengono conto delle spiccate prerogative tecniche e professionali della dirigenza medica, nonché della delicatezza degli interessi coinvolti nell'attività della stessa, primo fra tutti l'interesse alla salute.

L'anello legislativo di collegamento fra il sistema generale e quello speciale della dirigenza medica è costituito dall'art. 15 del d.lgs. 30 dicembre 1992, n. 502, ove si prevede che la **“dirigenza medica è disciplinata dal D.Lgs. 3 febbraio 1993, n. 29, e successive modificazioni (ora D.Lgs. n. 165 del 2001 e modificazioni introdotte da D.Lgs. n. 150 del 2009), salvo quanto previsto dal presente decreto”**.

Dunque, la disciplina dettata in via generale per la dirigenza pubblica svolge una funzione del tutto residuale di integrazione della normativa speciale, applicandosi solo rispetto agli aspetti non espressamente disciplinati dalla seconda e sempre che risulti compatibile con la specificità del profilo interessato.

Da quanto detto ne deriva pertanto che i dettati della Riforma del Pubblico Impiego e della Riforma degli assetti contrattuali **costituiscono un obbligo non derogabile per tutti i settori ad eccezione, infatti, dell'Area della dirigenza sanitaria del SSN**.

Motivazioni specifiche nei riguardi di alcune norme

Le motivazioni specifiche della non applicabilità per la Dirigenza Sanitaria del SSN delle norme, introdotte dalla recente Riforma del Pubblico Impiego, in merito a destinazione del 30% della retribuzione individuale complessiva al fondo di risultato e della applicabilità dei meccanismi di valutazione e di premio dei risultati ottenuti sono chiaramente espresse negli atti dei lavori parlamentari che hanno preceduto l'approvazione dell'attuale testo di Legge Delega di Riforma del Pubblico Impiego (Legge n. 15/2009).

La Legge Delega di Riforma del Pubblico Impiego afferma alla lett. p) del comma 2 dell'art. 6 che non si applica alla Dirigenza Sanitaria del SSN la norma che destina obbligatoriamente il 30% della

retribuzione individuale complessiva al fondo di risultato per il premio dei risultati di performance. Tale deroga è stata aggiunta in aula mediante un emendamento ed approvata da quasi l'unanimità dei presenti, sia della maggioranza che dell'opposizione (480 voti a favore. 8 contrari e 16 astenuti).

Il voto a favore in tale occasione non fu solamente un'espressione di consenso al testo della deroga, ma anche una chiara approvazione soprattutto delle motivazioni che la sostenevano.

La relazione di presentazione dell'emendamento era stata finalizzata ad evidenziare ed a salvaguardare la “diversità” della dirigenza medica rispetto alla dirigenza pubblica.

Il ruolo e la specificità di tale dirigenza, secondo il relatore dell'emendamento, era testimoniato da una disciplina speciale e dal particolare compito di “tutela della salute” cui il medico è stato “deputato”.

Secondo lo stesso, l'obiettivo di misurare la realtà sanitaria con parametri di natura “quantitativa”, perseguito dalla filosofia proposta di “performance” avrebbe determinato infatti un riorientamento della politica sanitaria su di un “criterio di produzione basato sulle prestazioni”, criterio antitetico all'obiettivo di produrre “salute”, affidato dalla legislazione vigente al sistema sanitario.

In ultima analisi, secondo lo stesso, non si può “entrare” nel “sistema sanitario” con strumenti che valgono e si dimostrano efficaci per la pubblica amministrazione, che si occupa di ambiti strettamente amministrativi e dove la produttività si misura dal numero delle pratiche espletate o dalla quantità di lavoro svolto all'interno delle strutture amministrative.

Dagli atti parlamentari risulta pertanto chiaro ed inconfutabile che, **con l'esclusione per i dirigenti sanitari del SSN dell'obbligo di destinare il 30% della loro retribuzione complessiva alla retribuzione di risultato si escludono gli stessi dall'obbligo di adeguarsi alla filosofia legislativa della performance.**

CONSEGUENZE DELLA RIFORMA DEGLI ASSETTI CONTRATTUALI PER LA DIRIGENZA SANITARIA DEL SSN

Da quanto detto risulta chiaro che le innovazioni sulla contrattazione, introdotte dal combinato – disposto Riforma legislativa e Riforma degli assetti contrattuali, dovrebbero determinare per la dirigenza sanitaria del SSN conseguenze in teoria importanti, ma meno destruenti rispetto a quanto ipotizzato per la restante dirigenza del Pubblico Impiego.

Motivazioni della differenza delle conseguenze

Questa differenza sugli effetti è conseguenza delle seguenti due precise motivazioni:

Motivazione speciale di tipo legislativo

In ossequio al dettato dell'art. 15 del D. Lgs. 502/92 e sue successive variazioni, per tale tipo di dirigenza vale prioritariamente quanto sancito dal suddetto specifico D. Lgs. e successive variazioni per cui la disciplina dettata in via generale per la dirigenza pubblica svolge solamente una funzione del tutto residuale d'integrazione della normativa speciale per la dirigenza sanitaria, applicandosi solo rispetto agli aspetti non espressamente disciplinati da quest'ultima e sempre che risulti compatibile con la specificità del profilo professionale interessato.

Motivazioni peculiari di tipo legislativo e contrattuale

La gran parte delle norme della Riforma legislativa e contrattuale del Ministro Brunetta sono da molto tempo previste dalle specifiche legislazioni e contratti della dirigenza sanitaria e da altrettanto tempo attuati.

A controprova di questa affermazione si esplicitano di seguito gli argomenti che da tempo hanno trovato una ormai consolidata applicazione contrattuale:

- la previsione di 2 livelli di contrattazione ben distinti: nazionale (CCNL) e periferico (contrattazione integrativa del CCNL);
- la previsione di contratti individuali di tipo privatistico con affidamento di una posizione funzionale e di particolari responsabilità ed obiettivi;

- la previsione di una precisa e specifica procedura temporale per l'avvio della contrattazione periferica;
- l'introduzione di metodiche di contrattazione a budget con affidamento di obiettivi sia di risultato e sia professionali;
- l'introduzione di metodologie di verifica e di valutazione periodica dei risultati ottenuti in relazione agli obiettivi ed alla posizione funzionale assegnata;
- la previsione di possibili premi o di penalizzazione di tipo economico o di carriera basati sul merito, conseguenti agli esiti delle valutazioni periodiche;
- la possibilità di licenziamento del dirigente (recesso per giusta causa e recesso "ad nutum");
- l'introduzione di specifiche obbligazioni comportamentali, di sanzioni relative alle violazioni di queste e di principi e procedure su cui basare la loro eventuale irrogazione (già introdotte con il CCNL del 2005 e con la pre – intesa del febbraio 2010 su alcuni degli argomenti della sequenza contrattuale del CCNL 2006 – 2009);
- introduzione dell'obbligo alla formazione ed all'aggiornamento continuo verificato.

Le norme legislative, collegate in modo diretto e/o indiretto a tali argomenti, nella maggior parte dei casi non aggiungono nulla di innovativo ed anzi, non tenendo conto dell'esperienza ormai avanzata e decennale maturata in sanità su molti di questi argomenti, creano possibile confusione attuativa.

Aspetti innovativi attuabili della riforma degli assetti contrattuali

A rigore di legge, gli aspetti innovativi della Riforma degli assetti contrattuali, attuabili per la Dirigenza Sanitaria del SSN, sarebbero pertanto quelli di seguito elencati con le conseguenze e le possibili criticità esplicitate.

■ Innovazione:

accorpamento in un'unica sezione contrattuale autonoma sia dei dirigenti medici e veterinari (precedente Area 4° della dirigenza) e sia dei dirigenti delle altre professioni sanitarie esplicitate dal D. Lgs. 229/99 (precedente Area 3° della dirigenza) per effetto della ridefinizione dei

Comparti del Pubblico Impiego e delle relative Aree dirigenziali con le conseguenze precedentemente esplicitate.

Conseguenze:

- perdita di rappresentatività di alcune OO. SS. nella nuova sezione contrattuale;
- fusione di OO.SS. fra di loro al fine di raggiungere il quorum o di affiliazione di alcune di queste ad altre;
- possibile introduzione di norme contrattuali meno specifiche per la realtà medica e veterinaria e più specifiche per la dirigenza sanitaria nel suo complesso.

■ Innovazione:

ruolo più incisivo delle Regioni, attraverso il Comitato di Settore, nella definizione del CCNL.

Conseguenze:

- controparte contrattuale più chiara;
- maggiore responsabilizzazione delle Regioni nella contrattazione nazionale.

■ Innovazione:

durata triennale di contratti nazionali ed integrativi periferici, sia per la parte economica che normativa.

Conseguenze:

- minore frequenza dei momenti di confronto fra le parti attraverso la contrattazione;
- minore dinamicità dell'azione dei CCNL sugli effetti dell'inflazione e al divenire sempre più rapido della realtà sociale, professionale e tecnologica.

■ Innovazione:

utilizzo della nuova metodica per il calcolo delle risorse da destinare agli incrementi contrattuali basato **sull'indice IPCA** (applicazione di tale indice alla massa salariale costituita dalle voci stipendiali precedentemente individuate).

Criticità:

- corretta individuazione delle voci stipendiali della dirigenza sanitaria che costituiranno la massa salariale, su cui applicare l'indice IPCA;
- salvaguardia della peculiare specificità della retribuzione di tale dirigenza rispetto a quella della rimanente parte del Pubblico Impiego.

POSSIBILI EFFETTI DISTORSIVI SULLA CONTRATTUALITÀ DELLA DIRIGENZA SANITARIA

Per quanto detto in precedenza, **il volto dei nuovi contratti dell'Area della dirigenza sanitaria, pur presentando alcune innovazioni, nella sostanza in teoria non dovrebbe essere diverso da quello attuale.**

Lo stesso non si può altrettanto dire per le altre Aree della dirigenza del Pubblico Impiego dove si dovrebbero avere mutamenti radicali nei loro contratti rispetto a quello dei precedenti.

Questa differenza di aspettative è da imputare, come già detto, a delle particolari diversità esistenti:

- specificità della legislazione vigente del S. S. N. e della dirigenza sanitaria rispetto a quella di tutto il rimanente Pubblico Impiego;
- arretratezza delle norme e dell'impostazione dei CCNL, fino ad ora vigenti, delle rimanenti Aree della dirigenza pubblica rispetto alle innovazioni introdotte dalla Riforma legislativa e contrattuale; situazione in antitesi a quella del CCNL della dirigenza sanitaria, già da tempo innovativo ed in molti aspetti all'avanguardia rispetto alla stessa Riforma.

Questa consapevolezza non ci deve far cadere nell'errore che tale Area sia, però immune dalle rivoluzioni destruenti presenti in altri settori e di sottovalutare i **possibili pesanti condizionamenti interni al Pubblico Impiego o al SSN.**

Condizionamenti per fattori interni al Pubblico Impiego

Gli effetti distorsivi delle condizioni, di seguito elencate, potrebbero determinare dei possibili **pesanti condizionamenti della dirigenza amministrativa** sulla futura contrattazione di quella sanitaria.

1. scarsa conoscenza da parte della dirigenza politico – amministrativa aziendale, regionale e nazionale dei vari settori del Pubblico Impiego della specificità legislativa della dirigenza sanitaria pubblica rispetto alla rimanente legislazione;

2. prevalenza nel Pubblico Impiego del modello dirigenziale di tipo burocratico – amministrativo (per numerosità di addetti, per consuetudine conoscitiva e per abitudine culturale) rispetto a quello innovativo e molto più specifico della dirigenza sanitaria di tipo tecnico – professionale;

3. costante necessità nel Pubblico Impiego di ridurre le differenze fra un settore e l'altro, di semplificare le procedure attuative, di rendere comparabili anche settori ed attività profondamente diversi e non confrontabili anche e soprattutto per ovviare al deficit conoscitivo delle diverse peculiarità dei vari settori ed alla pigrizia conoscitiva del livello politico – dirigenziale;

4. invidia acritica della dirigenza amministrativa del settore pubblico nei riguardi della specificità legislativa e contrattuale di quella sanitaria e del suo consenso sociale.

Il deficit conoscitivo della realtà peculiare del SSN. da parte di quasi tutti i livelli della dirigenza politico–amministrativa si manifesterà presumibilmente con i seguenti tentativi:

- di ignorare le peculiarità legislative e contrattuali dell'Area della dirigenza sanitaria;
- di imporre obblighi legislativi non dovuti, norme contrattuali in antitesi alla volontà del legislatore ed alla “mission professionale” e/o involute ed arretrate rispetto a quelle da tempo attuate per tale Area;
- di introdurre un nuovo meccanismo gerarchico di tipo repressivo, che baserebbe la sua forza non più sul coinvolgimento dei dirigenti ma bensì sulla paura della punizione e della repressione, come nelle “caserme”.

Il vero rischio che si potrebbe correre è dato dal fatto che il modello dirigenziale di una maggioranza, cristallizzato nella cultura amministrativa di questa, rinnovatosi scarsamente negli anni passati e diverso da quello del S. S. N. potrebbe finire con imporsi ed opprimere la vivacità innovativa e le peculiarità di una minoranza (dirigenza sanitaria) all'avanguardia.

Condizionamenti per fattori interni al SSN

Un altro importante effetto distorsivo, d'importanza non inferiore a quelli precedenti, potrebbe essere quello conseguente alla prevista **forte riduzione dei laureati in medicina ed in**

particolare di specialisti nei prossimi 8 anni, in seguito alla forte discrepanza fra il numero di coloro che ogni anno d'ora in poi abbandoneranno il servizio all'interno del SSN per raggiunti limiti pensionistici ed il numero annuo futuro dei nuovi laureati in medicina e dei nuovi specializzati, potenzialmente assumibili nell'Area della dirigenza sanitaria.

La maggior parte dei dirigenti medici, come è noto, è stata assunta negli anni '70 e nei primi anni del decennio '80. Oggi questi medici hanno raggiunto o stanno per raggiungere i limiti massimi di pensionamento.

La dimensione di questo fenomeno in rapporto alle possibili nuove assunzioni dei neo – specialisti, tenendo conto dell'attuale blocco delle assunzioni e del numero programmato presente nelle Scuole di specializzazione, fa prevedere un bilancio fortemente negativo nei prossimi 8 anni (soprattutto concentrato nei primi 5) che oscilla da una previsione ottimista di riduzione di circa 24.500 mila dirigenti medici dipendenti del SSN (20% rispetto ai 122.000 circa presenti nel 2007) ad una previsione pessimista di riduzione di circa 32.500 mila (-26,6%).

In queste condizioni, in assenza di una profonda revisione ed ottimizzazione della rete ospedaliera con chiusura o trasformazione degli ospedali di piccole dimensioni (inadeguati in una realtà sanitaria sempre più complessa) e di un potenziamento e trasformazione dei servizi sanitari del territorio, **l'organizzazione delle attività mediche specialistiche ospedaliere e territoriali rischierà nei prossimi anni d'implodere**.

La conseguenza più immediata di tutto questo sarà frequentemente:

- 1) la riduzione delle condizioni organizzative di sicurezza sanitaria al fine di tamponare la situazione e la crescita eccessiva delle liste di attesa;
- 2) l'imposizione in modo chiaro o subdolo di elevate quantità di orario aggiuntivo con frequenti pesanti riduzioni dei limiti minimi di riposo;
- 3) l'aumento degli eventi avversi da incidenti professionali per stanchezza e/o per stress;

- 4) l'aumento inevitabile dei costi assicurativi con di converso una probabile riduzione delle garanzie.

Tale situazione renderà plausibile un atteggiamento contrattuale della Parte Pubblica mirante a:

- superare i limiti attualmente esistenti nell'organizzazione del lavoro;
- ridurre le tutele in merito per i lavoratori;
- superare il disagio crescente dei dirigenti sanitari attraverso l'introduzione di meccanismi gerarchici di tipo repressivo.

Questa possibile deriva potrebbe essere facilitata dalla nuova filosofia di "dirigismo padronale", introdotta recentemente dalla Riforma del Pubblico Impiego.

QUALE POTRA' ESSERE IL NUOVO VOLTO DEI CONTRATTI DELLA DIRIGENZA SANITARIA DEL SSN?

Il quesito spontaneo che sorge, in conseguenza di questa particolare deriva riformistica, riguarda il futuro assetto e le linee di sviluppo fondamentale del prossimo contratto della dirigenza sanitaria del SSN in considerazione:

- della particolare peculiarità della legislazione di tale dirigenza rispetto a quella che regola la restante dirigenza del settore pubblico;
- delle possibili distorsioni e condizionamenti derivanti da fattori interni sia alla dirigenza politico – amministrativa pubblica e sia al SSN.

In teoria gli effetti delle innovazioni nella contrattazione per la dirigenza sanitaria dovrebbero essere modesti (vedere precedente capitolo sugli: "Aspetti innovativi attuabili della Riforma degli assetti contrattuali"), non particolarmente sostanziali e comunque probabilmente avviabili in paragone a quelli previsti per il restante Pubblico Impiego.

In conseguenza di queste innovazioni;

- la specificità delle diverse tipologie di dirigenza sanitaria, che prima trovavano espressione o nel CCNL della dirigenza medica e veterinaria o nel CCNL della dirigenza delle altre

professioni sanitarie, da ora in poi dovranno esprimersi all'interno dello stesso CCNL;

- la mediazione fra le esigenze peculiari di ciascuna tipologia di dirigenza e la necessità di compatibilità e coerenza delle diverse norme d'ora in poi non sarà più fatta prioritariamente dall'ARAN nella contrattazione dei diversi CCNL ma sarà interna alla nuova Area della dirigenza sanitaria e troverà la sua realizzazione nella definizione del nuovo CCNL;

- la dinamica temporale dell'allineamento delle retribuzioni all'inflazione ed alle nuove esigenze sociali verrà rallentata e questo rallentamento potrebbe essere maggiore se venisse mantenuta l'abitudine tipica del Pubblico Impiego di rinnovare i contratti, non all'inizio del loro periodo di vigenza, bensì alla fine di tale periodo o addirittura dopo;

- la percentuale reale di allineamento economico delle retribuzioni all'inflazione potrà essere ininfluenta rispetto al passato, migliorativa o peggiorativa a secondo delle voci stipendiali che entreranno a far parte della massa salariale, su cui applicare l'indice IPCA e del reale peso e ruolo delle Regioni nel finanziare aggiuntivamente le loro specificità.

Nella pratica però il futuro panorama contrattuale potrebbe essere più complesso di quello atteso in teoria, per effetto dei condizionamenti, prima esplicitati, conseguenti a fattori interni al Pubblico Impiego ed al SSN.

PROPOSTE PER IL FUTURO PROGETTO POLITICO-CONTRATTUALE

Obiettivi generali

Per tentare di ovviare alla possibilità molto concreta che gli effetti distorsivi, sopra ipotizzati, possano esercitare dei condizionamenti negativi sul futuro panorama contrattuale ed antitetici alle peculiarità dirigenziali e professionali della categoria, è necessario che **il progetto politico – contrattuale**, che sarà definito dal Congresso Nazionale dell'Anaa Assomed, persegua anche i **seguenti obiettivi generali**:

- salvaguardare ed anzi accentuare la specificità della dirigenza sanitaria rispetto a quella del restante Pubblico Impiego;

- migliorare le condizioni di sicurezza professionale, organizzativa ed assicurativa all'interno del SSN;
- potenziare il ruolo di soggetto politico con elevate capacità tecniche di innovazione ma anche di denuncia dei ritardi, delle inadempienze e/o delle franche omissioni programmatiche.

Linee d'indirizzo

Per tentare di realizzare gli obiettivi sopra suggeriti, è necessario che l'azione politica e contrattuale dell'Associazione nei prossimi anni si ispiri ai seguenti alle seguenti linee d'indirizzo:

1. rendere sempre più palesi le differenze sostanziali esistenti fra il modello tecnico-professionale della dirigenza sanitaria del SSN e quello burocratico – amministrativo della restante dirigenza del Pubblico Impiego, sottolineando anche l'inappropriatezza di quest'ultimo nel SSN;
2. operare costantemente al livello legislativo e contrattuale al fine di accentuare tali differenze;
3. accentuare gli aspetti di specificità e peculiarità della dirigenza sanitaria attraverso lo stimolo costante all'emanazione di norme legislative e contrattuali che la rendano sempre più manifesta (ad esempio: d.d.l. su "Governo clinico", d.d.l. su "Rischio clinico", miglioramento dell'attuale sistema di norme contrattuali sulla graduazione ed affidamento degli incarichi professionali e sulla valutazione periodica sia professionale che di risultato, ecc.);
4. difendere e salvaguardare tale specificità a tutti i livelli contrattuali;
5. difendere la particolare peculiarità ed importanza strategica delle voci stipendiali presenti nella retribuzione dei medici, sorvegliando ed eventualmente operando affinché tutte entrino a far parte della massa salariale su cui applicare l'indice IPCA;
6. mantenere ed anzi potenziare l'indennità di esclusività all'interno della retribuzione (indennità peculiare ed esclusiva della dirigenza sanitaria) ed operare per il suo definitivo ingresso nella massa salariale;
7. stimolare l'incremento delle condizioni di adeguatezza della tutela assicurativa, sia per via legislativa che contrattuale;
8. operare al fine di ridurre le condizioni di disagio del lavoro sanitario e di rischio clinico su

base organizzativa, sicuramente crescenti nei prossimi anni in conseguenza della forte riduzione dei laureati in medicina ed in particolare di specialisti;

9. denunciare i ritardi programmatici in merito all'organizzazione ospedaliera e dei servizi sanitari territoriali, perpetrati fino ad ora dalla dirigenza politico – amministrativa nazionale e regionale per impreparazione tecnica specifica o per superficialità o per disegno politico (**la vertenza attuale in difesa del SSN costituisce uno strumento idoneo a tale scopo che dovremo continuare e verso cui coinvolgere altre forze sociali e le associazioni dei cittadini**);

10. stimolare la revisione da parte dello Stato e delle Regioni (per quanto di competenza di ciascuno) dell'organizzazione sanitaria del territorio, al fine di renderla funzionale alle nuove esigenze di salute, ai nuovi bisogni sociali, ai progressi della medicina ed al nuovo ruolo chiesto agli ospedali.

11. stimolare ed anzi pretendere la revisione da parte degli stessi soggetti istituzionali della rete ospedaliera, secondo logiche tecniche ben precise di dimensioni, bacini d'utenza, adeguatezza strutturale e tecnologica e secondo logiche organizzative che tengano conto della tendenza degli ospedali ad organizzarsi in nodi funzionali con precise gerarchie;

NOTA: *la chiusura dei piccoli ospedali, pericolosi per i pazienti e per chi vi opera all'interno, sarebbe uno degli strumenti più rapidi ed adeguati per contenere le conseguenze negative della riduzione in atto dei laureati in medicina, per ottimizzare le risorse ed aumentare le condizioni di sicurezza clinica della rete ospedaliera;*

12. proporre, come soggetto sociale più rappresentativo della categoria di professionisti in possesso delle competenze tecniche – professionali e culturali maggiori in campo di organizzazione sanitaria, i requisiti minimi strutturali, organizzativi, tecnologici, funzionali e di dimensioni degli "ospedali generali" su cui costruire la nuova rete ospedaliera.

Nota 1: *i requisiti minimi in oggetto già esistono per Legge da parecchi anni e sono quelli relativi agli ospedali sede di DEA di 2° e 1° livello e sede di Pronto Soccorso (sanciti dalla Legge, ancora vigente,*

sull'organizzazione dell'urgenza ed emergenza e del 118) e sono ancora attuali sul piano tecnico;

Nota 2: *l'urgenza e l'emergenza costituiscono l'attività peculiare, più complessa e più rischiosa di un "ospedale generale" per cui i requisiti minimi per tale attività, possono a buon titolo essere presi come requisiti tecnici minimi per individuare gli ospedali della nuova rete ospedaliera;*

Nota 3: *compito di un'Associazione Sindacale rappresentativa di una dirigenza di tipo tecnico professionale, quale quella sanitaria, e con forte ruolo propositivo e politico è quello di mettere a disposizione dei decisori tecnico – politici la competenza e l'esperienza dei propri iscritti suggerendo i requisiti tecnici minimi (a maggior ragione se questi sono già previsti per legge e se è stata soggetto attivo nel passato alla loro individuazione) e superando così gli egoismi interni; compito della dirigenza tecnico – politica è quello di far tesoro dei principi tecnici suggeriti e di scegliere sulla scorta di questi quali ospedali chiudere, quali trasformare e quali potenziare per far acquisire tali requisiti.*



MODELLI ORGANIZZATIVI TRA VECCHIO E NUOVO

A cura di **Mario Lavecchia, Giuseppe Montante, Carlo Palermo**

L'ospedale dei sogni è una struttura agile, moderna, ben inserita nel territorio, capace di garantire cure di alta qualità e il meglio della tecnologia. La divisione in padiglioni appare anacronistica perché si adattava alle esigenze di un'altra medicina. Reparti enormi, unità di misura il ricovero, anziché il più efficace sistema del day hospital e del day surgery affiancati da una funzionale rete di ambulatori.

L'organizzazione di molti ospedali italiani appare oggi obsoleta: sono strutture belle da un punto di vista architettonico ma davvero non sembra una situazione normale quella in cui il paziente che deve fare una Tac prima di essere sottoposto ad un intervento chirurgico viene trasportato in barella attraverso i viali o i tunnel sotterranei. I chiostri che ancora adesso vengono attraversati da medici in camice bianco sono suggestivi ma devono sparire. Gli ospedali «estensivi», di grandi dimensioni, rispetto a quelli «intensivi» che tutti noi vorremmo, hanno un difetto enorme, costano troppo.

(riflessioni di I. Marino)

I FATTORI DI MUTAMENTO

I principali fattori di cambiamento in campo sanitario accaduti negli ultimi anni, in continuo mutamento e caratterizzanti i modelli di sanità che ritroviamo nelle realtà sanitarie italiane si possono così sintetizzare:

- Variazioni in campo epidemiologico e demografico
- Nuovi modelli organizzativi
- Evoluzione tecnologica
- Mutamento delle competenze delle professioni coinvolte ed un aumento del genere femminile specie nella professione medica
- Maggiori aspettative ed informazione del cittadino utente
- Vincolo della sostenibilità economica
- Federalismo “sanitario” e Regionalizzazione della sanità

In sintesi e per punti, al fine di una maggiore comprensione, si ricordano:

- L'organizzazione dipartimentale è diventato il modello organizzativo di riferimento anche se realizzato in modi diversi ed in continuo mutamento nelle varie realtà
- La sempre maggior diffusione della pratica del governo clinico
- La partecipazione organizzativa dei vari attori coinvolti
- I nuovi modelli organizzativi che hanno come punti di riferimento:
 1. L'integrazione dei vari momenti assistenziali
 2. L'appropriatezza delle cure
 3. La tempestività: prenotazione informatizzata e monitoraggio dei tempi di attesa per i ricoveri
- La sempre maggiore richiesta di umanizzazione dell'assistenza
- Le innovazioni tecnologiche
 1. Alta intensità tecnologia (accentrata o decentrata al letto del paziente)
 2. Tecnologia miniaturizzata distribuita capillarmente sul territorio od accessibile in remoto che permetterà diagnosi sempre più fuori dall'ospedale
 3. Tecnologie oggi complesse che nel futuro saranno “di massa” e potranno essere diffuse a livello domestico e gestite direttamente dai pazienti
- La innovazioni in campo terapeutico e la possibilità di sostituzione della chirurgia con prevenzione e terapie “intelligenti”
- La concentrazione degli ospedali in centri ad altissima specializzazione con una vocazione prevalente sulla chirurgia di eccellenza, collegati tramite la robotica a distanza con ospedali lontani
- I nuovi modi di affrontare l'emergenza: dal modello “scoop and run” (raccolgi e corri verso l'ospedale) a quello dello “stay and play” (stabilizzare sul posto o stare ed agire)
- I progressi nei trasporti che rendono le distanze un fattore meno limitante
- L'obsolescenza delle strutture che sarà molto più rapida obbligando in futuro una costruzione improntata a criteri di massima flessibilità

- La richiesta di sempre maggior confort alberghiero nelle strutture sanitarie
- La gestione delle scorte con la progressiva riduzione degli spazi per i magazzini e la logistica dei materiali sanitari e non gestite da fornitori esterni passando dalla teoria del sistema push (produrre prodotti finiti per il magazzino in attesa di essere venduti) a quella del pull o just in time (produrre solo ciò che è stato venduto o che si prevede di vendere in tempi brevi)
- L'ospedale che va sempre più verso al domiciliarietà e si concentra
 1. In strutture di media e grandi dimensioni attorno alla chirurgia pesante e d'urgenza, alla rianimazione e terapia intensiva
 2. In strutture di piccole dimensioni focalizzate su chirurgia elettiva di media e alta specializzazione
- La necessaria integrazione "strategica" tra welfare pubblico e "il privato".

Tutti questi fattori ed altri di natura strettamente localistica o determinati da leggi e/o disposizioni regionali stanno caratterizzando i nuovi modelli sanitari nelle varie regioni italiane.

E' evidente che come sindacato ci dobbiamo porre la domanda verso quale modello andiamo o vorremmo andare e come possiamo governare/partecipare il mutamento per evitare di esser travolti dagli eventi.

Quali i possibili assetti del sistema ospedaliero?

I modelli che stanno prendendo piede in molte realtà sanitarie italiane vanno verso due direttrici divergenti: gli ospedali organizzati a rete e gli ospedali organizzati in rete

In questa modalità organizzativa avremo la rete, costituita dalle relazioni fra le strutture coinvolte e i nodi della rete o centri di produzione.

Elementi distintivi tra i due modelli sono il grado di autonomia e/o la gerarchia fra le strutture coinvolte e il grado di relazioni fra i vari nodi della rete

Il concetto di rete integrata ha inoltre un'implicazione di politica sanitaria, in quanto nega la competizione fra le singole unità produttive della rete e ne richiede la loro

cooperazione, secondo i diversi livelli di complessità dell'intervento loro attribuito

Nello specifico gli ospedali organizzati a rete sono caratterizzati da legami forti fra gli ospedali che ne fanno parte con una reale riconfigurazione della offerta. L'obiettivo di questo rete è il passaggio dalla competizione fra le varie strutture coinvolte alla collaborazione fra le stesse.

In questo modello ritroviamo:

1. **Modello Hub & Spoke** (centro di gravità unico) integrazione verticale con una complementarietà delle vocazioni specialistiche dei singoli ospedali e delle loro UU.OO.
2. **Reti poliantenne** (con centro di gravità multipli) integrazione orizzontale con diversificazione della mission degli stabilimenti e complementarietà delle vocazioni specialistiche dei singoli ospedali e delle loro UO
3. **Reti paritetiche** senza centri di gravità
4. **Reti miste**

Il modello "Ospedali organizzati in rete" è caratterizzato invece da legami deboli fra gli ospedali che ne fanno parte senza una vera configurazione dell'offerta. L'integrazione fra i vari stabilimenti ospedalieri è fondata prevalentemente sul coordinamento tecnico scientifico, protocolli e percorsi diagnostici terapeutici, fra le varie strutture coinvolte senza modificarne la vocazione produttiva e la struttura.

Date queste premesse i possibili modelli organizzativi che si possono avere sono:

Il modello Hub & Spoke

La "Capillarizzazione dell'ospedale"

Gli Ospedale per intensità di cure

Il Chronic Care Model

L'Ospedale di prossimità

Le Cure Intermedie e l'Ospedale di Comunità

Le reti cliniche integrate

1) Il modello Hub & Spoke

Potremmo sottotitolare questo argomento come la ricerca di coniugare qualità e sostenibilità economica cercando di raggiungere una equità di accesso a prestazioni di qualità uniforme.

La teoria Hub & Spoke esprime un'idea dinamica (prima che strutturale) dell'assistenza, collegata ai gradi di complessità. Quando una determinata soglia di complessità viene superata, si trasferisce la sede dell'assistenza da unità produttive periferiche a unità centrali di riferimento (i termini periferici e centrali non necessariamente sono riferibili a localizzazioni geografiche).

Il riassetto organizzativo che si realizza destruttura in parte l'organizzazione precedente, sovraordinando, nell'ambito del processo produttivo specifico, i legami funzionali della rete a quelli interni ai singoli presidi ospedalieri. La stessa possibilità di sovraordinamento investe le funzioni amministrative attivate nel percorso di cura e il Controllo di Gestione.

Il modello disegna l'organizzazione dei servizi afferenti alla medesima linea di produzione, concentrando gli interventi ad alta complessità in centri di eccellenza (Hub) e distribuendo i terminali di accesso in centri sottoordinati (Spoke), garantendo la miglior qualità dell'assistenza erogata e il miglior utilizzo delle risorse organizzative disponibili.

Le caratteristiche del modello sono una minima congestione dei centri, una forte specializzazione degli stessi, una ridotta rivalità fra i servizi, la massima efficienza tecnica, l'eliminazione delle ridondanze, la concentrazione della casistica e la tempestività di passaggio degli utenti tra i vari nodi costituenti la rete.

I presupposti per arrivare ad una rete Hub & Spoke sono la definizione dell'assetto della rete (distribuzione territoriale dei centri), la gerarchia fra i centri di produzione ed il sistema delle relazioni funzionali fra i centri.

La metodologia di lavoro prevede:

- L'individuazione dei bacini di popolazione di riferimento in relazione ai fabbisogni specifici e ai volumi di attività relativi al mantenimento della clinical competence
- La definizione delle caratteristiche dei nodi della rete
- La definizione dei criteri di riferimento fra i servizi
- Le modalità attraverso le quali mantenere le competenze del centro leader e di quelle

attraverso le quali renderle disponibili alla periferia

- Le connotazioni del sistema informativo
- Le modalità del commissioning

La rete così individuata potrà avere vari "livelli" di ospedali:

- Hub di II livello (focused factories: centri di second referral nei quali è trattata l'elezione ultra-complessa e differibile, i trapianti, le malattie rare, ecc. Potrebbero essere anche mono-specialistici.
- Hub di I livello ospedali di alta specializzazione ma generalisti con bacino di riferimento regionale e, per alcune specialità anche nazionale
- Ospedali portanti: sedi dei DEA, generalisti ma con specializzazione crescente su branche diffuse, collegati a distanza con i centri di I e II livello
- Ospedali di prossimità: punti di primo intervento, collegati a distanza con gli ospedali portanti, eseguono una casistica generale di base.

Dal punto di vista organizzativo potremo avere invece:

- Dipartimenti o strutture intermedie inter-stabilimento o inter-aziendali
- Struttura a pendolo: le equipe mediche si spostano tra i vari nodi della rete
- Tecnologie che permettono alle strutture di diverso livello di comunicare ed effettuare, se necessario, diagnosi e refertazioni a distanza
- Riconversione ospedali di piccole dimensioni
- Ridimensionamento di reparti con bassa performance
- Trasferimento in regime ambulatoriale di prestazioni erogate in DH
- Introduzione dell'osservazione breve intensiva
- Soppressione reparti di piccole dimensioni
- Disattivazione di posti letto di riabilitazione

Quali le Criticità?

- Definizione specifica delle funzioni HUB
- Criteri del sistema di relazioni fra nodi, centri intermedi e centri periferici

- Pianificazione divergente rispetto alle strutture o alle relazioni funzionali precedentemente esistenti
- Relazione fra pianificazione regionale ed autonomia aziendale
- Contestabilità
- Commissioning
- Modalità di finanziamento.

2) La “Capillarizzazione dell’ospedale”

Questo modello è favorito da alcuni fattori quali:

- L’evoluzione tecnologica che rende disponibili a domicilio del paziente o trasportabili sul posto, apparecchiature spesso utilizzabili non solo da professionisti meno esperti ma anche dagli stessi pazienti,
- la disponibilità di farmaci “intelligenti” e per l’automedicazione
- il modello “*chronic care model*” per la cura a distanza di tutte le patologie croniche
- l’ospedalizzazione domiciliare anche con fondi di investimento privati che lavorano per conto del SSN.

In questo caso i possibili “livelli” della rete ospedaliera potrebbero essere:

- Hub metropolitani scompare la differenza tra AO, AOU e IRCCS che si fondono insieme in un unico grande *Hub Metropolitano* che si occupa di Ricerca, Didattica ed Assistenza.
- Spokes di appoggio ospedali di piccole dimensioni, esclusivamente appendici dei primi dove, tramite le tecnologie e la robotica a distanza, si svolgono interventi chirurgici a distanza.
- Domicilio gli ospedali ambulatori permettono di portare direttamente al domicilio del paziente le tecnologie diagnostiche; il teleconsulto è il metodo più utilizzato per effettuare visite mediche.

3) Gli Ospedali per intensità di cure

Intensità di cura per ogni singolo paziente vuol dire rispondere in modo diverso, per tecnologie, per competenze, per quantità e qualità del personale assegnato, ai diversi gradi di instabilità clinica e di complessità assistenziale.

I criteri di attribuzione al livello di cura specifico sono:

- Livelli di gravità o instabilità clinica (associata alla alterazione di determinati parametri fisiologici come frequenza respiratoria, frequenza cardiaca, ecc.)
- Gradi di complessità assistenziale sia medica che infermieristica (associata al livello di monitoraggio ed intervento richiesto).

La risposta a tali diversità deve essere graduata per intensità di cura, in setting omogenei per tecnologie, quantità e composizione del personale assegnato. Il principio ispiratore dell’organizzazione della degenza diventa quindi la similarità dei bisogni e dell’intensità di cure richieste piuttosto che la contiguità tra patologie afferenti ad una disciplina specialistica.

Avremo conseguentemente una **Congruenza Verticale** Livello di cura e assistenza appropriato al bisogno e una **Integrazione Orizzontale**. Gli specialisti intervengono sui pazienti “ovunque essi siano”, si favorisce la collaborazione multidisciplinare e lo sviluppo dei percorsi.

L’applicazione di questo modello prevede o potrebbe generare l’individuazione di “Nuove figure professionali”:

1. **Il medico tutor**, individuato dal Direttore della specialità di riferimento, incaricato per un periodo sufficientemente lungo per garantire la continuità assistenziale, che garantisca la continuità clinica e la comunicazione con gli altri specialisti e con il MMG e prende in carico entro 24 ore il paziente ricoverato ed è titolare della stesura, modifica e follow-up del piano diagnostico-terapeutico. Cruciale è il rapporto tra numero pazienti/*tutor* che non dovrebbe essere superiore a 20.

2. **Infermiere referente o infermieri tutor.**

L’infermiere referente è responsabile dell’assistenza al paziente affidatogli e dei risultati del progetto assistenziale. Gli altri infermieri svolgono il ruolo di “associati”: erogano le prestazioni secondo programma e garantiscono la continuità assistenziale in assenza dell’infermiere referente.

Valuta i bisogni assistenziali e si fa carico dei collegamenti con l’assistenza infermieristica del territorio di residenza.

3. Il tutor farmaceutico?

Fornisce adeguate informazioni riguardo l'uso appropriato dei farmaci e l'eventuale segnalazione di effetti indesiderati.

La nuova modalità di rapporto fra le varie figure professionali coinvolte diviene il briefing ed il rebriefing mentre lo strumento per garantire la "continuità assistenziale" diventa la cartella clinica integrata.

Criticità: aspetti organizzativi generali

- Il modello per intensità di cura non può prescindere dalle caratteristiche dimensionali e strutturali di ogni singolo ospedale
- Il modello dovrebbe essere strutturato secondo due percorsi separati riguardanti la patologia in elezione e la patologia in urgenza – emergenza, in particolare in quei presidi ospedalieri in cui sia presente una cospicua casistica di patologia in urgenza-emergenza.
- La riorganizzazione dell'ospedale non può prescindere da una contemporanea ed efficace riorganizzazione del territorio per assicurare continuità assistenziale soprattutto per quelle patologie croniche che vanno frequentemente incontro a riacutizzazioni necessitanti ricovero in ospedale per acuti.
- Perdita del lavoro di equipe medico infermieristica.
- L'assetto variabile del posto letto assegnati all'area potrebbe creare un modello dispersivo.

4) Chronic Care Model

Alla base del modello, prima ancora dei diversi livelli di patologia, troviamo l'area della prevenzione del rischio e promozione della salute. L'obiettivo è superare il modello "medico" della malattia acuta, dimostratosi inefficace ad affrontare le patologie non suscettibili di guarigione, il coinvolgere le nuove figure che collaborano alla gestione delle patologie croniche e sull'organizzazione in team, l'autogestione nella fase stabile delle patologie croniche del paziente e dei suoi familiari, l'utilizzo di linee guida e registri di patologia, che permettono un approccio programmato, e non di attesa, alla malattia. Il risultato dovrebbe essere la riduzione del numero

di ricorsi imprevisti, o in emergenza, al centro specialistico.

I livelli d'intervento sulla base del livello di rischio e di bisogno assistenziale dei pazienti sono:

- *Supported self care* (autogestione guidata): il 70-80% della popolazione affetta da malattia cronica, si avvale di programmi di supporto all'autogestione e tecniche di counselling
- *Disease specific care management*: attraverso l'utilizzo di professionalità in contesti multidisciplinare, la pianificazione di attività programmate (registro di patologia, linee guida, richiami programmati, ecc.)
- *Case management*: pazienti che richiedono interventi intensivi, altamente specialistici ed estremamente personalizzati.

5) Gli Ospedali di prossimità

Sono strutture sanitarie territoriali con poche decine di posti letto, sotto la responsabilità istituzionale del Distretto e che vede la partecipazione di figure diverse (MMG, medici dipendenti, specialisti ambulatoriali, medici della continuità assistenziale). Garantisce assistenza residenziale temporanea di natura medico - infermieristica, con prevalenza della componente assistenziale infermieristica - a persone dimesse da strutture ospedaliere per acuti per il completamento delle cure, oppure a persone affette da situazioni cliniche non trattabili a domicilio, ma che non richiedono il ricorso a strutture ospedaliere per acuzie e post-acuzie.

L'obiettivo è riqualificare ed ampliare il livello dell'offerta non strettamente ospedaliera resa ai cittadini in prossimità delle loro residenze ed è un modello di riconversione qualificazione per i piccoli ospedali altrimenti destinati a chiudere.

In questo modo si potrebbe costituire un luogo privilegiato per l'erogazione di quelle cure che non trovano possibilità di erogazione in una struttura territoriale, poiché necessitano di elevati livelli di integrazione tra funzioni e presenza di ambienti "protetti" e se erogate attraverso strutture ospedaliere di "maggiori dimensioni" possono ridurre la complessità del case-mix, la redditività della struttura, e, in alcuni casi, produrre un uso inappropriato o opportunistico del ricovero

favorendo l'integrazione tra strutture ospedaliere e territoriali e la condivisione di risorse umane e tecnologiche.

La Dotazione standard prevede un reparto di degenza a gestione infermieristica ed assistenza medica prestata da medici ospedalieri, MMG e medici della continuità assistenziale (H24)

- Punto di primo soccorso con assistenza prestata dai medici ospedalieri e/o medici della continuità assistenziale (H24)
- Poliambulatorio multispecialistico, con assistenza prestata dai medici ospedalieri e/o medici specialisti ambulatoriali (H12)
- Direzione sanitaria
- Radiologia, laboratorio di base, farmacia
- Collegamenti telemedicina con centri di livello superiore.

6) Le Cure Intermedie e l'Ospedale di Comunità

La differenza è molto sottile.

L'Ospedale di Comunità è più spostato sul versante sanitario in quanto all'origine del ricovero dovrebbe esserci sempre un problema di salute; mentre le Cure Intermedie sono più spostate sul versante sociale, all'origine del ricovero possono esserci solo problematiche sociali.

I principi base delle cure intermedie sono: Integrazione ospedale-territorio, la gestione attiva dei problemi dei pazienti, l'empowerment" del paziente e dei caregiver (educazione e autotrattamento) ed il Governo clinico (leadership medica).

Esempi di programmi/strutture delle cure intermedie

- Programmi di pre-ammissione ospedaliera
- Programmi di dimissioni precoci/protette ("transitional care")
- Strutture riabilitative
- Riabilitazione domiciliare
- Ospedalizzazione domiciliare
- Ospedale di comunità

7) Le reti cliniche integrate

E' un' organizzazione dei servizi presenti negli ospedali che attraverso l' integrazione con i servizi territoriali distrettuali, assicurano a tutti i cittadini il

livello primario dell'assistenza in un determinato territorio garantendo la cosiddetta autosufficienza territoriale intesa come garanzia per tutti, in condizioni di equità, di poter fruire delle prestazioni, di complessità assistenziale medio – alta, necessarie ai loro bisogni assistenziali e quando è possibile sposta gli operatori sanitari verso il cittadino e non viceversa.

Il modello di reti integrate non è esclusivo dell'ospedale potendo essere applicato anche a servizi a valenza territoriale.

I PROTAGONISTI PROFESSIONALI DEL MUTAMENTO

Se questi sono i possibili modelli organizzativi di approdo che certamente prevedono una ristrutturazione dell'offerta, sia in termini di quantità sia di qualità, con differenziazione fra centri di produzione e fra i singoli professionisti medici, con la previsione che in futuro certamente ci sarà un "minor " bisogno di medici ma anche una loro maggior qualificazione professionale e competenze cliniche specifiche e diversificate, tutti fattori che potrebbero creare difficoltà comprensive fra gli stessi medici.

Un altro elemento importante e da non sottovalutare sono i "nuovi" protagonisti professionali che affiancheranno i medici in questa fase di mutamento.

L'evoluzione delle normative di riferimento ha spostato l'ottica dei servizi, centrati sul la figura del medico, a quello della collaborazione multiprofessionale ed interdisciplinare riconoscendo il prodotto " sanità" o "salute" come il risultato di un processo complesso che richiede la compartecipazione ed integrazione di più soggetti con competenze specifiche, proprie autonomie oltre che sviluppi di carriera diversificati e non sempre gerarchicamente sovrapposti.

In questo caso è importante porsi alcuni interrogativi così sintetizzabili:

Quali sono i confini delle specifiche competenze? Quali i livelli di responsabilità? Sia professionali che gestionali?

Quali i rapporti e le relazioni professionali nell'ambito delle equipe?

Quale è lo specifico professionale del medico?

Quale il campo di attività delle “professioni sanitarie”?

La conoscenza delle competenze di ogni singolo professionista, che opera nel SSN ed il riconoscimento ed il rispetto della autonomia e lo sviluppo della carriera professionale sono condizioni utili per migliorare l’appropriatezza di tutto il processo assistenziale. La confusione di ruoli e delle responsabilità può generare non solo una perdita di trasparenza degli atti e della tracciabilità delle responsabilità dei singoli ma anche un inutile e improduttiva frammentazione del processo stesso.

Date queste premesse si pone il problema della “Governance interna all’ospedale”.

Dove la centralità del sistema? Di volta in volta vengono evocate varie situazioni e vari attori quali il paziente, il medico, il manager o altre non ben definite figure.

Il combinarsi di questi elementi può determinare scenari diversi nella governance dell’ospedale

Dal punto di vista gestionale la gestione potrà essere affidata ad Manager non medico (ingegneri, economisti...) o ad un Manager medico mentre il sistema potrà essere incentrato sul “Paziente Centrico” o sul Professionista centrico.

Di conseguenza potremo avere medici con un ruolo di consultant ed infermieri che acquisiscono una reale status, oltre che competenze manageriali forti.

Potremmo avere uno smorzamento del conflitto con i medici oppure un inasprimento della conflittualità tra i medici e chi gestisce effettivamente l’ospedale; conflitto che potrebbe condurre ad una progressivo collasso del sistema organizzativo.

Caso contrario potremo avere qualora i professionisti, rimasti ancorati ai vecchi modelli culturali spingano verso la disgregazione dell’ospedale in mini-cliniche autonome con prevalenza di un modello di ospedale infrastrutturale, nel quale i muri delimitano gli spazi di “proprietà” della specialità e le tecnologie sono ad uso esclusivo del reparto con frammentazione delle risorse e la proprietà delle risorse produttive.

RIFLESSIONE FINALI

L’ospedale che cosa è o è stato?

In origine l’ospedale costituiva un contenitore generico per persone senza fissa dimora, emarginati sociali, poveri nel corpo e/o nello spirito, derelitti di ogni genere e anche da malati, ma a tutti questi l’Ospedale dava solo Ospitalità (*).

L’ospedale che cosa è o è stato?

Un insieme storico non statico in costante fermento vitalizzato dagli “interessi” dei protagonisti, Curanti, Pazienti, Amministratori, Mondo economico e produttivo, che intorno all’ospedale costruiscono il loro legittimo “bussiness” ciascuno nell’intento di realizzare un ospedale “migliore” dal proprio punto di vista. (*)

L’ospedale del futuro che cosa sarà?

Nell’attesa possiamo certamente dire che rappresenterà una forte discontinuità con il modello passato e presente; discontinuità che sarà il risultato:

Del coinvolgimento attivo e paritario di tutte le componenti professionali e non

Della partecipazione alla programmazione del cittadino, direttamente o tramite le associazioni che lo rappresentano,

Della evoluzione di nuovi modelli assistenziali.

Delle innovazioni tecnologiche.

Una discontinuità che sarà caratterizzata dal quadro economico finanziario e dai mutamenti demografici ed epidemiologici.

Che fare nell’attesa?

Un sindacato come il nostro non può esimersi dal dibattere l’argomento in oggetto e decidere le direttive da seguire in merito a:

- nuovi modelli organizzativi
- formazione del medico
- salvaguardia e tutela della professione medica,
- precariato e mobilità dei medici
- rapporti con le nuove professioni
- governance interna
- programmazione sanitaria.

(*) liberamente tratto da “Nascita ed evoluzione dell’ospedale” C. Catananti

LA RIVOLUZIONE DI GENERE: CRITICITÀ E PROSPETTIVE

A cura di **Maria Antonella Arras,**
Alberta Orrù, Alessandra Spedicato

La rivoluzione di genere nel mondo della medicina è una realtà ormai dimostrata incontrovertibilmente dai dati. Se guardiamo il numero complessivo degli iscritti in Italia nei 105 Ordini provinciali, suddivisi per genere e per fascia d'età quinquennale, possiamo notare che il sorpasso femminile avviene per i medici nella fascia d'età 40-44 anni, quindi già da almeno 10-15 anni, mentre per gli odontoiatri è avvenuto solo ora, con le ultime iscrizioni dei neolaureati (fascia d'età 24-29 anni).

I dati regionali si presentano con alcune variazioni che però non modificano sostanzialmente il quadro, confrontiamo ad es. i dati della regione

ITALIA: MEDICI TOT N. 337.879, ODONTOIATRI TOT. 25.360

ANNI	medici maschi	medici femmine	odontoiatri maschi	odontoiatri femmine
24-29	4.094	7.452	1.063	1.074
30-34	9.657	16.868	2.763	2.102
35-39	11.500	16.437	2.765	1.589
40-44	12.535	13.349	3.214	1.457
45-49	22.151	18.517	3.305	1.236
50-54	36.321	23.907	1.722	415
55-59	44.928	20.375	1.207	226
60-64	28.689	6.614	494	70
65-69	10.745	1.962	192	24
70-74	9.979	1.433	159	21
75 e >	18.226	2.138	249	12
TOTALE	208.826	129.053	17.134	8.226
	61,8%	38,2%	67,6%	32,4%

che ci ospita, l'Abruzzo (che essenzialmente non si discostano molto dai corrispondenti nazionali) con le due regioni agli estremi del quadro nazionale per quanto riguarda la presenza di genere, la Campania e la Sardegna:

ABRUZZO: Totale 9.086, di cui MEDICI 8.353 E ODONTOIATRI 733

ANNI	medici maschi	medici femmine	odontoiatri maschi	odontoiatri femmine
24-29	108	225	29	41
30-34	225	483	67	75
35-39	278	424	69	59
40-44	298	331	81	46
45-49	534	493	85	39
50-54	916	718	43	15
55-59	1.195	609	51	8
60-64	682	108	11	2
65-69	189	23	5	
70-74	175	15	2	
75 e >	305	19	5	
	4.905	3.448	448	285
	58,7%	41,3%	61,1%	38,9%

CAMPANIA: Totale 35.917, di cui MEDICI 34.061 E ODONTOIATRI 1.85

ANNI	medici maschi	medici femmine	odontoiatri maschi	odontoiatri femmine
24-29	576	757	127	95
30-34	1.254	1.443	256	148
35-39	1.230	1.085	284	89
40-44	1.443	929	317	77
45-49	2.557	1.341	273	71
50-54	4.561	2.162	70	7
55-59	5.480	1.714	25	4
60-64	3.091	455	6	1
65-69	1.046	111	3	
70-74	931	86	1	
75 e >	1.691	118	2	
	23.860	10.201	1.364	492
	70%	30%	73,5%	26,5%

SARDEGNA: Totale 11.916, di cui MEDICI 11.212 E ODONTOIATRI 704

ANNI	medici maschi	medici femmine	odontoiatri maschi	odontoiatri femmine
24-29	118	238	31	40
30-34	290	684	59	72
35-39	397	719	73	45
40-44	416	573	80	59
45-49	573	788	90	57
50-54	976	1.038	42	17
55-59	1.222	957	20	6
60-64	734	299	6	
65-69	376	85	3	
70-74	232	39	2	
75 e >	398	60	2	
	5.732	5.480	408	296
	51,1%	48,9%	58%	42%

Come si può notare, negli ultimi anni le iscrizioni agli Ordini dei Medici delle colleghe sono state quasi il doppio di quelle dei colleghi, e questo trend è già visibile anche per le iscrizioni agli albi degli Odontoiatri. Si può quindi immaginare che siamo nel braccio destro di una curva Gaussiana, e che entro pochi anni, forse una decina, con il pensionamento delle fasce d'età più avanti con gli anni, prevalentemente maschili, la professione medica sarà quasi del tutto femminile.

I dati delle iscrizioni a Medicina e Chirurgia, Veterinaria e Odontoiatria confermano questa tesi: le donne iscritte a Medicina e Chirurgia sono il 58,8% del totale, ma considerando anche le iscrizioni agli altri due corsi di studio, ritenuti fino ad ora più "maschili", rimangono la maggioranza, con oltre il 57% di donne.

che potrà provocare, specie in branche meno appetite dalle donne (ad es. la neurochirurgia, etc.) gravi carenze nella sanità.

Ma l'approccio alla professione e al paziente è diverso? E quindi lo squilibrio tra generi può essere un ulteriore problema che dovrà affrontare la sanità?

In alcuni stati dell'U.E. già da alcuni anni si sono fatti studi specifici sulle differenze di genere nell'approccio ai problemi della sanità e al malato. Mentre gli uomini sembrerebbero più propensi ad intervenire sulle patologie gravi (infarto, chirurgia del cervello etc.) - che nella gerarchia medica hanno più prestigio - le donne sembrano avere un'ottica che punta a risultati a lungo termine privilegiando anche aree considerate di basso prestigio; le donne sono risultate portatrici di

Iscritti anno accademico 2008-2009 - Tutti gli atenei

Classe di corsi di studio	Iscritti totali		Iscritti regolari		Iscritti al 1° anno		di cui immatricolati al 1° anno per la 1° volta	
	totale	Di cui donne	totale	Di cui donne	totale	Di cui donne	totale	Di cui donne
46/S medicina e chirurgia	54665	32134	44236	25882	8364	4631	5946	3275
47/S medicina veterinaria	105	64	98	58	15	11	15	11
52/S odontoiatria e protesi dentaria	4794	1881	3928	1580	781	311	462	186
TOTALE	59564	34079	48262	27520	9160	4953	6423	3472

Le principali motivazioni ipotizzabili che hanno portato in questi ultimi anni ad un minor accesso alla professione da parte degli uomini sono:

- la caduta vertiginosa del prestigio professionale;
- la precarietà e il minor valore economico del lavoro del medico;
- anche l'iscrizione alla Facoltà a numero chiuso può favorire il genere femminile, che di norma esce dalla scuola secondaria più preparato e con voti più alti;
- e, forse, la crescente dedizione che comporta il lavoro del medico.

Questa situazione solleva non poche preoccupazioni: così come non era fisiologica una professione medica quasi del tutto maschile, con poche eccezioni per specialità più inerenti l'indole femminile (es. pediatria, sanità pubblica etc) così è francamente patologica l'assenza di colleghi,

cambiamento perché tendono ad avere una visione più globale e pongono all'ordine del giorno della politica sanitaria priorità diverse: la prevenzione, l'informazione e l'integrazione tra sociale e sanitario.

Prestano maggiore attenzione ai problemi legati alla maternità e all'infanzia, alla prevenzione del cancro al seno e all'utero, alla cura dell'anziano, delle malattie croniche, della persona più che della malattia, all'ascolto del paziente più che al prestigio e al potere. Non diciamo che un genere è più "bravo" dell'altro, prendiamo atto delle diversità e riteniamo che sarebbe utile ed arricchente per entrambi i generi potersi confrontare rispettandosi a vicenda e integrando i diversi punti di vista, anche nelle dinamiche professionali.

Ad esempio, il problema della libera professione è prettamente maschile, in quanto per una donna

medico le priorità sono altre, e riguardano fondamentalmente la necessità di conciliare lavoro con la vita familiare, l'educazione dei figli, l'assistenza ai genitori anziani, il supporto al compagno e, se ne avanza, qualche rara volta, non bisogna dimenticare l'aggiornamento professionale e le proprie esigenze personali.

MA QUALI PARI OPPORTUNITA'?

Negli ultimi anni si è registrato in tutto il mondo sviluppato un progressivo aumento del numero delle donne medico. Negli Usa il numero di donne iscritte alla Facoltà di medicina in quindici anni è aumentato del 425% rispetto ad un incremento maschile del 79% e i più recenti dati Istat dimostrano che in Italia la presenza delle iscritte donne alla facoltà di medicina ha raggiunto il 67% della popolazione studentesca. Tuttavia negli stessi paesi l'aumento delle presenze femminili nella professione medica sembra avere una correlazione diretta con i maggiori tassi di disoccupazione e sotto occupazione registrati.

Ma a fronte di questa crescente presenza femminile nel mondo della professione medica la progressione di carriera e i posti direttivi, insomma il potere, resta saldamente in mano agli uomini.

Secondo i dati pubblicati dalla Ragioneria Generale dello Stato i medici donna sono 40173 corrispondenti al 36% del totale ma se si considera il numero dei dirigenti di UOC e UOS donne la percentuale diminuisce rispettivamente al 12,6% e al 27,4% del totale dei professionisti. Questo dato disaggregato per Regioni offre un quadro molto diversificato. Si va da Regioni dove quasi la metà dei professionisti sono donna, come la Sardegna con un conseguente più alto numero di dirigenti di UOC e UOS a Regioni dove la presenza delle donne medico è inferiore alla media nazionale come Puglia, Calabria, Molise e Trentino nelle quali le donne che diventano direttore di UOC sono appena il 10% del totale.

Alla luce di tutto questo parlare di Pari Opportunità diventa un esercizio retorico se non addirittura ipocrita.

Il 2007 è stato dichiarato l'anno delle pari opportunità. Nessuno meglio di noi donne medico sa cosa significa dover quotidianamente dare il meglio di sé nel lavoro, dove deve comunque dimostrare sempre un pò di più per avere il rispetto di pazienti e colleghi per poi ricominciare

ad occuparci della casa e della famiglia, una volta "finito" il lavoro. Donne-medico, oberate dal peso di un doppio lavoro e limitate giocoforza nella scelta della carriera lavorativa.

Ma, nonostante i problemi delle donne siano molto rilevanti, parlando di Pari Opportunità non ci si deve riferire solo a problemi di genere (maschile/femminile), ma anche di razza, religione, disabilità o comunque di gruppi minoritari che necessitano di maggior tutela nella loro attività lavorativa. E' sicuramente obbligatorio porre attenzione a questi campi poichè non sempre, nonostante la particolare comprensione che dovremmo avere come medici, ci comportiamo correttamente con colleghi disabili o che lo diventano dopo incidenti cardiovascolari o incidenti gravi.

Il cammino delle pari opportunità sarà lungo e complesso, e necessita della collaborazione e intelligenza di tutti, ma in particolare dei colleghi uomini: non ci potrà essere pari opportunità finchè continueremo a parlarne solo tra donne. Parità vuole dire riconoscimento delle rispettive prerogative, rispetto reciproco e accettazione delle differenze. Ma da dove cominciare Azioni prioritarie possono essere:

- diffusione delle informazioni, magari attraverso corsi ad hoc sulle opportunità della legge e sulle tecniche di comunicazione;
- sicurezza: le donne sono ovviamente più esposte a rischi quando lavorano nei turni notturni o in ambulatori isolati;
- sorveglianza dei fenomeni di discriminazione, anche latente, e dell'applicazione puntuale delle leggi, anche attraverso osservatori presso le segreterie regionali.

DONNA E MEDICO: MISSION IMPOSSIBLE?

(testimonianza di una collega)

Quando una giovane donna decide di iscriversi alla facoltà di Medicina e Chirurgia, tra le innumerevoli difficoltà che dovrà affrontare, non pensa che vi sarà anche quella di dover fare i conti con il suo desiderio di metter su famiglia. Se ne renderà conto quando, al primo colloquio di lavoro, le verrà chiesto, dopo i titoli di studio, l'esperienza, le pubblicazioni e quant'altro, se è sposata o se ha figli. A questo punto la non più tanto giovane dottoressa (nel bene o nel male

saranno passati almeno 10 anni dal fatidico giorno dell'iscrizione) potrà cogliere la malizia della domanda e decidere di rispondere come la sua astuzia le consiglia di fare.

Probabilmente è l'ignoranza ad alimentare questo timore che la Maternità incida in modo drammatico sui costi di un ospedale. Partendo dal presupposto che i grandi poli ospedalieri possono essere assimilabili dal punto di vista gestionale e finanziario ad una azienda vale dunque anche per le ASL una recente ricerca dell'Università Bocconi di Milano che è apparsa sul quotidiano la Repubblica del 14/10/2009. L'articolo, riportando lo studio, mette in evidenza come la voce Maternità incida solo dello 0,23% sui costi annuali a fronte di voci di bilancio molto più onerose (la cancelleria per esempio) e su cui non si può pensare di investire a lungo termine: una dipendente può essere formata e negli anni apporterà valore aggiunto, con la sua professionalità ed esperienza, all'azienda mentre una risma di carta una volta consumata avrà bruciato il suo valore!

Il costo medio di una maternità per una grande azienda è di circa 23200 euro l'anno ma a gravare di più è l'incertezza che segue la redistribuzione delle mansioni a seguito dell'assenza e la necessità di riorganizzare il lavoro tra le persone. Nel ricordare l'importanza di una quota rosa nell'organico di un ospedale si può pensare ad diverso approccio del mondo femminile al lavoro, alla sensibilità diversa nel rapporto con il paziente e alla prevenzione dei conflitti che si possono instaurare nei lavori di equipe.

La banca d'Italia stima che una crescita dell'occupazione femminile possa aumentare il Pil del +7%.. e nessuno ha ancora quantificato quanto una donna, gratificata nella sua vita personale da una maternità, possa ulteriormente dare di valore aggiunto al suo lavoro!

I problemi lavorativi si complicano notevolmente quando una donna decide di avere un figlio e la sua tipologia di contratto è a tempo determinato o, ancor peggio, di tipo libero professionale (Co.Co.Co). Fatto salvo che almeno la prima tipologia di contratto prevede tutti i diritti e le tutele della maternità di un contratto a tempo indeterminato mentre il secondo lascia la dipendente in balia dell'incertezza (sospendere il

contratto per poi riprenderlo successivamente? Continuare a lavorare a oltranza?) il dubbio che assale la futura mamma è un altro: mi rinnoveranno il contratto allo scadere dello stesso o preferiranno assumere qualcun altro libero dalle incombenze legate alla nascita di un figlio? A questo punto scatta nella psicologia della donna un meccanismo perverso che la spinge a lavorare ad oltranza per dimostrare all'Azienda e anche a se stessa di essere un dipendente valido e volenteroso e che la maternità non potrà interferire su quelle che sono le sue capacità professionali e di carriera. Naturalmente tutto ciò in deroga a qualunque norma di sicurezza che prevede l'allontanamento della donna incinta da mansioni a rischio (art. 11 D.Lgs. 151/2001) e in un ospedale queste non sono poche (reparti con rischio radiologico, chimico, biologico e psicologico!) per cui la gestante medico deve essere indirizzata in reparti specifici. Ma l'azienda è ben capace di non affrontare il problema (magari trincerandosi dietro la lungaggine burocratica di dare una nuova assegnazione) o di far finta di nulla, contando anche sul fatto che la dipendente non chiederà mai un esonero per dimostrare di non essere un peso per l'Azienda e per cercare di guadagnarsi il rinnovo del contratto. Come la storia andrà a finire non è dato saperlo, a buona grazia del Primario o del destino, ma sta di fatto che quel periodo di grazia che è l'attesa di un figlio per tante lavoratrici medico diviene un momento di paure e di dubbi su quello che sarà il loro futuro di professioniste.

Ma cerchiamo di essere ottimisti e immaginiamo che la neo mamma possa continuare la sua professione dopo aver goduto del congedo obbligatorio (tre mesi), del congedo parentale (1 mese), di qualche ferie residua e magari di qualche altro giorno rosicchiato tra malattia bambino e altre forme di assenza dal lavoro. Sono passati dunque almeno 7 mesi (aggiungendo i due mesi obbligatori di assenza dal lavoro prima del parto e augurandoci che la donna abbia avuto una gravidanza che non l'abbia costretta ad assentarsi ulteriormente) dall'ultima volta che ha timbrato il suo cartellino e qualche remora la assale nel confronto con il suo primo paziente: 'sarò ancora all'altezza?'. 'Avrò dimenticato qualcosa'?

Il dubbio è ancora più giustificato se la donna è specialista in branche chirurgiche dove la sicurezza e l'abilità sono frutto della pratica quotidiana e una assenza prolungata può essere rischiosa per la sicurezza della professionista e per la salute del paziente.

L'azienda non si preoccupa di assicurarsi che la sua dipendente, al rientro, abbia un sostegno nel reinserimento sebbene questo sia previsto da una modifica dell' articolo 9 della legge dell'8 marzo 2000, n. 53 dove è previsto per le Aziende Ospedaliere un contributo qualora si svolgano programmi ed azioni volti (punto a) a consentire di usufruire di particolari forme di flessibilità di orari e di organizzazione del lavoro –banca ore, orario flessibile entrata e uscita, turni e sedi diverse, orario concentrato - e (punto b) a favorire il reinserimento delle lavoratrici dopo un periodo di congedo parentale o per motivi comunque legati ad esigenze di conciliazione.

A quanto detto è importante ricordare che la lavoratrice non può essere adibita a mansioni a rischio biologico, radiologico, psicologico fino ai 7 mesi di vita del bambino e anche fino ad un anno qualora vi sia prosecuzione dell'allattamento materno. Dunque nel campo della chirurgia, anestesia, radiologia, oncologia, psichiatria vi è una grossa limitazione a quello che una donna può svolgere al suo rientro dal lavoro e questo può influire notevolmente sulla sua incentivazione al rientro stesso quando a ciò si aggiunge anche il relegamento a mansioni secondarie visto la non completa disponibilità lavorativa della dipendente. Ma le difficoltà e i dubbi sul ritorno a lavoro non finiscono qui: non tutte le strutture ospedaliere offrono la presenza di nidi aziendali e i nidi esterni comunali (un miraggio!) o privati che siano possono non comprendere l'elasticità di orari che il lavoro del medico richiede - dove si conosce l'orario di ingresso ma non si ha mai certezza sull'orario dell'uscita (d'altronde la nostra non è una missione?) - e dunque la donna si ritrova a gestire con difficoltà la separazione dal figlio. Affidare alle cure di un nido un figlio è un costo non indifferente per una famiglia e se questo onere si va ad aggiungere alla difficoltà psicologica della separazione dal bambino, alle difficoltà nel reinserimento, alla mancanza di incentivi o sostegni economici per il bambino

sorge spontaneo alla mente della donna-medico la domanda: perché non resto a casa?

Una soluzione a quanto esposto non è facile ma si può iniziare a riflettere su alcuni punti.

Innanzitutto rendere consapevole le Aziende Ospedaliere del potenziale femminile, inteso come una diversa capacità della donna nell'interazione con il paziente, nell'analisi dei problemi da affrontare e nelle dinamiche di gruppo per i lavori di equipe.

Obbligare le Aziende a continuare per un congruo periodo di tempo il rapporto di lavoro con la dipendente che rimanga incinta durante il periodo di collaborazione, magari riconoscendo anche un canale preferenziale di assunzione alla lavoratrice con figli.

Creare una commissione di controllo che vigili sull'attuazione dell'art.6 e art.11 D. Lgs 151/2001 (tutela della maternità e valutazione dei rischi) e emissioni di sanzioni penali qualora queste non vengano rispettate.

Obbligo di tutoring per un congruo periodo (30 giorni?) al momento del rientro dopo una aspettativa prolungata; qualora la dipendente non possa riprendere a pieno le proprie mansioni per incompatibilità con l'allattamento (camera operatoria, pronto soccorso, radiologia, ecc) frequentazione di corsi di aggiornamento che possono arricchire il bagaglio culturale del reparto di appartenenza. Incentivi economici per il rientro o sostegno spese per l'asilo nido qualora l'azienda non fornisca il servizio. In provincia di Milano si sta realizzando un asilo finanziato congiuntamente dalla Provincia e dall'Azienda ospedaliera che ospiterà sia i bambini figli dei dipendenti che degli altri residenti. L'idea potrebbe essere adottata anche da altre realtà così da creare strutture di ricezione a costi condivisi. L'ultimo punto su cui, a mio avviso, è importante soffermarsi a riflettere è questo:

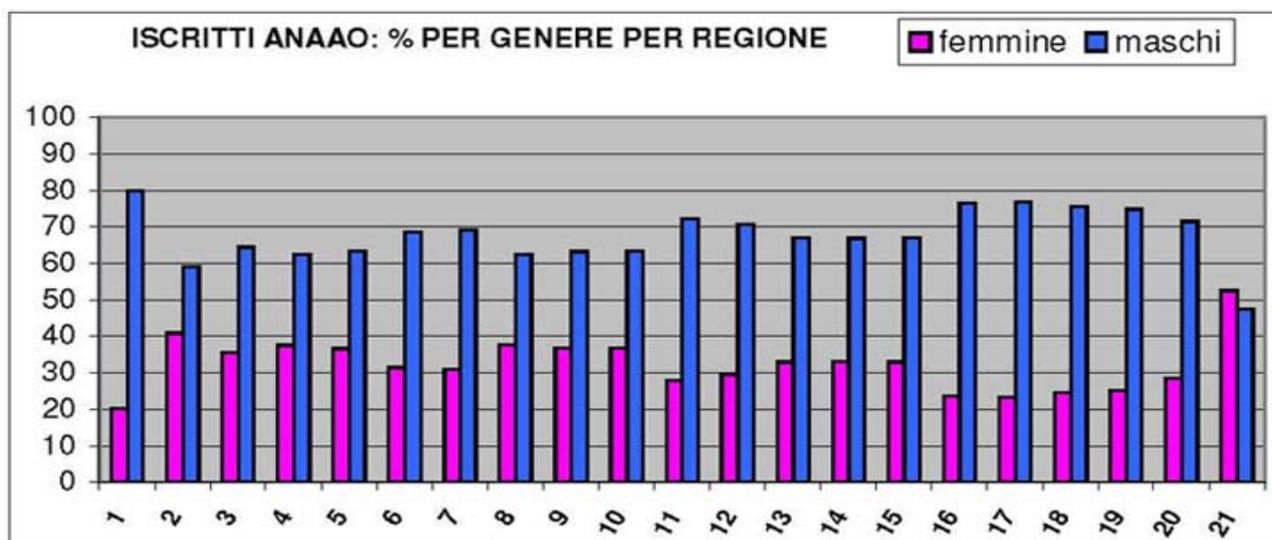
“Dietro ad ogni donna madre medico c'è un uomo che è diventato padre..”.

Normativa di riferimento

1. L. 30/12/1971 n. 1204: Tutela lavoratrici madri.
2. DPR 25/11/1976 n. 1026: Regolamento esecuzione della L. 1204.
3. D.Lgs. 25/11/1996 n. 645: Tutela Lav. Madri (Recepimento norme CEE).
4. L. 5/02/1999 n. 25: (Art. 17) Divieto del lavoro notturno delle gestanti.
5. L. 8/03/2000 n. 53: Flessibilità dell'astensione obbligatoria.
6. Decreto Intermin. 21 luglio 2000, n.278: Reg. attuazione dell'art. 4 della Legge 53/2000.
7. D.Lgs. 26/03/2001, n. 151: Testo unico delle disposizioni legislative in materia di tutela e sostegno della maternità e della paternità, a norma dell'articolo 15 della legge 8 marzo 2000, n. 53.

CONCLUSIONI

Al termine proponiamo alcune osservazioni inerenti la presenza femminile nel nostro Sindacato. Le iscritte Anaaò sono attualmente circa un terzo, quindi la percentuale è più o meno corrispondente a quella delle iscrizioni agli Ordini dei Medici. Il quadro, Regione per Regione, è il seguente:



- 1 VALLE D'AOSTA
- 2 PIEMONTE
- 3 LOMBARDIA
- 4 BOLZANO
- 5 TRENTO
- 6 VENETO
- 7 FRIULI
- 8 LIGURIA
- 9 EMILIA ROMAGNA
- 10 TOSCANA
- 11 UMBRIA
- 12 MARCHE
- 13 LAZIO
- 14 ABRUZZO
- 15 MOLISE
- 16 CAMPANIA
- 17 PUGLIA
- 18 BASILICATA
- 19 CALABRIA
- 20 SICILIA
- 21 SARDEGNA

IL PRECARIATO MEDICO NEL SISTEMA SANITARIO

A cura di **Vincenzo Boccia, Angelica Parodi, Costantino Troise**

Con il termine precariato si intende, generalmente, la condizione di chi vive, involontariamente, in una situazione lavorativa che rileva, contemporaneamente, due fattori di insicurezza: mancanza di continuità del rapporto di lavoro e mancanza di un reddito adeguato su cui poter contare per pianificare la propria vita presente e futura. Il precariato intacca la qualità della vita in termini di progettualità personale e sociale.

Occorre ricordare che sebbene flessibilità e precariato siano due fenomeni indirettamente correlati, ma non sovrapponibili e assimilabili, si caratterizzano entrambi per l'espansione delle forme contrattuali atipiche.

All'interno degli schemi contrattuali c.d. flessibili, il precariato emerge quando si registrano contemporaneamente più fattori discriminanti rispetto alla durata, alla copertura assicurativa, alla sicurezza sociale, ai diritti, all'assenza o meno dei meccanismi di anzianità e di Tfr, al quantum del compenso ed al trattamento previdenziale. Esso si connota soprattutto come compressione dei diritti del lavoratore dentro gli schemi del mercato del lavoro e limitazione, quando non violazione, dei diritti d'associazione sindacale.

La dimensione del fenomeno è di difficile misurazione a causa di vari elementi, primo fra tutti il fatto che nel momento in cui la flessibilità nel mercato del lavoro ha iniziato ad aumentare non erano ancora disponibili specifici strumenti di rilevazione che consentissero di valutarne i possibili fenomeni degenerativi.

Il lavoratore precario che detiene una partita IVA o è comunque riconosciuto come libero professionista nelle varie tipologie contrattuali solo raramente è adeguatamente remunerato. Anzi, spesso è costretto ad aprire la partita IVA per permettere all'Azienda Ospedaliera o all'Azienda Sanitaria che lo fa lavorare di non dover avere con lui alcun tipo di rapporto dal punto di vista

previdenziale. La gran parte delle partite IVA aperte da precari, in questo modo, rispecchiano solo una precisa volontà di evasione contributiva da parte della controparte. Il fatto di detenere una partita IVA, da un punto di vista economico, infatti, non costituisce alcuna garanzia di solvibilità, come si incaricano di dimostrare le banche quando un precario si rivolge loro per chiedere un prestito od un mutuo, spesso negati perché il richiedente non può fornire solide garanzie di sicurezza economica visto che la sua professione non offre solide garanzie per il suo futuro.

Le donne precarie sono discriminate due volte: in quanto precarie, ed in quanto donne per il "costo" della maternità, che è in realtà un diritto sancito dallo statuto dei lavoratori.

L'incertezza legata al contratto a progetto o al precedente contratto di collaborazione coordinata e continuativa (spesso abbreviato con "co.co.co", e attualmente non più consentito tranne che nelle pubbliche amministrazioni), spesso utilizzati per dare vita a forme di precariato, consente al datore di lavoro, il quale rinnova per diversi anni la stessa collaborazione, di aggirare il problema del licenziamento e di mettere in atto un evidente risparmio contributivo e salariale. Infatti è sufficiente attendere la scadenza del contratto (necessariamente ravvicinata nel tempo, di solito entro l'anno solare) e limitarsi a non assumere il lavoratore l'anno successivo.

Il datore di lavoro non è infatti tenuto a motivare una mancata assunzione in quanto il contratto non costituisce un periodo di prova, ma un lavoro a termine. Anche se il lavoratore che dia buona prova delle sue capacità è spesso assunto nuovamente negli anni successivi, non necessariamente con stipendio maggiore (come avverrebbe con l'aumento di anzianità in caso fosse un lavoratore dipendente), in molti casi non lo saprà che poco prima dell'effettiva chiamata, il che rende difficile pianificare in anticipo le proprie scelte professionali e di vita.

IL PRECARIATO IN CIFRE

Uno studio condotto da due ricercatori dell'Istituto per lo Sviluppo della Formazione dei Lavoratori e dell'Istituto Nazionale di Statistica, rispettivamente

quantifica alla fine del 2006 in circa 2.809.000 i lavoratori con forme contrattuali “precarie”, cui andrebbero sommati ulteriori 948.000 lavoratori provenienti da esperienze lavorative “precarie” terminate ed in cerca di nuova occupazione, per un totale di 3.757.000 lavoratori. Nel loro studio i due ricercatori evidenziano anche che non sempre un periodo di lavoro flessibile diviene l’anticamera a forme contrattuali più stabili, ma che anzi con il passare del tempo dall’introduzione di queste forme lavorative “il tasso di conversione di occupazioni precarie verso lavori stabili è sempre più basso e il momento della trasformazione del contratto sempre più posticipato nel tempo” e che tra i precari sono presenti non solo giovani alle prime esperienze lavorative, ma anche una “non trascurabile” presenza di over-40.

I lavoratori precari hanno finora contribuito con 33 miliardi di Euro a colmare il disavanzo dell’INPS. L’attuale attivo di cassa imputabile ai precari è di 5,6 miliardi di Euro, che certo non verranno impiegati per il pagamento delle loro pensioni.

IL CASO DELLA SANITÀ

In Sanità le forme di precariato più frequenti sono il contratto di lavoro a tempo determinato ottenuto tramite avviso pubblico con procedura concorsuale per soli titoli, ed i contratti di collaborazione coordinata e continuativa o a progetto.

Le tipologie si differenziano per vari aspetti.

Il cosiddetto vincitore di avviso pubblico, va a ricoprire un posto di Dirigente Medico per un tempo determinato, durante il quale dovrebbe essere espletato il concorso per la copertura a tempo indeterminato di quel posto vacante in pianta organica.

Quasi sempre accade, però, che il concorso, ove mai bandito, non viene espletato, ed il contratto del Dirigente medico viene rinnovato di contratto in contratto per vari anni. Questa procedura anomala spesso viene attuata intervallando i rinnovi con periodi di interruzione che penalizzano il Dirigente impedendogli di acquisire l’anzianità necessaria a godere degli scatti contributivi o alla progressione di carriera. Esistono esempi di

precari Dirigenti Medici con 15 anni di servizio prestato.

Non solo, la forma del rinnovo, soprattutto in quelle regioni in cui il deficit economico ha bloccato la possibilità di bandire avvisi pubblici nuovi, ha reso il medico precario particolarmente ricattabile.

Ulteriore criticità sono le garanzie contrattuali spesso negate pur se previste dal CCNL, come accade in alcune Aziende sanitarie della regione Campania che rifiutano costantemente ai Dirigenti Medici precari la possibilità del ricorso al congedo straordinario per concorsi, per aggiornamento o, ancor più grave, per gravi motivi familiari.

Il CCNL 2006-2009 (Articolo 15, Disposizioni particolari: nel computo dei cinque anni di attività ai fini del conferimento dell’incarico, rientrano i periodi svolti con incarico dirigenziale a tempo determinato, senza soluzione di continuità. CCNL 2006-2009) sancisce che anche il Medico con contratto a tempo Determinato con anzianità di servizio superiore a 5 anni può avere un incarico di direzione di struttura semplice ovvero di natura professionale anche di alta specializzazione, di consulenza, di studio e ricerca, ispettivi, di verifica e di controllo indicati nell’art. 27, comma 1 lett. b) e c) del CCNL dell’8 giugno 2000.

Anche se innovativa tale norma è imperfetta, perché ammesso che si maturino 5 anni continuativi, una volta avuto l’incarico, se interrotti lo si perde? E che differenza di esperienza vi è tra chi ha 5 anni continuativi o chi ha 9 anni totali intervallati da uno o più periodi di interruzione?

Peggiora la condizione dei colleghi con contratti Co. Co. Co. e Co. Co. Pro., ove anche le garanzie minime sono assenti, quali il diritto alla maternità per le donne, e si è costretti ad orari di lavoro tipici delle fabbriche inglesi dell’800, ma con tutte le responsabilità dei cosiddetti Medici strutturati.

Un passo avanti per il superamento di questa situazione era stato fatto con la legge finanziaria 2007 (Legge 27 dicembre 2006 n. 296).

Tale legge prevedeva che coloro i quali avessero ricoperto un incarico con contratto di lavoro a tempo determinato per almeno 36 mesi, anche con interruzione, potevano richiedere di

trasformare i contratti da tempo determinato a tempo indeterminato.

La normativa è stata recepita dalle Regioni in tempi ed in modi differenti.

Alcune regioni, tra cui l'Emilia Romagna hanno attivato concorsi con posti riservati a coloro i quali erano in possesso dei requisiti previsti.

Ma tale procedura se da un lato ha stabilizzato alcuni, dall'altro ha messo fuori molti colleghi, dal momento che i posti messi a concorso erano inferiori agli aventi diritto.

Il Veneto invece, con DGR 3540 del 06 novembre 2007 che recepiva un protocollo di intesa con le OO.SS., prevedeva la possibilità di trasformare, previa domanda, contratti da tempo determinato a tempo indeterminato, attraverso la formazione di apposite graduatorie riservate a coloro i quali avevano i requisiti richiesti, mentre il concorso con posti riservati era bandito per coloro i quali non avevano i requisiti contrattuali o temporali previsti. Ma tale normativa è stata dichiarata inammissibile dalla Corte Costituzionale.

La Campania con la legge L.R. n. 5 del 2008, ha emanato una legge regionale che prevedeva la stabilizzazione previa domanda per coloro i quali avevano maturato i requisiti entro il 30 dicembre 2006. Ma anche tale legge, impugnata dal Consiglio dei Ministri presso la Corte Costituzionale, è stata dichiarata incostituzionale dalla Corte per cui è decaduta. Una nuova legge è stata emanata dalla Campania, prendendo in considerazione le eccezioni fatte dalla Corte Costituzionale. Ma nel frattempo i Medici titolari di contratto a tempo determinato sono rimasti nell'incertezza più totale, con il licenziamento di alcuni, la proroga dei contratti di 15 giorni in 15 giorni di altri, per i più fortunati di sei mesi in sei mesi mentre altri ancora hanno subito interruzioni con la perdita dell'anzianità maturata anche dopo 4-5anni.

In tale caos legislativo e comportamentale, le Aziende Sanitarie sia Locali che Ospedaliere non hanno, in vari casi, nemmeno il conto di tutte le forme contrattuali a tempo determinato, con cui i colleghi operano al loro interno. Infatti, se per coloro i quali hanno un contratto a tempo determinato stipulato in seguito ad un avviso

pubblico, si ha un elenco, così non è per tutte le altre forme contrattuali, intendendo anche i contratti stipulati addirittura con i singoli dipartimenti o primari. Eppure tali colleghi, sono coinvolti nell'attività assistenziale.

Al momento solo alcune regioni sono andate avanti con la stabilizzazione, mentre la maggioranza, non ha attivato alcuna procedura. Sarebbe auspicabile che nelle more dell'espletamento delle procedure di stabilizzazione, le regioni stipulassero un protocollo d'intesa col le OO.SS. che prevedesse il mantenimento in servizio dei precari, senza interruzioni, per periodi lunghi come è stato fatto per i Medici dipendenti del Ministero della Salute.

Ancor più virtuoso sarebbe l'individuazione di percorsi formativi decentrati che prevedessero l'inserimento del giovane specialista nelle realtà delle Aziende Sanitarie ed Ospedaliere con un minimo periodo di precariato e che questi, successivamente venisse assorbito, previo giudizio positivo del direttore dell'UOC e/o del Dipartimento, ove ci fosse vacanza, in pianta organica con concorsi interni.

Tale procedura sarebbe volta alla valorizzazione delle esperienze acquisite nelle aree ove si è prestato servizio e con una progressione di carriera ed economica più rapida e dinamica che guarda non solo all'anzianità di servizio ma anche alle capacità del singolo individuo a prescindere dalla tipologia di contratto.

CONCLUSIONI

Oggi, anche all'interno del sistema sanitario, l'occupazione medica tende a calare e, forse anche per effetto del deficit di finanziamento nazionale e dei piani di rientro previsti per alcune Regioni, l'isola dei garantiti si è ristretta mentre il mercato del lavoro è andato balcanizzandosi con un inverosimile aumento delle tipologie contrattuali. E' evidente che questa situazione non può protrarsi all'infinito se non altro per le inevitabili ripercussioni sulla qualità delle prestazioni sanitarie erogate e dei percorsi formativi necessari ad una professione delicata quale quella medica.

Appare necessaria, perciò, una ampia riflessione, anche di parte sindacale ed ordinistica, sulle

caratteristiche che è andato assumendo il mercato del lavoro medico e sulle azioni più opportune per riunificarlo, anche per evitare fenomeni di dumping sociale ed economico, peraltro già evidenti.

Per intanto si potrebbe intervenire sulle forme di lavoro dipendente mascherato a partire dalle partite IVA in mono committenza e sulla durata minima dei contratti a tempo determinato da ricondurre alle procedure dell'avviso pubblico nelle more dell'espletamento dei concorsi previsti dalla Costituzione.

Proprio perché ancora poco conosciamo sulla evoluzione della occupazione medica in relazione alle carenze numeriche previste per i prossimi anni e non sappiamo ancora quale sarà il conto che la crisi delle finanze regionali ci farà pagare in termini di taglio dei posti di lavoro, appare oggi urgente porre argini alla crescente precarizzazione del lavoro medico all'interno dei presidi ospedalieri.

Una conoscenza più puntuale delle dimensioni del fenomeno potrebbe essere di aiuto anche per richiedere soluzioni legislative generalizzate che tengano conto, perlomeno, dei casi di più lunga durata.

+



LA CRISI DELLA DOMINANZA MEDICA: DAL DISAGIO AD UN NUOVO PROFESSIONALISMO

a cura di **Amedeo Bianco**

aprile 2010

I PARADIGMI DELLA MALATTIA

Nel prospettare il vasto e complesso scenario all'interno del quale vanno ricondotte le molteplici ragioni ed espressioni del crescente disagio professionale che i medici denunciano e vivono, non si può non partire dalle profonde e rapide innovazioni dei contenuti della medicina e dell'organizzazione e gestione dei servizi sanitari quali espressioni dei mutamenti sociali.

La sociologia della salute, giovane disciplina "umanistica" che (finalmente !) va acquisendo peso nella formazione della cultura medica e sanitaria, disegna un cosiddetto triangolo terapeutico (o della malattia): DIS (*Disease=patologia medica; Illness=esperienza di malattia della persona; Sickness=relazioni sociali della malattia*).

Disease è la malattia intesa come patologia di organi ed apparati secondo il più tradizionale ed ottocentesco paradigma biomedico, quello riduzionista dove l'oggetto è l'organo colpito, la funzione alterata, i processi fisico-biochimici che lo alimentano e (dis)regolano.

Il *disease* è stato ed è il motore della moderna medicina biotecnologica, l'oggetto dello straordinario sviluppo di conoscenze e competenze sempre più complesse da trasferire ed aggiornare della ricerca pura e traslazionale, del rapido sviluppo dei modelli di organizzazione e gestione delle attività, delle preoccupazioni sulla sostenibilità dei costi, infine di laceranti dilemmi etici in termini di equità ed accessibilità.

L'*illness* è la malattia rappresentata come vissuto della persona e riguarda dunque le modalità con le quali l'individuo percepisce ed interpreta determinate esperienze come malattia, anche quando questo "oggetto" non è strettamente riconducibile ad una patologia secondo il paradigma biomedico. L'*illness* vive dunque in una dimensione del tutto soggettiva, unica ed irripetibile.

La *sickness* può essere definita come una sorta di rappresentazione sociale sia dell'esperienza di malattia (*illness*) sia della patologia in senso biomedico (*disease*), in quanto sul primo versante definisce la quantità e la qualità delle tutele attribuendo diritti, doveri e ruoli sociali, sul secondo modella le pratiche mediche e sanitarie.

Queste considerazioni ben rappresentano come la malattia, al centro del tradizionale paradigma biomedico al quale è saldamente ancorata la storia del professionalismo medico di almeno due secoli, sia in realtà un oggetto mobile che costantemente fluttua all'interno dello spazio definito dalle tre diverse ed a volte conflittuali rappresentazioni: quella del malato, quella del medico, quella della società.

La malattia, territorio indiscusso o presunto tale dei dottori, è in realtà un fenomeno multidimensionale ed in costante mutamento non solo per gli aspetti tecnico scientifici, ma anche come prodotto dell'interazione delle esperienze soggettive delle persone malate ovvero dei numerosi condizionamenti che la società nel suo complesso impone alle pratiche professionali ed alle stesse possibilità di scelta dei cittadini.

IL TRAMONTO DEL VECCHIO PROFESSIONALISMO MEDICO

Questa chiave di lettura può risultare utile anche per interpretare e gestire quelle che ormai negli ultimi venti anni vengono indicate come le grandi sfide alla decadente dominanza medica e cioè l'irrompere nella sfera delle decisioni del cittadino informato, impaziente e consumatore, del managerialismo efficientista, della segmentazione esasperata dei saperi e competenze specialistiche derivanti da fonti sempre più difficili da garantire sul piano dell'autorevolezza ed indipendenza, della tecnologia che impone nuove organizzazioni del lavoro e nuovi ruoli anche per gli emergenti professionalismi sanitari.

Questi processi che costantemente destabilizzano le basi cognitive e relazionali dell'esercizio professionale producendo disagio, non sono di per sé fenomeni negativi, sollecitando in realtà lo sviluppo di modelli culturali, sociali, civili, organizzativi, gestionali adattativi ai cambiamenti che coinvolgono medici, medicina e sanità e che vanno interpretati e gestiti, salvo scontare una sostanziale marginalità tecnica, civile e sociale della professione.

A fronte di tale complessità, emerge con drammatica evidenza come il nostro sistema formativo universitario, prevalentemente ripiegato sul paradigma biomedico, appaia inadeguato a preparare i futuri medici alla sfida della gestione della multidimensionalità del fenomeno malattia che richiede, oltre i saperi tecnico scientifici il saper essere ed il saper fare.

Alla luce di tale considerazione appare più comprensibile quel fenomeno, all'apparenza paradossale, secondo il quale questo processo di smarrimento della identità professionale e di svuotamento di ruoli sociali e civili sia particolarmente avvertito in una fase in cui è invece in crescita esponenziale il grande patrimonio civile e sociale che ha costruito l'ascesa e l'affermazione della dominanza del professionalismo medico e cioè i saperi e i poteri della medicina sulla salute e sulla vita.

Vengono così a determinarsi nel vissuto e nel percepito dei medici, profonde incertezze sui fini e sugli scopi della medicina, della sanità e dello stesso esercizio professionale.

Queste incertezze vanno affrontate individuando i determinanti dei grandi processi di cambiamento, valutando il loro impatto tecnico professionale, etico e sociale sul complesso sistema delle cure e dell'assistenza, sulle pratiche professionali, per contrastarne le derive minacciose, per accettarne invece le sfide capaci di produrre miglioramenti e tentare così un riposizionamento, autonomo e responsabile, della professione medica nel core di quei processi decisionali che oggettivamente le competono e dai quali sempre più spesso risulta emarginata.

LE PROSPETTIVE DI UN NUOVO PROFESSIONALISMO MEDICO

Non è facile rivendicare ruoli autonomi ed avocare responsabilità in un contesto che, sempre più spesso, mette in evidenza preoccupanti inadeguatezze del decisore politico ad assumere le scelte che gli competono sugli aspetti direttamente connessi con il corpo umano e con i suoi valori etici e civili e più in generale con le questioni di carattere sanitario concernenti le garanzie dell'equità e dell'efficacia della tutela della salute.

Le scelte in sanità coinvolgono diritti dei cittadini e libertà delle persone ed, anche per questo, hanno bisogno di una politica buona capace cioè di scegliere gli indirizzi con autorevolezza, trasparenza e responsabilità, così come di una gestione dei servizi di cura ed assistenza competente ed efficiente nell'uso delle risorse.

Questo cerchio virtuoso fatica a chiudersi, se i professionisti sono tenuti nell'angolo, ridotti ad una anonima prima linea, esposta su un fronte sconfinato di mediazioni difficili, tra presunte infallibilità e i limiti della medicina e dei medici, tra domande infinite e risposte possibili, tra speranze ed evidenze, tra accessibilità e equità, tra chi decide e che cosa si decide.

Se è vera anche solo una piccola parte di quanto fino ad ora rappresentato, resta comunque enorme il compito di quanti si candidano ad un ruolo moderno ed efficace di indirizzo e governo della qualità dell'esercizio professionale non solo inteso come buona pratica tecnica ma anche come consapevole assunzione di responsabilità civili e sociali nella garanzia del diritto alla tutela della salute.

La storia di un recente passato ci consegna la speranza di una missione possibile, quella cioè di poter responsabilmente e legittimamente saldare interessi professionali ad interessi generali della comunità.

E' ancora possibile che la professione medica possa cessare di subire e cominciare a stupire se abbandonerà logiche e culture del passato, troppo spesso ridotte a mera difesa di interessi immediati

e parcellizzati, nell'illusione miope che salvando le rispettive parti si possa salvare il tutto, figlie dunque di convenienze contingenti, funzionali alla conservazione dello status quo e delle posizioni acquisite o da acquisire

Queste logiche e queste culture hanno chiuso i medici nelle varie ridotte professionali, i Sindacati di categoria, gli Ordini, le Società Medico-scientifiche, ognuno di queste legittimamente ed orgogliosamente custode delle proprie diversità e dei propri territori di competenza ed ognuno generosamente impegnato a dare le proprie risposte alla propria percezione dei propri problemi.

Ma, soprattutto, ognuna di queste si è collocata in punti diversi del triangolo terapeutico, ha letto e legge la malattia, il malato e la medicina dal suo punto di osservazione, cogliendo frammenti dei vari fenomeni e non i loro più complessi ed articolati movimenti

Il progetto che la professione, su iniziativa della FNOMCeO ha messo in campo prima e dopo la prima Conferenza Nazionale della Professione Medica svoltasi a Fiuggi, nel giugno 2008, fondato su una ampia coesione e sinergia delle rappresentanze storiche della professione nella costruzione di una piattaforma professionale comune, apre nuovi spazi di autorevolezza ed affidabilità verso i cittadini, le Istituzioni e la stessa Politica.

In questo senso, sul piano generale, assume un valore sostanziale l'esplicito pronunciamento sui principi etici generali che regolano il nostro sistema delle cure ed il nostro primo impegno deve dunque essere per una tutela della salute garantita da un Servizio sanitario universale, solidale, equo ed accessibile, assicurato nel finanziamento dalla fiscalità pubblica.

In questo modello la nostra professione individua non solo uno strumento formidabile di coesione tra strati sociali, generazioni, culture, per lo sviluppo dei diritti e delle libertà dei singoli e delle collettività ma anche le condizioni permissive per lo sviluppo della moderna medicina sempre più sospinta nella innovazione dalla ricerca, dal massiccio ingresso delle tecnologie, da una circolazione vertiginosa dei saperi e dei bisogni.

In questa nostra sanità caratterizzata dalla dominante presenza del terzo pagante pubblico che detta le sue regole, deve ancora compiutamente affermarsi un nuovo medico, quello che non possiede le strutture, le tecnologie e forse nemmeno le fonti dei suoi saperi ma che è invece determinante nel produrre l'efficacia dell'intero sistema quando si cala nell'universo delle domande delle persone e delle comunità, quando deve fare i colti con la tenuta delle risorse e con la fiducia dei cittadini.

Questo nuovo medico, nel promuovere e praticare l'appropriatezza clinica, dà nuove prospettive alla sua missione di sempre, quella definita in vari articoli del Codice Deontologico e scolpita nel Giuramento Professionale e cioè garantire la giusta distribuzione delle risorse secondo i bisogni, tutelare prioritariamente il bene salute e il bene vita, nel rispetto della libertà e dignità della persona, senza alcuna distinzione per quelle diversità vecchie e nuove (sociali, culturali, economiche, ambientali) che lo sviluppo della società moderne costantemente propone e che si traducono in forti elementi di disuguaglianze nell'accesso e nell'utilizzo delle tutele della salute. L'esercizio professionale del medico, autonomo e responsabile, costituisce altresì profilo di garanzia nella tutela della salute e della vita, che nessun altro può compiutamente e legittimamente avocare o revocare.

Questo ruolo non è una scelta del medico ma un suo obbligo tanto che la nostra professione è fortemente esposta e responsabile sul piano dell'accessibilità ad alcuni diritti costituzionalmente sanciti (tutela della salute e della vita, della libertà e dignità della persona, della giustizia, della riservatezza, etc.) e il quotidiano esercizio professionale inevitabilmente intercetta forti valori civili riferiti alla persona e alle comunità, sempre più plurali, o meglio sempre più globali, per culture, storie, religioni, riferimenti etici.

Non a caso tutta la costruzione etica e civile della Deontologia Medica e buona parte del futuro della professione medica ruota intorno ad un forte centro di gravità e cioè la relazione di cura o meglio l'alleanza terapeutica.

Questa scelta non è un romantico disegno illuminista o un accorto ripiego per reggere l'urto insostenibile del nuovo paziente-impaziente, ma il frutto più prezioso di intelligenze, di culture, di esperienze e sofferenze che hanno profondamente caratterizzato e talora condizionato i profili etici, civili e sociali di grandi questioni attinenti a diritti costituzionalmente protetti.

Lo stesso Codice Deontologico approvato nel dicembre 2006, rispetto al precedente del 1998 che aveva recepito i principi bioetici della Convenzione di Oviedo, appare meno paternalista e più lontano dalle suggestioni dei vecchi poteri e dei tradizionali autoritarismi della medicina e dei medici, per rafforzare invece una relazione medico paziente, equilibrata, di pari dignità, fondata sull'informazione e sul consenso che, nel momento di ogni scelta diventa un'alleanza.

Un passaggio culturale e professionale non facile e non scontato che per alcuni suona ancora come una rinuncia o quantomeno come una intollerabile

limitazione all'esercizio di una delega storicamente dominio indiscusso dei medici, in altre parole una sorta di capitolazione dell'autonomia del medico al prorompente emergere nelle scelte di un forte protagonismo del cittadino, a questo titolo variamente ridefinito come impaziente, consumatore, prepotente, esigente.

Può così accadere ed alcune esperienze lo confermano, che i conflitti oggi effettivamente comprimono l'autonomia dei medici ed oscurano ruoli e poteri, quali ad esempio i limiti oggettivi della medicina e dei medici a fronte di attese illimitate, la sostenibilità economica dei servizi sanitari scioccamente giocata su vincoli burocratici imposti, l'exasperato contenzioso medico legale, predatore di fiducia e di risorse ed alla base di devastanti pratiche difensive, i laceranti conflitti etici sulle scelte di inizio e fine vita vengano talora identificati come il prodotto di una ipertrofia del principio di autodeterminazione del paziente.

Il tramonto della storica "dominanza medica" rischia così di scaricare tutto il suo potenziale di frustrazioni professionali nella relazione di cura sollecitando una sorta di restaurazione di un neo paternalismo illuminato, un ritorno al passato improponibile e, per giunta, incapace a curare quel disagio.

La centralità dell'alleanza terapeutica è, invece, rafforzata in uno scenario di esercizio professionale nel quale i due soggetti della relazione di cura sono attraversati da profondi e travolgenti cambiamenti.

Il paziente è più consapevole dei suoi diritti, più informato e quindi più attento a rivendicare ed esercitare il proprio protagonismo nelle scelte; il medico è sempre più schiacciato tra i crescenti obblighi verso questo paziente e i vincoli del contenimento dei costi spesso malamente imposti e quindi percepiti come invadenti ed invasori delle sfere di autonomia e responsabilità proprie dell'esercizio professionale.

Ma è soprattutto cambiato il contenuto della relazione di cura:

- sul piano tecnico professionale, l'esplosione delle biotecnologie, della post genomica, delle nanotecnologie mentre esalta le potenzialità del tradizionale paradigma biomedico della diagnosi e cura della malattia accendendo attese e speranze quasi miracolistiche di nuovi straordinari poteri della medicina e dei medici sulla vita biologica dal suo inizio alla sua fine, fatica invece a far comprendere i propri limiti e a motivare gli insuccessi senza perdere fiducia e ruoli.

- sul piano etico, alcune di queste straordinarie conquiste si accompagnano a conflitti che toccano (e lacerano) valori profondi della persona e della

collettività, ed altre pongono seri ed inquietanti dilemmi di giustizia in ragione delle risorse limitate.

- sul piano civile e sociale, l'accesso equo a servizi di tutela efficaci, appropriati e sicuri sostanzia un diritto di cittadinanza contribuendo a determinare senso di appartenenza ad una comunità ed ai suoi valori di solidarietà di libertà di tutela dei più fragili.

Sul tema delicato delle Dichiarazioni Anticipate di Trattamento, un punto alto di sintesi di principi e valori si ritrova nel Documento che il Consiglio Nazionale della Fnomceo ha approvato a Terni nel giugno 2009 di cui si ricordano alcuni passaggi:

..... Ai medici pertanto spetta il difficile compito di trovare, all'interno dei suddetti principi, il filo del loro agire posto a garanzia della dignità e della libertà del paziente, delle sue scelte, della sua salute fisica e psichica, del sollievo della sofferenza e della sua vita in una relazione di cura costantemente tesa a realizzare un rapporto paritario ed equo, capace cioè di ascoltare ed offrire risposte diverse a domande diverse.

L'autonomia decisionale del cittadino, che si esprime nel consenso/dissenso informato, è l'elemento fondante di questa alleanza terapeutica al pari dell'autonomia e della responsabilità del medico nell'esercizio delle sue funzioni di garanzia:

In questo equilibrio, alla tutela ed al rispetto della libertà di scelta della persona assistita deve corrispondere la tutela ed il rispetto della libertà di scelta del medico, in ragione della sua scienza e coscienza.

Lo straordinario incontro, ogni volta unico e irripetibile, di libertà e responsabilità non ha dunque per il nostro Codice Deontologico natura meramente contrattualistica, ma esprime l'autentico e moderno ruolo del medico nell'esercizio delle sue funzioni di garanzia.

.....La professione medica coniuga quindi i suoi saperi e le sue competenze con i grandi principi che guidano, sotto il profilo deontologico, il moderno esercizio professionale:

- *il principio di giustizia che vieta al medico di discriminare i pazienti per condizione fisica e/o psichica e per ragioni sociali, economiche etniche e religiose;*

- *il principio di beneficiabilità e non maleficità che sancisce l'obbligo inderogabile in capo ad ogni medico di garantire la salute e la vita del proprio paziente nel rispetto dei suoi valori di riferimento, degli aspetti propri della persona e vissuti nella sua personale esperienza.*

- *il principio dell'autodeterminazione del paziente che riconosce alla volontà informata e consapevole del singolo paziente capace, il diritto*

a scegliere o non scegliere se attuare o sospendere i trattamenti diagnostico-terapeutici.

CONCLUSIONI

In un progetto che si propone di superare il disagio professionale di questi tempi, ci deve animare il comune disegno di una Professione medica vicina alle Istituzioni sanitarie, a supporto dei loro compiti di tutela della salute pubblica ed ai cittadini soprattutto dove e quando sono oltraggiati da disinformazione, silenzi, incapacità amministrative e colpiti nei loro diritti alla tutela della salute da una devastazione dei territori, degli ambienti di vita e di lavoro.

Una vicinanza ai cittadini, ai loro bisogni, alle loro inquietudini è oggi più che mai indispensabile per dare risposte forti ed equilibrate ai dubbi e alle incertezze tecniche, civili, etiche, che il travolgente sviluppo della medicina inevitabilmente propone.

Dobbiamo tutelare i nostri giovani, garantendone l'ottimale formazione di base e specialistica, favorendo il loro ingresso nella professione, proteggendo lo sviluppo delle loro conoscenze e competenze da fonti autorevoli e libere da conflitti di interesse.

Dobbiamo contribuire a rendere il sistema sanitario affidabile per i cittadini, a vincere la sfida della sostenibilità economica assumendoci la responsabilità morale e tecnico professionale dell'uso appropriato delle risorse.

Su questa strada il nostro futuro può ritornare nelle nostre mani.

UNIVERSITÀ E SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE

La formazione del medico

a cura di

Costantino Troise

Piero Di Silverio

Gianluigi Luridiana

aprile 2010

LA FORMAZIONE DEL MEDICO

A cura di **Costantino Troise, Piero Di Silverio, Gianluigi Luridiana**

La formazione del medico in Italia è un tema attuale ma allo stesso tempo datato. Attuale, perché evidente un problema di qualità della formazione, e nel prossimo futuro anche di quantità, dei medici italiani. Non nuova, perché da decenni assistiamo a tentativi di riforma in questo campo, con provvedimenti legislativi cui, spesso, non è poi seguita un'effettiva applicazione.

Tali provvedimenti hanno riguardato, oltre che l'aspetto formativo, l'inquadramento contrattuale, retributivo e previdenziale del medico in formazione specialistica che, sotto la spinta delle direttive europee vincolanti nei confronti delle quali la Repubblica Italiana è stata inadempiente per anni, ha trovato da poco una parziale soluzione, per quanto ampiamente perfettibile.

Il primo intervento del legislatore risale al 1991, quando il Decreto Legislativo 257 recepisce la direttiva CEE n. 82/76 che stabilisce il diritto alla retribuzione per il medico in formazione specialistica, il quale dovrà dedicarsi in maniera esclusiva al percorso di specializzazione senza potere svolgere altre attività lavorative. Vengono pertanto istituite delle borse di studio, prive peraltro delle tutele legislative e previdenziali proprie di un contratto di lavoro, il cui importo rimarrà invariato fino al 2006.

Nel 1995 fu, poi, emanato il Decreto Ministeriale concernente l'ordinamento didattico delle scuole di specializzazione del settore medico, che subirà negli anni diverse modificazioni e integrazioni.

Ma la svolta epocale per la formazione medica specialistica si ebbe, o meglio, si sarebbe dovuta avere, con il Decreto Legislativo 368 del 1999, che prevedeva per la prima volta un contratto di formazione per i medici specializzandi, insieme con una retribuzione congrua e tutte le tutele lavorative, assicurative e previdenziali proprie di un rapporto di lavoro subordinato. Il D. Lgs 368/99, tuttora in vigore, delinea un sistema incentrato sulla creazione di una rete formativa, propria di ogni scuola di specializzazione, comprendente le strutture qualificate del Sistema sanitario nazionale, con le loro professionalità e, soprattutto, la loro casistica. Il medico specializzando dovrebbe ruotare nelle strutture della rete, acquisendo le conoscenze e le pratiche professionalizzanti "sul campo" con la possibilità

di svolgere periodi di tirocinio in strutture qualificate di paesi esteri. Viene anche istituito un sistema di supervisione della formazione, basato su di un Osservatorio nazionale sulla Formazione Specialistica e su Osservatori Regionali, i cui membri sono di provenienza sia universitaria che ospedaliera, in misura paritetica, inclusi i rappresentanti dei medici in formazione.

Il Dlgs 368/99 è un provvedimento legislativo che, nei suoi intenti, sana la situazione di illegalità lavorativa e di assenza di ogni tutela cui erano obbligati a sottostare gli specializzandi, ponendo fine al disagio economico della categoria e prefigurando un sistema formativo equilibrato e, in prospettiva, sicuramente migliore.

Purtroppo l'applicazione di tutti gli articoli inerenti la natura contrattuale, retributiva e previdenziale venne immediatamente sospesa per mancanza di copertura economica. I medici in formazione dovettero aspettare otto anni per poter finalmente ottenere uno stipendio dignitoso e firmare un contratto, tra l'altro peggiorativo, rispetto alla versione originaria, soprattutto sotto il profilo previdenziale.

L'Osservatorio nazionale è stato invece istituito con "soli" sei anni di ritardo e comunque soltanto in questi ultimi tempi, nonostante le molte resistenze e grazie alla buona volontà della maggioranza dei suoi attuali componenti, è riuscito ad avviare le procedure di verifica dei requisiti e degli standard delle scuole di specializzazione. E' da auspicare che l'azione di controllo dei processi formativi possa essere svolta in maniera incisiva e che il potere sanzionatorio dell'osservatorio venga esercitato realmente, tralasciando i condizionamenti della politica e le pressioni lobbistiche baronali. Di contro, solo una minoranza degli osservatori regionali si riunisce regolarmente e svolge la sua funzione mentre altri o non hanno mai visto la luce o esistono solo sulla carta. E' fondamentale perciò che prendano effettivamente il via le procedure di verifica e controllo degli standard formativi delle scuole di specializzazione da parte dello Osservatorio Nazionale sulla Formazione Specialistica, applicando le misure previste nei confronti delle scuole inadempienti, perché il mondo accademico ha chiaramente ormai mostrato di non avere al proprio interno spinte innovatrici autonome che possano far cambiare la situazione.

Ma la constatazione più grave e preoccupante è che il sistema e, pertanto, la qualità della

formazione, non ha visto alcun miglioramento sostanziale. I giovani medici italiani continuano ad avere un gap notevole nei confronti dei colleghi europei, soprattutto in quelle discipline in cui l'esercizio pratico è essenziale e insostituibile.

Il riassetto del sistema delle scuole di specializzazione ed il nuovo ordinamento didattico, varati nel 2005 e introdotti lo scorso anno, fra miriadi di resistenze, non hanno intaccato i problemi di fondo.

La riduzione dell'abnorme numero di scuole di specializzazione esistenti in Italia è da considerare senz'altro un elemento positivo, seppure appaiano talora oscuri i criteri adottati per decidere quali scuole dovessero rimanere operative e quali chiudere. La riforma del percorso formativo con la suddivisione delle discipline in tre aree (medica, chirurgica e dei servizi) e la istituzione di un tronco comune per ogni area e delle attività professionalizzanti specifiche per ogni disciplina appare certo condivisibile. Ma un iter formativo migliore, come quello prefigurato dal riassetto, si otterrà solo se quanto stabilito non rimarrà sulla carta. La situazione al momento non cambia e i direttori di scuola hanno la facoltà di non applicare le norme, non incorrendo in alcuna sanzione. E possono inoltre arbitrariamente mantenere i giovani medici nelle cliniche universitarie, impedendo la rotazione nelle strutture del Servizio Sanitario Nazionale in possesso dei requisiti per far parte della rete formativa della scuola, che dovrebbero essere convenzionate con la struttura universitaria. Gli specializzandi costituiscono, infatti, un'importante, ancorchè occulta, risorsa delle strutture universitarie, in grado di assicurare i volumi produttivi che ne giustificano la esistenza.

La formazione rimane ancora inadeguata, assolutamente carente sotto l'aspetto della pratica e della multidisciplinarietà, e porta ad un prodotto semilavorato.

Lo affermano gli specializzandi stessi, come emerge in maniera evidentissima dalla recente indagine condotta da FederSpecializzandi, la maggior associazione di categoria, nata nel 2002 sull'onda delle proteste per la mancata applicazione del D.Lgs. 368/99. Oltre un terzo degli intervistati si dichiara insoddisfatto del proprio percorso formativo, con percentuali molto più alte per l'area chirurgica.

Viene da chiedersi che senso abbia stabilire per legge il numero di interventi che devono essere eseguiti come primo operatore da uno

specializzando in Chirurgia Generale (cosa tra l'altro che non esiste nella maggior parte degli altri paesi europei e che sarebbe superflua in un sistema "sano") quando poi i giovani chirurghi (come emerge drammaticamente dall'inchiesta di FederSpecializzandi) svolgono in realtà, in media, meno di un decimo degli interventi previsti. I quali, peraltro, vengono certificati in sede di esame finale senza che nessuno venga chiamato a rendere conto.

La mancata applicazione delle normative denota come non sia emersa finora senza dubbio una chiara volontà politica di mettere realmente mano al problema e sia mancata una decisa opera di persuasione a livello ministeriale nei confronti del mondo accademico.

Se nessuno mette in dubbio la centralità dell'Università nell'avvio e nel coordinamento del percorso formativo, è altrettanto fuori discussione che l'Università non può farcela da sola. Il mondo accademico ha sempre finora osteggiato il fatto che i "propri" specializzandi possano prestare la loro opera e formarsi nelle strutture extrauniversitarie. Ma la formazione specialistica del medico, è un primario interesse di chi fornisce l'assistenza sanitaria pubblica per cui non può non coinvolgere il SSN al quale il D.Lgs. 502/92 e s.m. attribuisce un ruolo rilevante regolamentato da appositi protocolli e rafforzato dalla previsione in capo al Dirigente Ospedaliero della titolarità dei corsi svolti presso una struttura del SSN. E' ammissibile che un sistema formativo serio possa rinunciare ad avvalersi della maggior parte delle proprie strutture sanitarie, anche di eccellenza, solo perché non sono a direzione universitaria, prescindendo totalmente dalle loro potenzialità didattiche?

Quando si riuscirà a togliere gli specializzandi dalle corsie intasate da molti camici e pochi pigiami dei policlinici universitari, per consentire loro di apprendere la professione dove i malati non mancano e dove la loro opera sarebbe sicuramente più utile al Servizio Sanitario Nazionale?

Questo appare uno dei temi centrali su cui continuare a battersi in futuro e senza la cui risoluzione non si riuscirà mai ad ottenere una formazione più pratica e meno teorica.

Un'altra riforma opportuna, alla quale ora finalmente si sta lavorando, sarebbe quella di una modifica radicale del concorso di accesso alle scuole di specializzazione: ci si auspica che l'esame diventi nazionale, con graduatoria unica,

senza gli elementi valutativi soggettivi presenti nell'esame attuale. Si otterrebbe così una prova di accesso più meritocratica e si eliminerebbe l'assoluta discrezionalità di cui ora possono godere i professori universitari nel selezionare i vincitori.

Non bisogna dimenticare poi che una formazione multidisciplinare, che diventi ricca di esperienze e di interscambi culturali e professionali, che possa fornire al medico basi solide e confronti costruttivi, non può far a meno della possibilità di svolgere periodi formativi all'estero. E' necessario perciò intervenire con fermezza nei confronti dei direttori di scuola che vietano agli specializzandi questa esperienza, prevista dalle norme legislative, come è altrettanto ovvio che questa possibilità debba essere garantita anche qualora lo specializzando presti servizio in una struttura ospedaliera.

Qualsiasi innovazione introdotta deve derivare dalla assoluta necessità di migliorare la formazione e non da spinte corporative. Ed è importante che i professionisti ospedalieri, quando finalmente verranno chiamati in pianta stabile a insegnare il mestiere ai giovani colleghi, lo facciano con entusiasmo e dedizione, vedendo in questo compito un onore ed un onere, difficile e impegnativo, senza incorrere negli stessi errori commessi dai colleghi universitari, in questo caso ancor meno giustificabili.

Di fatto, però, l'apporto dei Medici del SSN all'accresciuto compito formativo nell'ambito delle specializzazioni mediche a norma UE e dei corsi di laurea delle professioni sanitarie appare ancora di scarsa rilevanza quali-quantitativa, risentendo verosimilmente sia della "parsimoniosa" applicazione di parte universitaria, e regionale, della normativa, sia dell'assenza di elementi incentivanti, in termini economici e di carriera, per il personale ospedaliero che intenda fornire una funzione oltre che assistenziale anche didattica.

Oggi è diventato ineludibile l'apporto alla funzione didattica dei medici ospedalieri, sia come didattica formale che come attività di tutor clinico, e la necessità di una sua valorizzazione non per particolari rivendicazioni categoriali, per quanto legittime, ma perché una formazione pratico-professionale si acquisisce al meglio negli ospedali che hanno una naturale vocazione all'insegnamento pratico del "saper fare e saper essere", ambiti propri e peculiari delle strutture del SSN, senza il quale è facile prevedere uno stentato decollo ed un gracile sviluppo della

formazione delle nuove professioni e delle specializzazioni a normativa UE.

In conclusione, la strada da percorrere appare ancora lunga ma è diventata centrale la questione di un forte rinnovamento dei percorsi formativi e di un modello che non può più essere quello tradizionale delle facoltà, insufficiente per logiche e dimensioni a far fronte alla continua espansione di una domanda a carattere eminentemente pratico. Una discussione sui futuri luoghi della didattica medica deve prendere in considerazione nuovi contenitori ove la preparazione teorica sia immediatamente embricata nella attività pratica con un rapporto docente-discente diretto e capillare e le funzioni tutoriali sul campo accompagnino e completino le conoscenze teoriche acquisite in aula. Ciò presuppone la riforma della politica della formazione e la negazione della convinzione politica autoreferenziale della superiorità culturale della Università e del conseguente monopolio teso a rimarcare la diversità del mondo accademico rispetto ai medici ospedalieri che costituiscono l'ossatura del SSN.

La sinergia tra le missioni di ricerca applicata, formazione e pratica clinica è l'obiettivo cui dovrebbero tendere tutti gli ospedali e l'ospedale di insegnamento è il luogo dove si realizza al meglio tale sinergia nella indipendenza normativa ed organizzativa dei ruoli al fine di realizzare una adeguata qualificazione professionale, garantire il rispetto delle normative europee, e nazionali, in merito ai percorsi formativi ed alle esperienze professionali documentate, consentire una migliore allocazione di risorse umane.

Un progetto finalizzato alla formazione dei medici specialisti che opereranno in un SSR moderno e adeguato alle necessità dei cittadini deve uscire dalle logiche accademiche. Il sistema attuale, che di fatto esclude le competenze e le prerogative del SSR, non serve, infatti, ai soggetti in formazione che vivono una condizione professionale inaccettabile, non serve ai cittadini perché la relativa ristrettezza delle strutture formative non garantisce l'acquisizione delle indispensabili competenze ed esperienze, non serve alle Regioni perché di fatto parcheggia preziose risorse professionali in circuiti formativi estranei alle esigenze del sistema.

Per di più, la eccessiva lunghezza di tale percorso e la sostanziale inefficacia dell'attuale organizzazione dell'attività di gran parte delle scuole di specializzazione, che in molte discipline

continua a essere lontana dal garantire gli obiettivi formativi previsti, rende incongruo, e inutilmente penalizzante per i medici che completano la propria formazione in Italia, il mantenimento dell'obbligo della specializzazione per accedere agli incarichi della dirigenza medica del SSN. L'alternativa, che recuperi anche un ruolo formativo al SSN, potrebbe essere rappresentata dall'inserimento immediato del neolaureato nei posti vacanti del SSN, laddove è, dai vigenti contratti, considerato come "medico in formazione", assicurandogli il percorso formativo adeguato, integrato con componenti teoriche, attraverso la sua mobilità all'interno dell'area in cui presta servizio.

Negli ultimi anni qualcosa è cambiato grazie anche alle battaglie condotte dagli specializzandi, nonostante lo scarso peso politico della categoria, esigua come numero e in continua mutazione, e la passività e lo scoraggiamento di molti dei suoi componenti, che vivono il periodo di specializzazione come un limbo obbligato, destinato comunque a concludersi. Ma i Medici in formazione non possono essere lasciati da soli nella loro battaglia, perché questo paese non può fare a meno di professionisti preparati e un sindacato di categoria ha la responsabilità etica di impegnarsi e di fare la propria parte per favorire l'accesso alla professione e garantire la competenza professionale dei medici di domani.



LA PREVIDENZA DEI MEDICI

a cura di **Giorgio Cavallero**

aprile 2010

LE PENSIONI: I NOSTRI RISPARMI

Basterebbe guardare la nostra busta paga: ogni mese abbiamo una trattenuta tra i 500 e i 700 euro per accantonamenti pensionistici: ma quello che si vede in busta paga è solo la quota a carico del lavoratore (8,85%) a cui si aggiunge la quota mensile a carico del datore di lavoro (24,15%). Ovvero ogni mese mettiamo da parte tra i 1500 e i 2200 euro mensili.

Sono soldi nostri. Sono soldi delle risorse contrattuali complessive.

Si dice che la spesa pensionistica è il 14% del welfare, ma si dimentica che buona parte di quel 14% è una mera restituzione di contributi versati. Le pensioni non sono un regalo, ma un risparmio. Miglioriamo la nostra cultura previdenziale almeno quanto basta per capire certe manovre, per difendere i nostri soldi e i nostri diritti individuali e collettivi.

Hanno bisogno di questa consapevolezza soprattutto i medici dipendenti che hanno sempre pagato tasse e contributi.

Si allegano tre approfondimenti: i giovani e la previdenza, la previdenza integrativa, l'Enpam.

LA PREVIDENZA: UN PROBLEMA DEI GIOVANI

Le riforme pensionistiche hanno avuto un comune denominatore: tagliare le prestazioni difendendo i diritti acquisiti dei lavoratori in servizio. Le ragioni di questo atteggiamento sono evidentemente di mera opportunità politica e di un sistema di relazioni sindacali in cui la rappresentanza esclusiva è riservata ai lavoratori a tempo indeterminato. Non vi è dubbio che si siano differiti i tagli a svantaggio delle generazioni future per le quali si prospetta con quasi certezza la prospettiva di dover ripianare deficit pregressi. Tutto questo si abbina a un netto peggioramento delle disponibilità di accesso al lavoro e a minori disponibilità economiche. Non vi è dubbio che la solidarietà tra generazioni sarà messa a dura prova.

Una cosa è certa non è possibile appesantire ulteriormente le prospettive previdenziali dei giovani pena la tenuta del sistema.

In concreto occorre favorire in ogni modo il risparmio previdenziale dei giovani:

- sostenere l'accesso alla previdenza integrativa, che deve poter avvenire anche senza il conferimento del TFR, per i fondi negoziali
- favorire la massima mobilità dei contributi previdenziali che devono essere disponibili per ogni ricongiunzione

- consentire la possibilità di far valere tutti i periodi di attività anche sommando periodi di lavoro dipendente e di lavoro autonomo (ivi compresi i periodi di iscrizione agli albi professionali)
- prevedere contribuzioni figurative per i periodi di disoccupazione e di sottooccupazione
- aumentare il rendimento dei contributi versati rendendolo almeno pari al rendimento dei titoli di stato a lungo termine e prevedendo una adeguata copertura dall'inflazione
- consentire forme di contribuzione volontaria agevolata fiscalmente
- perseguire l'evasione contributiva
- anticipare l'ingresso nel mondo del lavoro, sostituendo periodi di formazione in periodi di formazione-lavoro.

In parole tutte le casse pubbliche e private devono fare sistema, concorrendo a sommare contribuzioni e anzianità nella consapevolezza che occorre uno sforzo eccezionale se si vuole mantenere per il futuro la credibilità di un sistema pensionistico capace di fornire prestazioni adeguate. Va tenuto conto che la previdenza serve ad evitare il ricorso a forme assistenziali.

La situazione previdenziale dei giovani è drammatica: a fronte di retribuzioni basse (soprattutto se raffrontate al tardivo ingresso nel mondo del lavoro) l'attuale sistema pensionistico assicura una pensione non superiore al 50% dell'ultima retribuzione. Se si vuole impedire l'incedere di una grande massa di pensionati indigenti occorre incentivare il risparmio previdenziale, creare una cultura previdenziale adeguata e agire con provvedimenti concreti. Se lo Stato tratterà il risparmio previdenziale, che è nelle sue disponibilità, riservandogli quegli interessi generosi, che spesso paga sul mercato a medio-lungo termine, sarà ancora possibile parlare di previdenza collettiva, di welfare, di solidarietà generazionale e sociale. L'alternativa è il ricorso a forme pensionistiche personali individuali con tutto ciò che ne deriva sul piano della coesione sociale. Una generazione di poveri si prospetta all'orizzonte: sarebbe insensato accollargli altre cambiali che non possono pagare.

SENZA INNOVAZIONI LA PREVIDENZA INTEGRATIVA RISCHIA DI MORIRE

Analisi della situazione della previdenza complementare alla luce della congiuntura economica.

La crisi finanziaria mondiale rischia di avere pesanti ricadute sulla previdenza complementare che si basa essenzialmente sull'adesione

volontaria dei lavoratori. In particolare in Italia il varo della previdenza integrativa è stato ritardato nel tempo ed ha ottenuto una percentuale limitata di adesioni aggravata dalla frammentazione degli investimenti in numerosi fondi separati di piccole dimensioni. L'inevitabile calo dei rendimenti in un sistema già gracile rischia di compromettere per un lungo periodo i nuovi ingressi dei lavoratori nel sistema della previdenza integrativa.

E' pur vero che i fondi negoziali hanno subito perdite assai inferiori (circa 8%) rispetto a quelle accusate da altre forme di investimento in particolare fondi comuni e prodotti bancari ed assicurativi.

Parimenti è chiaramente documentato come il sistema della previdenza integrativa sia rimasto sostanzialmente indenne dal default di titoli obbligazionari collegati a colossi bancari insolventi. Infine è evidente che il calo dei corsi azionari abbia interessato solo marginalmente il complesso dei fondi integrativi negoziali.

Tuttavia il presupposto dell'adesione ai fondi integrativi cioè il conferimento del Trattamento di Fine Rapporto impone riflessioni e provvedimenti adeguati. Infatti il rendimento del TFR pari al 75% del tasso d'inflazione maggiorato del 1.5%, è nettamente superiore sia al rendimento della maggioranza dei fondi pensione che del rendimento netto dei titoli di stato. Inoltre il TFR è garantito sia da precise disposizioni di legge che da specifico fondo di garanzia costituendo un investimento a capitale e rendimento garantito che in questi anni ha assicurato una redditività praticamente insuperabile. Il TFR pur essendo uno strumento che risale all'anteguerra rappresenta un benchmark praticamente irraggiungibile da parte di tutte le forme di investimento che vi si rapportano salvo rare e fortunate eccezioni, solo in termini di minor rendimento percentuale.

In definitiva i fondi integrativi pur essendo un ottimo investimento per i bassi costi di gestione e delle commissioni, rispetto al mercato del risparmio gestito sconta il divario che si è accentuato negli ultimi mesi nei confronti del TFR. Tale divario rischia di azzerare i vantaggi fiscali dei fondi integrativi e perfino il valore aggiunto costituito dal contributo del datore di lavoro.

In queste condizioni saranno sempre meno i lavoratori che smobilizzeranno volontariamente il TFR facendolo confluire nei fondi pensione.

Del resto il TFR costituiva (e costituisce ancora per le aziende con meno di 50 dipendenti) una preziosa fonte di finanziamento per le piccole imprese da sempre una valida alternativa al ricorso al credito bancario. Tale funzione del TFR è divenuta in questi mesi una risorsa preziosa visto l'incremento dei tassi debitori sui

finanziamenti e le sempre maggiori difficoltà di accesso al credito per le imprese. L'utilizzo del TFR è sicuramente una valida alternativa ad interventi di tipo assistenziale da parte dello Stato per il sostegno dei finanziamenti al sistema imprenditoriale. Inoltre la possibilità di anticipazioni del TFR rappresenta al pari dei fondi pensione una concreta opportunità per il lavoratore di attingere liquidità senza ricorrere all'indebitamento.

L'evidenza dei fatti suggerisce che il TFR e a maggior ragione il TFS previsto per i dipendenti della pubblica amministrazione, non possono essere considerati degli strumenti residuali da eliminare progressivamente facendoli confluire nei fondi pensione, ma devono essere valorizzati per la funzione di tutela del risparmio dei lavoratori e come una risorsa di pronta disponibilità per dipendenti e datori di lavoro.

A questo punto occorre prevedere un futuro per i fondi pensione che prescindano dall'apporto del TFR in questo senso dovranno orientarsi le future politiche previdenziali.

I recenti provvedimenti di altri Paesi (nazionalizzazione dei fondi pensione, garanzie aggiuntive per i fondi previdenziali) dimostrano come sia necessario ed urgente intervenire su di un settore fondamentale del risparmio di famiglie e dei lavoratori dipendenti, adeguando la legislazione vigente alle nuove sfide che la complessa crisi economica mondiale impone.

Una proposta concreta: consentire l'accesso alla previdenza integrativa senza il conferimento del TFR e del TFS.

Restiamo in attesa perlomeno del varo effettivo del fondo negoziale e di quei provvedimenti legislativi che consentano un effettiva equiparazione tra dipendenti privati e pubblici. I dipendenti pubblici infatti non godono al momento della deducibilità fiscale sui fondi negoziali come i dipendenti privati.

Vista la mancata deducibilità fiscale e l'obbligo di conferire il TFR/TFS diventa vantaggioso al momento, investire in fondi chiusi di categoria (come il fondo sanità) o aperti che consentono la deducibilità fiscale e di non conferire il TFR.

In particolare andrà stimolata in ogni modo la cultura previdenziale dei giovani e dei soggetti con regime pensionistico contributivo e misto affinché utilizzino appieno il beneficio fiscale della deducibilità oggi consentito per un investimento annuo massimo di 5164,27 euro, massimizzando lo sconto fiscale (oltre il 39%) e maturando anzianità in un sistema che consente mobilità nell'ambito del sistema. In definitiva in attesa dei fondi negoziali e contrattuali conviene investire e maturare risparmi benefici fiscali ed anzianità in altri fondi di previdenza complementare

riservandosi di trasferirli in futuro nel sistema dei fondi contrattuali che auspichiamo sia riformato, in tempi brevi, adeguandolo alle nuove esigenze, in particolare delle nuove generazioni.

ENPAM: LA PRESENZA DEI MEDICI DIPENDENTI NELL'ENPAM RICHIEDE CHIAREZZA E RIGORE NEI PROGRAMMI E IL RICONOSCIMENTO DELLE PECULIARITÀ DI SOGGETTI CHE CONTRIBUISCONO AD ALTRI ENTI PREVIDENZIALI.

L'avvicinarsi della fine della consiliatura dell'Enpam è l'occasione di una riflessione sull'ente previdenziale che deve mettere al centro del dibattito i programmi e le strategie che si vogliono perseguire.

Del tutto subalterna all'esplicitazione dei contenuti programmatici è la questione del governo dell'Ente.

Su "Il Giornale della Previdenza" sono già emerse alcune considerazioni di fondo che costituiscono elementi di riflessione.

In particolare alcune proposte hanno genericamente indicato nell'aumento della contribuzione il principale intervento da attuarsi in tempi brevi per ottenere un riequilibrio dei parametri resi obbligatori per gli enti previdenziali dagli interventi legislativi (finanziaria 2007).

Non si precisa se tale aumento dei contributi debba riguardare anche il fondo generale.

In realtà l'aumento della contribuzione, se si eccettua il fondo generale, è il risultato non solo delle volontà e necessità dell'ente, ma della trattativa che le organizzazioni sindacali della medicina convenzionata e le parti datoriali contrattano autonomamente. Solo formalmente l'Enpam determina per i medici convenzionati l'aliquota pensionistica, in realtà la stretta correlazione storica tra vertici sindacali, ordinistici e degli Enti previdenziali hanno conferito alle categorie dei convenzionati la prerogativa di determinare in proprio l'entità del contributo.

Viceversa la contribuzione al fondo generale (quota A e B) sono oggetto di autonoma determinazione dell'Ente.

Da questo nasce l'allarme per un aumento della contribuzione al fondo generale oltre a quanto già previsto annualmente per l'adeguamento ai parametri inflattivi.

I medici dipendenti e convenzionati hanno effettuato negli anni passati scelte previdenziali profondamente diverse.

La medicina convenzionata ha autonomamente scelto negli anni di destinare alla previdenza solo una percentuale limitata (attualmente il 16,5%) delle risorse salariali e contrattuali preferendo

incassare gran parte della massa salariale piuttosto che differirla nel risparmio previdenziale. Tale scelta si è rivelata per lungo tempo assai vantaggiosa in considerazione del pleorico numero di medici contribuenti a fronte di un limitato numero di pensionati.

Di fatto è stata chiaramente privilegiata la retribuzione immediata rispetto all'accantonamento previdenziale.

Viceversa i medici dipendenti destinano alla previdenza circa il 38% della loro massa salariale per sostenere i livelli del trattamento pensionistico e l'istituto del trattamento di fine rapporto o di fine servizio.

A tale contribuzione concorrono al pari dei medici convenzionati per 2/3 circa i datori di lavoro.

Tuttavia l'incremento della pressione fiscale sui salari ha reso assai vantaggioso l'accantonamento previdenziale interamente deducibile dall'imponibile fiscale.

Se dunque la medicina convenzionata deve elevare l'aliquota da destinare alla previdenza il medico dipendente ha un interesse opposto avendo già raggiunto percentuali di contribuzione elevatissime e che dovranno diminuire in futuro, perlomeno per quanto attiene la previdenza obbligatoria.

Le autonome scelte di ciascuna categoria presentano pertanto vantaggi e svantaggi e rispondono a diverse strategie di ripartizione tra retribuzione immediata e differita.

Inoltre sono evidentemente diversi gli interessi e le prospettive di chi fa parte di un altro sistema previdenziale nei confronti di chi ha in Enpam l'unico ed esclusivo ente pensionistico.

L'avvento della previdenza complementare ha inoltre reso meno competitive le prestazioni del fondo generale. Infatti a parità di deducibilità fiscale all'ingresso, le prestazioni della previdenza integrativa godono di un trattamento fiscale agevolato (tassazione delle rendite pensionistiche dal 9% al 15% a prescindere dal reddito) mentre le pensioni del fondo generale cumulate con la pensione principale subiscono, di fatto, un prelievo fiscale pari all'aliquota marginale (45% attualmente).

Di questo fatto andrà tenuto conto con opportuni e indispensabili adeguamenti regolamentari per non penalizzare sul piano fiscale il risparmio previdenziale dei medici. Non vi è infatti dubbio che attualmente una seconda pensione obbligatoria è nettamente penalizzata, sul piano fiscale, rispetto ad una pensione integrativa.

Del resto il fondo generale Enpam si connota sempre più come un fondo di solidarietà nei confronti dei colleghi meno abbienti giovani neo iscritti facendosi carico di prestazioni in parte "assistenziali" di copertura degli eventi invalidanti

della premorienza e di integrazione delle pensioni minime.

Il fondo generale in definitiva non è certo destinatario delle aspettative previdenziali di mantenimento del reddito in quiescenza delle categorie.

La sua obbligatorietà derivata dalla comune appartenenza ordinistica, è un tributo solidaristico all'unità della categoria nelle sue varie componenti.

Non andrà pertanto rincorso con l'incremento della contribuzione la rivalutazione di un assegno pensionistico comunque secondario e marginale per la quasi totalità della categoria e gravato da elevata tassazione.

Ragionevolmente il fondo generale andrà sottratto a stretti parametri finanziari attuariali: non sono infatti in gioco i destini previdenziali della categoria, bensì i livelli di solidarietà e di garanzia delle componenti disagiate prima ancora che di reale integrazione di un reddito che da ormai molto tempo, viene altrimenti garantito.

Per questi motivi un ulteriore incremento della contribuzione al fondo generale non può essere sostenuto ed accettato dal mondo della dipendenza.

La sola proposizione di un simile disegno scatenerebbe inevitabilmente l'istanza di fuoriuscita dall'obbligatorietà della categoria dei medici dipendenti, a quel punto giustificata e condivisibile.

Ben diverse sono le scelte e le strategie di quanti dipendono integralmente dall'Enpam per il loro futuro previdenziale e che nei fondi speciali loro dedicati dovranno perseguire la sostenibilità del sistema e l'equilibrio patrimoniale evidentemente non surrogabile da altri.

In definitiva, ferme restando le autonome scelte contrattuali delle categorie l'invarianza della contribuzione al fondo generale è questione assolutamente pregiudiziale, da chiarire prima della tornata elettorale nonché condizione necessaria per il mantenimento dell'obbligatorietà e la presenza condivisa dei medici dipendenti come contribuenti Enpam.

Fatta questa doverosa premessa vi sono alcune esigenze dei medici dipendenti che l'Enpam dovrebbe farsi carico.

1) Contribuzione per la libera professione quota B dei dipendenti ospedaliera: sono state fatte in più tornate alcune sanatorie che peraltro rischiano di escludere una parte dei contribuenti in pratica mentre i contribuenti morosi possono ri-optare per la contribuzione ridotta al 2%, tale possibilità non è sicura per quanti in passato hanno pagato il 12,5%. Meglio sarebbe sancire che l'aliquota ordinaria è del 2% con possibilità di

implementare volontariamente per aliquote anche superiori al 12,5%. Parimenti andrà perfezionata la possibilità di pagare direttamente sulla busta paga il tributo.

2) Possibilità di convertire la pensione del fondo generale fermo restando l'obbligatorietà del tributo e assolti gli obblighi assistenziali, in forma di capitale o di farla confluire in forme di previdenza integrativa più vantaggiose sul piano fiscale, va intrapreso uno studio di fattibilità legislativa per evitare che il fondo generale diventi un terzo pilastro.

3) Perequazione di tutte le forme di rivalutazione del tasso inflattivo e dei rendimenti tra i vari fondi a gestione Enpam.

4) Costituzione di una consulta dei medici dipendenti e di quanti risultano contribuenti di altri istituti previdenziali, al pari delle altre consulte categoriali e con le stesse prerogative.

5) L'annunciato aumento del contributo di maternità sia pure di modesta entità dovrebbe essere differenziato con una maggiore contribuzione per la medicina convenzionata (che utilizza le specifiche prestazioni) nei riguardi della dipendenza (che non utilizza alcuna risorsa essendo già coperta dal proprio ente di previdenza) anche per responsabilizzare le categorie che fruiscono del servizio.

In definitiva i medici avvertono sempre la necessità di una previdenza che faccia sistema con la possibilità, che andrà accentuata di spostare contributi e prestazioni in funzione della mobilità lavorativa. Oggi esistono numerosi enti di previdenza (nella sola area medica Inpdap, Inps Inail, Inadel, Enpals, Enpam, Onaosi) con serie difficoltà ricongiuntive (si veda la questione dei medici specializzandi nella gestione separata inps). Se non di un Ente unico certamente si avverta la necessità di un sistema unico a garanzia delle prestazioni pensionistiche in un mondo professionale che a differenza di un tempo prevede sempre più spesso durante l'arco lavorativo il cambiamento del posto di lavoro con i relativi riferimenti previdenziali.



XXI Congresso Nazionale

I MEDICI ITALIANI E L'EUROPA

a cura di
Enrico Reginato

aprile 2010

PREMESSA

La normativa europea (2001/19/CE) garantisce la libera circolazione dei professionisti, il riconoscimento dei loro diplomi, certificati ed altre evidenze di qualificazioni formali. I medici italiani sono quindi, a pieno diritto, medici europei.

Gli aspetti di interesse dei medici italiani, in rapporto con l'Europa sono numerosi:

- l'applicazione delle norme comunitarie alla normativa italiana,
- la possibilità di lavorare per periodi brevi, o anche in permanenza, nei Paesi dell'UE,
- la possibile influenza dei medici italiani sull'attività legislativa europea,
- la possibilità di trovare negli ordinamenti degli altri Paesi, spunti, idee e modelli da applicare nel nostro sistema nazionale per migliorarlo.

Andiamo per ordine.

APPLICAZIONE DELLE NORME COMUNITARIE

1) Direttiva europea sul tempo massimo di lavoro.

La Direttiva 2003/88/CE del Parlamento Europeo prende origine dalla direttiva del Consiglio Europeo del 23 Novembre 1993 sulla sicurezza e sugli aspetti sanitari in materia di organizzazione dell'orario di lavoro, con particolare riferimento agli orari, ai periodi di riposo quotidiano, di pausa, di riposo settimanale, di durata massima settimanale del lavoro e di ferie annuali; inoltre in relazione ad aspetti del lavoro notturno, del lavoro a turni e al ritmo di lavoro.

Il Parlamento Europeo, con questa direttiva, ha, tra l'altro, stabilito che:

1. ogni lavoratore ha diritto ad almeno 11 ore di riposo consecutive ogni 24 ore
2. ogni lavoratore ha diritto ad un periodo di riposo di 24 ore ogni 7 giorni (cui si sommano le 11 ore del punto precedente)
3. l'orario di lavoro settimanale non può superare il limite delle 48 ore, comprese le ore di lavoro straordinario.
4. Ogni lavoratore beneficia di almeno 4 settimane di ferie annuali retribuite, che non possono essere sostituite da indennità finanziarie, salvo in casi di fine del rapporto di lavoro.
5. l'orario di lavoro notturno non deve superare le 8 ore, in media, per periodo di 24 ore
6. Il periodo di riferimento, per valutare

l'effettiva applicazione del punto 1) non deve essere superiore a 4 mesi.

A tali regole venivano applicate deroghe in base a particolari situazioni lavorative, da adottare attraverso leggi, regolamenti, contratti collettivi, con la prescrizione, in ogni modo, che ai lavoratori vengano tuttavia garantiti, anche cumulativamente, periodi di riposo compensativo o altre forme di protezione.

Nel 2006 alcuni Stati Membri hanno chiesto di modificare le norme della EWTD, in particolare per quanto attiene:

1. La definizione del tempo di lavoro e il concetto di "periodi inattivi":

Alcuni governi dell'Unione europea volevano che i periodi inattivi di lavoro durante la guardia, non fossero conteggiati come orario di lavoro. La Corte di giustizia europea (CJCE) di Lussemburgo, si è espressa a più riprese in materia (SIMAP, Jaeger, Pfeiffer, sentenze Dellas), stimando che la direttiva si applica ai professionisti della salute, compresi i tirocinanti, e che tutti i medici il servizio di guardia (attiva o inattiva) presso l'ospedale deve essere considerato come orario di lavoro.

2. I limiti di durata per il riposo compensativo:

La Commissione proponeva che il riposo compensativo non seguisse immediatamente il periodo di lavoro ma potesse essere concesso fino a 72 ore dopo l'orario di lavoro effettuato.

3. La possibilità di rinuncia individuale ("opt-out") ai limiti di orario di lavoro:

Alcuni governi dell'Unione europea chiedevano questa possibilità di rinuncia, per altri tale modifica chiama in causa la base della direttiva, minacciando la salute e la sicurezza dei lavoratori. Per i medici, è anche una minaccia per la sicurezza dei pazienti.

4. Il periodo di riferimento

Il periodo di riferimento per il calcolo della durata media settimanale di 48h è attualmente 4 mesi. Si proponeva, a determinate condizioni, di estenderla a 1 anno. Ma l'estensione del periodo di riferimento da 6 mesi ai 12 potrebbe essere più lungo della durata del contratto di lavoro.

Dopo numerosi contatti fra Commissione Europea e Parlamento Europeo, nel Dicembre 2008 il Parlamento, in seconda lettura, ha rigettato le richieste. Sono tuttora in corso tentativi di indurre

il Parlamento Europeo a modificare la norma, ma, al momento, non sembra vi siano orientamenti del Parlamento stesso in tal senso.

Resta la richiesta, da parte di alcuni Stati, di allungare il tempo massimo di lavoro per i medici in formazione, dato che, a loro parere, non si può garantire la loro formazione nei tempi limitati dalla EWTD.

Si deroga dall'applicazione della EWTD ad alcune categorie, come i Dirigenti, che hanno un tipo di rapporto lavorativo svincolato dagli orari di lavoro, ma legati ad obiettivi e produttività.

Con questo criterio, la legge 133/2008 (art.41 Per. 13) ha escluso i medici ospedalieri italiani, che hanno il rango di dirigente, dalla copertura della EWTD per quanto riguarda il tempo massimo di lavoro settimanale e il periodo di riposo obbligatorio di 11 ore dopo un turno di 13 ore di lavoro.

L'Anaa Assomed ha immediatamente allertato il Commissario Europeo Spidla per chiedergli di intervenire sul Governo Italiano, come aveva già fatto con il Governo Greco.

I medici ospedalieri italiani sono, sì, dirigenti, ma con un rapporto contrattuale che prevede un preciso impegno orario, esula quindi dalla categoria dei dirigenti per i quali la EWTD prevede una deroga.

Attualmente c'è stato il rinnovo dei commissari europei, dobbiamo quindi riassumere il problema con il successore.

2) **Formazione post lauream**

La direttiva 2001/19/CE, che garantisce la libera circolazione dei professionisti, ed il riconoscimento dei loro diplomi, certificati ed altre evidenze di qualificazioni formali, sostiene che " ... la struttura ed il livello della formazione professionale, l'addestramento professionale o la pratica professionale saranno determinati dalle leggi, regolamenti o provvedimenti amministrativi dello Stato membro interessato, o controllati o approvati delle Autorità designate a tale scopo.

E', questo, un aspetto molto importante, dato che le regole di un Paese membro potrebbero confliggere, da un lato, con il principio generale di un'effettiva libera circolazione dei medici in Europa, e dall'altro lato, con uno standard formativo armonizzato.

A causa di politiche locali universitarie ed delle condizioni di lavoro dopo la laurea, in alcuni Stati membri vi è carenza di medici, in

altri vi è, al contrario, un esubero di laureati; condizioni di lavoro, salari, prospettive di elevati livelli di ricerca e di formazione fanno il resto della differenza.

Attualmente c'è una mobilità limitata, ma ci si deve attendere che cresca, perciò l'armonizzazione delle regole diventa sempre più importante, nell'interesse dei medici, che possono recarsi all'estero per arricchire la propria formazione, e dei pazienti, che possono attendersi, dal libero movimento dei medici, un più alto livello di qualità e sicurezza.

Questa libertà di movimento deve essere sostenuta da sistemi formativi e di accreditamento che portino a standard reciprocamente accettabili e in continuo miglioramento, in modo che i pazienti abbiano realistiche aspettative di ricevere un'assistenza di elevata qualità di dovunque vivano e a prescindere dall'area in cui il medico sia stato formato e operi.

Attualmente i Paesi europei hanno regole diverse in merito al percorso formativo post-laurea. Nella maggior parte dei casi l'accesso è gestito attraverso concorsi nazionali, mentre l'organizzazione dei cicli di studio ed il riconoscimento del titolo di specializzazione ricadono sotto la competenza delle Associazioni Professionali Mediche o degli Ordini dei Medici o, meno frequentemente, del competente ministero. Solo in un numero limitato di casi il titolo è attribuito dall'Università.

In nessun caso, nei Paesi europei, la formazione post-lauream è di esclusiva pertinenza dell'Università, dovunque è svolta negli ospedali pubblici o privati, compresi quelli universitari.

In Italia, invece, gli ospedali non hanno titolo diretto alla formazione post-lauream, a meno che l'Università non sia disponibile a distribuire gli specializzandi in strutture ospedaliere; ma il controllo della formazione rimane nelle mani dell'Università, con una qualità che gli interessati considerano insufficiente.

A nostro parere, la formazione specialistica del medico rappresenta un interesse primario per chi fornisce l'assistenza sanitaria pubblica e quindi non può non coinvolgere il Sistema Sanitario Nazionale. Ad esso il D.lgs 502/92 attribuirebbe un ruolo rilevante regolamentato da appositi

protocolli e rafforzato dalla previsione in capo al dirigente ospedaliero della titolarità dei corsi svolti presso le strutture del SSN. Infatti, l'art. 16-sexies del D.Lgs 502/92, come modificato dal D.Lgs 229/99, così dispone: "La Regione assegna in via prevalente o esclusiva, a detti Ospedali, Distretti e Dipartimenti le attività formative di competenza regionale ed attribuisce agli stessi la funzione di coordinamento delle attività del SSN che collaborano con l'Università al fine della formazione degli specializzandi e del personale sanitario infermieristico, tecnico e della riabilitazione".

Il legislatore già con la Legge 257/91 aveva affermato l'interesse del SSN per i processi formativi degli specializzandi: al fine di garantire la qualità della formazione svolta, si individuano i requisiti minimi che le strutture devono possedere e si prevede un impegno a tempo pieno dello specializzando, finalizzato al raggiungimento di obiettivi formativi di crescente e progressiva complessità, tuttora purtroppo in gran parte disattesi (si pensi in particolare alle scuole di chirurgia e agli interventi che lo specializzando dovrebbe eseguire) ancorché certificati al momento degli esami finali.

Il Decreto 29 Marzo 2006 Ministero dell'Istruzione dell'Università e della Ricerca ridefinisce gli standard e dei requisiti minimi delle scuole di specializzazione, in data 29 marzo 2006. In effetti il contenuto reale dell'iter formativo non è variato e le norme contenute nel Decreto sono ampiamente disattese.

3) accesso all'ospedale

Solo da specialista, un medico può partecipare ad un concorso di assunzione in un ospedale italiano, diventando, ancora, un "medico in formazione" per altri cinque anni, o può essere assunto nel privato.

È quindi evidente come queste regole nazionali creino problemi, non solo ai medici italiani, che raggiungono l'autonomia professionale in tarda età, ma anche alla libera circolazione dei medici europei: un neolaureato europeo non può entrare in un ospedale italiano se non è già specialista ed il periodo di formazione trascorso nel suo o in qualsiasi altro Paese europeo non ha alcun valore.

Abbiamo visto che cosa dice il Parlamento Europeo: la formazione professionale è determinata dalle leggi dello Stato membro,

ma se la norma statale configge con quella europea, esso deve adeguarsi alla direttiva.

In linea con questa posizione la Corte Europea di Giustizia (Caso C-313/01): " se le regole nazionali non tengono in considerazione l'apprendimento, l'addestramento e la qualificazione già acquisiti da un cittadino di altro Stato membro al di fuori dello Stato ospitante, l'esercizio della libertà di stabilimento o di movimento è, di conseguenza, impedito".

LA POSSIBILITÀ DI LAVORO NEI PAESI DELL'UNIONE

Carta Verde per gli operatori europei della salute

La Commissione Europea ha elaborato un documento su un progetto di "Carta Verde per la forza lavoro europea per la salute". Lo scopo della Carta Verde è quello di aprire un ampio processo di consultazione e di lanciare un'approfondita discussione che coinvolga le istituzioni europee, i Paesi Membri e la Società Civile per identificare le azioni necessarie, sia a livello dei singoli Paesi, sia a livello europeo.

Gli argomenti presi in considerazione dalla Commissione sono:

Definizione di "forza lavoro per la salute":

medici, infermieri, farmacisti e dentisti, specialisti in sanità pubblica e scienziati in campo medico, gestori di servizi sanitari e personale docente.

Demografia: I cittadini europei vivono più a lungo, in migliori condizioni, ed hanno molte aspettative dal loro sistema sanitario. L'aspettativa di vita è cresciuta, dagli anni '50, di circa 2,5 anni per decade e ci si attende un ulteriore incremento.

Nello stesso tempo, secondo quanto riportato dal servizio statistico della Commissione Europea, per il 2050 si prevede un decremento della popolazione del 11,7% per i Paesi Membri più recenti, per migrazione e ridotta fertilità. La combinazione di questi dati e l'invecchiamento della generazione del "baby boom" porterà a mutamenti drammatici nell'aspetto demografico europeo di prossimi 50 anni.

La sfida maggiore sarà dovuta al declino del numero di abitanti in età lavorativa, già a partire dagli anni successivi al 2010.

Per il cambiamento delle dinamiche familiari, laddove la famiglia non potrà più prendersi carico di familiari bisognosi di assistenza, si prevede

un'enorme richiesta di cure extraospedaliere per malattie croniche da parte di personale dedicato. Si rende quindi necessario un aumento di personale sia per cure formali che informali, con il problema di attrarre forza lavoro disposta ad assumersi questi compiti, a fronte di un mercato del lavoro che offre condizioni e retribuzioni migliori in altri campi. Si può inoltre verificare l'esigenza di un diverso iter formativo e di qualificazione e di un diverso sviluppo di carriera. Nel mondo sanitario vi è un'elevata femminilizzazione della popolazione lavorativa che copre fino al 77% della forza lavoro; in campo medico, in alcuni paesi membri, le studentesse di Medicina superano il 50%. Questo comporta sicuramente interruzioni di carriera o richiesta di lavoro part-time per la donne che desiderano e necessitano di occuparsi anche della famiglia, ma non è solo un problema femminile, dato che anche gli uomini cercano un diverso equilibrio fra lavoro e vita sociale. L'aumento dei lavoratori part-time implica la necessità di un numero maggiore di persone per fornire lo stesso servizio.

La forza lavoro sanitaria

I lavoratori del settore sanitario, nel senso più ampio, rappresentano uno dei settori più significativi dell'economia dell'Unione Europea, pari al 9,7% della forza lavoro complessiva. La salute, in Europa, consuma dal 7 al 11% del prodotto interno lordo dei Paesi Membri ed il 70% del budget è rappresentato da stipendi ed altri costi direttamente legati al personale.

La forza lavoro sanitaria europea sta invecchiando e ciò aggraverà quanto avvenuto negli anni 1995-2000, dove il numero di medici europei con meno di 45 anni è diminuita del 20% e quello dei medici con più di 45 anni è aumentata di oltre il 50%.

Migrazione dei lavoratori della salute

Molti professionisti della sanità colgono l'opportunità di muoversi verso altri Paesi Membri, in cerca di migliori condizioni di lavoro e migliori salari, oltre che migliore sviluppo della loro professionalità. I risultati sono che, essendo impossibile contenere questo fenomeno, in alcuni Paesi sta diventando problematico assicurare adeguata assistenza, specialmente in aree periferiche e rurali.

A questo fenomeno migratorio comunitario si aggiunge la migrazione verso altri Paesi, come gli

Stati Uniti, Canada, Australia e Nuova Zelanda, grazie anche a campagne di reclutamento, che offrono buone condizioni di lavoro e buoni salari.

La migrazione nel mercato interno può avere aspetti positivi, consentendo di assicurare il personale necessario laddove ve ne sia scarsità, ma esiste il grande rischio che i Paesi più poveri dell'Unione ne risentano pesantemente, dati i bassi salari esistenti; le risorse stanziare per la formazione potrebbero essere ridotte, dato che c'è uno scarso ritorno dell'investimento se non vi è possibilità di trattenere le persone formate.

Elevato anche il danno per i Paesi extracomunitari, da cui possono provenire lavoratori della sanità attratti dalle condizioni di lavoro e di salario, con possibilità di inviare denaro a casa, o costretti a migrare da situazioni di guerra.

Capacità formativa in materia sanitaria

La capacità formativa è, anch'essa, un aspetto da considerare nella pianificazione della forza lavoro sanitaria.

Il Bologna Process, iniziato nel 1999, ha l'obiettivo di creare un'area europea di formazione superiore per il 2010 e renderla più compatibile e comparabile. Una delle aree considerate è quella della formazione in campo sanitario e la commissione Europea sta sviluppando una cornice europea di qualificazione per l'apprendimento continuo (EQF).

L'EQF è uno strumento di riferimento per confrontare i livelli di qualificazione dei diversi Paesi e i diversi sistemi formativi e di addestramento che esaminano i risultati della formazione, piuttosto che il numero di ore utilizzate per la formazione.

Lo sviluppo professionale continuo in campo sanitario (CPD) è materia importante quanto la qualificazione professionale. E' attraverso la CPD che un possibile datore di lavoro può capire quanto aggiornata sia l'abilità e la preparazione professionale. Ma differenti standard formativi nei diversi Paesi rendono difficile capire, per un datore di lavoro, quale livello di esperienza, capacità ed abilità professionale, qualità e sicurezza delle cure forniscono i lavoratori della salute.

È quindi necessaria una maggiore cooperazione a livello europeo.

Capacità nel campo della salute pubblica

Oltre alla pianificazione per le cure cliniche, nel campo della salute pubblica, è necessario che l'Europa sviluppi la funzione di salute pubblica per valutare i bisogni sanitari, il loro impatto, la promozione della prevenzione, l'economia sanitaria, la raccolta dati epidemiologici e la programmazione per combattere le infezioni. Igienisti, virologi, microbiologi ed epidemiologi, fra molti altri, sono necessari per pianificare il contenimento delle emergenze sanitarie, il diffondersi di malattie infettive e pandemiche e pianificare la risposta sanitaria pubblica ai disastri. È necessario costruire una capacità di Medicina Pubblica e questo implica una aumentata capacità formativa ed, ovviamente, un maggior numero di formatori.

Come vediamo, fra gli obiettivi della Commissione Europea, vi è quello di determinare gli standard formativi, basati sui risultati della formazione, piuttosto che il numero di ore utilizzate per la formazione; questo vale per la qualificazione professionale e per lo sviluppo professionale continuo.

È verosimile che l'attuale livello formativo italiano possa trovare qualche ostacolo di accettazione da parte dell'Unione Europea, sia per quel che riguarda la formazione specialistica, sia per lo sviluppo professionale, attualmente basato sul sistema ECM; l'Educazione Medica Continua è attuata esclusivamente da lezioni frontali, e fra poco anche attraverso lo schermo di un computer con la FAD (formazione a distanza), ed è noto da decenni che le lezioni frontali non modificano il comportamento del medico.

La conseguenza potrebbe essere quella di una penalizzazione per i medici italiani che desiderassero lavorare in un Paese europeo.

LA POSSIBILE INFLUENZA DEI MEDICI ITALIANI SULL'ATTIVITÀ LEGISLATIVA EUROPEA

1) Lotta alle disuguaglianze sanitarie

Il 20 Ottobre 2009 La Commissione europea ha annunciato un pacchetto di misure per assistere gli Stati membri e altre parti interessate alla lotta contro le disparità che esistono in salute tra i paesi dell'UE.

Nonostante l'aumento della prosperità e il progresso globale nel settore europeo della salute, sussistono delle differenze tra paesi e all'interno di essi, differenze, in alcuni casi

persino in crescita. Il divario nella speranza di vita alla nascita varia da uno Stato membro gli altri e può raggiungere otto anni per le donne e quattordici per gli uomini.

Le ragioni di queste differenze sono complessi e coinvolgono tutta una serie fattori quali il reddito, l'istruzione, le condizioni di vita e condizioni di lavoro, di igiene di vita sana e l'accesso alle cure sanitarie.

L'attuale crisi finanziaria potrebbe aver portato ad un aumento di tali disparità tra i gruppi più colpiti dalla recessione, come ad esempio i disoccupati. L'iniziativa della Commissione è quella di delineare misure per migliorare la conoscenza su questo tema, al fine di garantire un migliore controllo e una migliore raccolta dei dati, per valutare meglio la capacità delle politiche europee nella lotta contro le disuguaglianze nella salute e nel lavoro.

Per eliminare le disparità in materia di salute, la Commissione richiede, per le regioni e le popolazioni con l'assistenza sanitaria meno efficiente, un aiuto a muoversi più velocemente per colmare il loro ritardo.

2) Mobilità dei pazienti

Le disparità dei livelli di assistenza sanitaria portano con sé la ricerca, da parte dei pazienti, di un'assistenza sanitaria di migliore qualità.

Il 23 Aprile 2009 il Parlamento Europeo ha approvato i piani per dare ai cittadini europei il diritto di farsi curare all'estero più facilmente ed essere rimborsati per i costi.

I deputati vogliono anche che i pazienti, quando vengono curati fuori del loro Paese d'origine, siano adeguatamente informati sui loro diritti.

L'obiettivo generale del progetto di direttiva sulle cure sanitarie transfrontaliere è quello di garantire che non vi siano ostacoli per i pazienti che necessitano di trattamenti sanitari in uno Stato membro dell'UE diverso dal proprio.

Il Parlamento sostiene anche il diritto dei pazienti ad essere rimborsati dopo il trattamento in un altro Stato membro. Questi diritti sono stati confermati nelle sentenze della Corte di giustizia, ma non sono ancora inclusi nella legislazione UE.

La direttiva mira inoltre a garantire l'alta qualità, sicurezza ed efficienza dell'assistenza sanitaria e di stabilire meccanismi di cooperazione sanitaria tra gli Stati membri.

La direttiva rispetta le competenze nazionali, l'organizzazione e la fornitura di assistenza sanitaria e non obbliga i produttori di

uno Stato membro a fornire assistenza sanitaria a una persona da un altro Stato membro.

Inoltre, la direttiva non modifica il diritto degli Stati membri di definire le prestazioni che essi decidono di erogare ai propri cittadini: se uno Stato membro non fornisce un trattamento particolare ai propri cittadini, la direttiva non crea, per i pazienti, alcun nuovo diritto a ricevere tali cure all'estero ed essere rimborsati.

In base alla direttiva, i pazienti hanno il diritto di farsi curare all'estero, ma gli Stati membri possono tuttavia introdurre un sistema che richieda l'autorizzazione preventiva per il rimborso delle spese ospedaliere, se l'equilibrio finanziario del sistema sanitario dello Stato erogatore della prestazione corre il rischio di essere gravemente compromesso. L'obbligo di autorizzazione non deve creare un ostacolo alla libera circolazione dei pazienti.

Tuttavia, il 1 Dicembre 2009, il Consiglio Europeo della Salute (i Ministri della Salute dei Paesi membri) ha bocciato la direttiva del Parlamento; Spagna, Portogallo e Polonia hanno rimarcato la loro opposizione a pagare in assenza di stretti limiti. La presidenza svedese non è riuscita a trovare un compromesso sulle diverse posizioni di singoli Paesi.

La mobilità, in effetti crea problemi a molti Paesi, meta di migrazione dei pazienti, che hanno dubbi sulla possibilità che le cure erogate vengano poi rimborsate dal Paese di origine.

Questo problema è parallelo a quello della mobilità dei medici: se i medici di un Paese membro nel quale il loro trattamento economico e normativo è ritenuto ampiamente insufficiente, decidono di migrare verso Paesi dell'Unione dove trovano migliori condizioni di lavoro (non dimentichiamo che Francia, Danimarca, Spagna e Regno Unito hanno necessità di medici non soddisfatte dall'offerta interna), il loro Paese di origine si depaupera e non è in grado di soddisfare le richieste di salute dei loro cittadini; i cittadini bisognosi di cure, di conseguenza, cercano la soluzione ai propri problemi di salute in un Paese membro diverso dal proprio.

Si innesca, in tal modo, un circolo vizioso: lo Stato spende poco per il proprio sistema sanitario e i propri professionisti per difficoltà economiche, ma, se è costretto a rimborsare le cure ricevute all'estero dai propri cittadini, vi è rischio di insolvenza, per cui i Paesi membri oggetto di

immigrazione sanitaria sono riluttanti ad accettare questa migrazione senza garanzie sufficienti.

Da parte della FEMS si sostiene la necessità di definire uno standard minimo di trattamento dei medici europei, che limiti la migrazione dei propri medici verso altri Paesi membri. Questo dovrebbe migliorare la qualità dell'assistenza sanitaria e, di conseguenza, ridurre la necessità di migrazione sanitaria.

3) "task shifting" (spostamento dei compiti)

Nel settore sanitario, il termine "Task Shifting" è usato per descrivere una situazione in cui un compito normalmente effettuato da un medico è trasferito a un operatore sanitario con un diverso o minore livello di istruzione e formazione, o ad una persona specificamente addestrata per eseguire una attività limitata ad un solo compito, senza avere una istruzione formale della salute.

Questo avviene in paesi con una carenza di medici ma anche in Paesi che non sono in situazioni di carenza.

In questi ultimi, lo spostamento si può verificare per diverse ragioni: sociali, economiche e professionali, a volte con il pretesto della efficienza, del risparmio o di altri vantaggi non dimostrati.

Può essere stimolato, o, al contrario, ostacolato, da professionisti che cercano di espandersi o di proteggere i loro domini tradizionali. Può essere avviato dalle autorità sanitarie, da parte dei lavoratori di assistenza sanitaria che si alternano e talvolta dai medici stessi. Può essere agevolata dal progresso della tecnologia medica, che standardizza le prestazioni e l'interpretazione di alcuni compiti, consentendo quindi di essere effettuati da medici o da tecnici al posto dei medici.

Tuttavia, deve essere riconosciuto che la medicina non può mai essere considerata solo come una disciplina tecnica.

Lo spostamento può verificarsi all'interno di un team già esistente, con un conseguente rimescolamento dei ruoli e delle funzioni esercitati dai membri del team.

Essa può inoltre creare nuove figure la cui funzione è di aiutare altri professionisti della salute, in particolare i medici.

Benché lo spostamento dei compiti possa essere utile in determinate situazioni, e talvolta possa migliorare il livello di cura del paziente, essa porta con sé rischi significativi. In primo luogo il rischio di riduzione della qualità della cura del paziente,

compresi ridotto contatto paziente-medico, servizio frammentato e inefficiente, la mancanza di un adeguato follow-up, errata diagnosi e trattamento e l'incapacità di affrontare le complicazioni.

La situazione nel nostro Paese, con il proliferare delle cosiddette "lauree brevi", deve far riflettere sui rischi che corre non solo il ruolo del medico, ma l'assetto e la qualità del Sistema Sanitario stesso.

L'Associazione Medica Mondiale (World Medical Association WMA), nell'assemblea generale tenuta a Nuova Delhi, India, nell'Ottobre 2009, ha espresso particolare preoccupazione per il fatto che lo spostamento di compito è spesso avviato dalle autorità sanitarie, senza alcuna consultazione con i medici e loro rappresentanze professionali.

Pertanto, la WMA raccomanda alcune linee guida, tra le quali:

- la qualità e la continuità delle cure e la sicurezza dei pazienti non devono mai essere compromesse e dovrebbero essere la base per tutte le riforme e la legislazione relativa alle attività spostamento
- quando i compiti sono spostati da medici ad altre figure professionali, i medici e le loro associazioni rappresentative dovrebbero essere consultati e coinvolti fin dall'inizio in tutti gli aspetti relativi alla realizzazione del compito spostamento, in particolare nella riforma di leggi e regolamenti. le norme di garanzia della qualità e i protocolli di trattamento devono essere definiti, sviluppati e seguiti da un medico. Devono essere chiaramente definiti i compiti che devono essere eseguiti solo da medici. In particolare, dovrebbe essere attentamente studiato il ruolo di diagnosi e terapia
- in paesi con una grave carenza di medici, lo spostamento di compito deve essere visto come una strategia provvisoria con una prospettiva di uscita. Tuttavia, quando le condizioni di uno specifico paese rendono probabile che sia attuato a lungo termine, devono essere attuate strategie di sostenibilità
- lo spostamento di compito non dovrebbe essere visto solo come un risparmio sui costi. L'analisi dei benefici economici dovrebbe essere condotto in modo da misurare le conseguenze sulla salute, sull'efficacia e la produttività
- lo spostamento di compito dovrebbe essere preceduto da una revisione sistematica,

l'analisi e la discussione di potenziali esigenze, costi e benefici. Non dovrebbe essere proposto solo come reazione a altri sviluppi del sistema sanitario

- nel caso, le associazioni mediche nazionali devono collaborare con le associazioni degli altri operatori sanitari nella definizione del quadro di riferimento per attività spostamento.

È opportuno che questi aspetti siano tenuti in considerazione e sotto controllo in ambito della UE e i medici italiani devono dare il loro contributo.

ORDINAMENTI DEGLI ALTRI PAESI

L'argomento è troppo vasto per poter essere affrontato in questa sede, ma aspetti riguardanti la retribuzione, l'organizzazione del lavoro, la libera professione, i meccanismi di carriera, come sono affrontati in altri Paesi europei, possono essere analizzati per possibili applicazioni nel nostro ordinamento.