



CCNL 2010-2012, non della rappresentatività al 31/12/2008, ma dei dati raccolti al 31/12/2006. E, ciò, senza motivo apparente.

Una ulteriore criticità è legata ad una serie di commi del D.Lgs. 150/2009, che delegittimano e riducono, concretamente, il ruolo dei sindacati di chi lavora nella P.A., segnando nel contempo l'invasione della legge in materie già di competenza contrattuale. Infatti (art. 54) dalla contrattazione collettiva sono escluse le materie legate all'organizzazione del lavoro, alle prerogative dirigenziali, alla partecipazione sindacale e agli incarichi.

Il sindacato inciderà poco anche nei meccanismi potenzialmente sanzionatori, se non nelle infrazioni di minor gravità. L'amministrazione sarà così favorita ed il dipendente sarà meno protetto od, almeno, meno garantito sulla correttezza dei percorsi. Ai sindacalisti, poi, viene impedito di accedere ad Organismi importanti per la P.A.: Comitato dei Garanti (art. 42 del decreto); strutture deputate alla gestione del personale (art. 52); ARAN (art. 58); Commissione centrale per la valutazione (artt. 12 e 13). Ai sindacalisti, infatti, per accedere alle funzioni di questi Organismi, Brunetta chiede un "wash out", cioè un lavacro purificatore di 2 o 3 anni.

L'analisi del decreto Brunetta ci consente le seguenti considerazioni:

- dimostra l'inattendibilità di Brunetta, quando afferma-

va *urbi et orbi* di voler "premiare i meritevoli e punire i fannulloni". Di "premi" non c'è neppure l'ombra;

- rivela la sfiducia di Brunetta (o dell'intero Governo?) verso la pubblica amministrazione e, soprattutto, verso i dirigenti della P.A., senza distinzioni tra ministeriali, regionali, comunali, sanitari, ecc. Ma i dirigenti sono proprio la categoria che CONFEDIR e CIDA, giustamente, devono tutelare;

- cade anche lui nell'ambiguità di considerare il dirigente pubblico dirigente tipico, mentre è certamente atipico. Come è possibile pensare di trasformarlo in alter ego di un datore di lavoro vero e proprio, in assenza di budget realmente autonomi, di una autonoma capacità di spesa, della possibilità di incidere sulla organizzazione del lavoro (attraverso assunzioni, attribuzione degli incarichi, evoluzione in carriera, ecc.)?;

- risulta incoerente e contraddittorio perché da un lato usa la spada contro i dirigenti pubblici ed il guanto di velluto nei confronti di chi gestisce male la cosa pubblica (siano essi ARAN, ASL, Comuni, Province, Comunità varie, istituzioni politiche, ecc.), mentre dall'altro, a fronte dei fenomeni crescenti del federalismo, del decentramento, del coinvolgimento partecipativo dei cittadini, esprime una voglia di centralismo ed autoritarismo veramente anacronistica;

- nega la specificità, di cui è ricco tutto il pubblico impiego, e ricchissima la sua dirigenza. Infine, siamo proprio sicuri che il D.Lgs. 150/2009 sia realmente rispettoso delle autonomie regionali in materia di sanità e di organizzazione del lavoro, nelle diverse realtà territoriali? L'art.74 può anche affermare che 13 dei 74 articoli del decreto sono "principi generali dell'ordinamento", ma noi non crediamo che sia veramente così, anche se le Regioni sembrano aver accertato le scelte ministeriali e le norme conseguenti.

Restiamo comunque in paziente attesa che un qualche Magistrato rinvii alla Corte costituzionale qualche frammento normativo del decreto, esplicitando quelli che sono anche i nostri dubbi.

In definitiva, non crediamo che il D.Lgs. 150 avrà un impatto positivo sul pubblico impiego, temiamo anzi che finisca per essere solo una disegna velleitario di un Ministro che sognava troppo in grande.

*Stefano Biasoli*

*Segretario Nazionale CONFEDIR*

## Il difficile mestiere del sindacalista

Stefano Biasoli

Fare sindacalismo, oggi, significa essere un po' come i testimoni di Geova, ossia girare per le corsie dei nostri Ospedali e per i corridoi dei nostri uffici, gettando messaggi che spesso non vengono recepiti.

I Colleghi chiedono notizie sul contratto (che è sempre in ritardo e, solitamente, anche male applicato); la gente racconta il proprio crescente disagio professionale, perché è sempre più difficile essere buon professionista nella pubblica amministrazione e nel S.S.N.

Sempre più spesso si sente questa frase: "Appena posso, me ne vado in pensione...".

Da anni, l'Occidente e l'Italia vivono in modo precario: le incertezze prevalgono sulle certezze; il precariato prevale sul lavoro fisso, sicuro, cioè quello a tempo indeterminato.

Ciascuno di noi, ciascuna famiglia, ha modificato il proprio modo di vivere e di essere, dopo l'11 settembre 2001 e dopo la depressione economico-finanziaria dell'ultimo biennio.

Pubblico impiego e sanità attraversano una profonda crisi organizzativa ed istituzionale, legata in parte "all'effetto Brunetta", ma soprattutto all'evidente volontà dello Stato centrale di ridurre progressivamente il proprio ruolo, le funzioni ed i servizi di impronta nazionale, nel tentativo (purtroppo vano) di sanare profondi e strutturali squilibri economici.

Gli effetti, anche recenti, di queste scelte sono sotto gli occhi di tutti. Così come sono già evidenti i danni prodotti da un federalismo pasticciato e largamente incompleto, anzi "tarlato".

Per quanto riguarda la Sanità, abbiamo – per mesi – assistito a violenti scontri tra Stato e Regioni, causati sia da aspetti economici che da problemi organizzativi e gestionali.

Il Patto per la Salute è stato stipulato con mesi di ritardo e solo quando il Ministro Tremonti è stato costretto ad aprire un po' i cordoni della borsa.

Le Regioni hanno ottenuto una manciata di miliardi di euro in più, per 3 anni, con la possibilità teorica di chiudere i contratti in bilico, ma con l'obbligo contestuale di pareggio del bilancio sanitario, dal 2010 in poi. In caso contrario, scatteranno i commissariamenti e la decadenza automatica dei direttori generali. Vedremo...

Ma vorrei ritornare alla riflessione iniziale, cioè la pensione. C'è voglia di fuga, di uscire dal sistema, di andarsene in pensione.

Ma la pensione deve essere preparata con decenni di anti-

cipo, con scelte professionali adeguate e coerenti (tempo pieno, tempo definito, part-time; opzione tra rapporto esclusivo o non, ovvero tra intramoenia od extramoenia; scelte professionali e di carriera, con le conseguenze ricadute economiche e previdenziali).

Tutto ciò, invece, succede raramente. E così, i nostri Colleghi arrivano nei pressi della pensione senza conoscere le regole della nuova condizione personale, commettendo così, spesso, grossi errori.

Nel settembre 1993 (16 anni fa) la CIMO-ASMD ha pubblicato un volume da titolo "Il Medico ospedaliero: percorso di carriera dall'assunzione alla pensione". Era un testo completo, che analizzava tutti gli aspetti peculiari del medico dipendente del S.S.N.: posizioni funzionali; rapporto di impiego; concorsi; dotazioni organiche; diritti e doveri; responsabilità; sanzioni; relazioni sindacali; organizzazione del lavoro; trattamento economico; produttività; pensione e aspetti previdenziali, ecc. Era un manuale, pratico ed esaustivo.

Dopo 16 anni, quel testo è da buttare nel cestino perché la normativa (leggi, decreti, Circolari, contratti) è radicalmente cambiata.

I Colleghi hanno continuato a lavorare, mentre il mondo lavorativo cambiava intorno a loro. La maggior parte dei Colleghi, sindacalizzati o no, non si è accorta di nulla od ha percepito solo alcuni effetti del cambiamento organizzativo, con evidente disagio nel lavoro quotidiano.

Ed ora quei Colleghi bussano alle porte della pensione, non conoscendo nulla del loro futuro o conoscendolo poco. Cosa succederà? In taluni casi sarà un disastro, soprattutto per i consanguinei (cosiddetti "superstiti"), titolari cioè di pensione di reversibilità ordinaria, ossia di pensione liquidata agli eredi del sanitario deceduto quando era già pensionato.

Ma ci sono anche altri casi: il decesso in servizio (pensione indiretta ordinaria); l'invalidità per causa di servizio (diretta privilegiata); l'indiretta privilegiata (pensione agli eredi del sanitario deceduto per causa di servizio); la reversibilità privilegiata (pensione agli eredi del pensionato "privilegiato", deceduto dopo la pensione).

E ci sono gli Enti pensionistici: INPDAP, ENPAM, INPS. Enti solitamente sconosciuti, tranne che al momento del pagamento dei contributi e della pensione. Enti con regole diverse, efficienze diverse, tempistiche diverse.

Come viene calcolata la pensione ordinaria? In modo diverso per chi aveva più o meno di 18 anni di contributi utili al 31/12/1995: per i primi c'è, ancor oggi, un sistema

di calcolo retributivo, per i secondi c'è un sistema di calcolo misto, parte retributivo e parte contributivo. Ma, per gli assunti dopo il 1° gennaio 2000, il sistema è totalmente contributivo, quindi molto meno vantaggioso.

Conseguenze? Chi è andato in pensione fino al 31/12/1995, con 40 anni di servizio utile, ha percepito e percepisce una pensione che equivale a circa il 100% della retribuzione pensionabile in godimento al momento del collocamento a riposo. Chi è andato in pensione negli anni 2001-2008, percepisce circa l'82% della retribuzione pensionabile in godimento al momento del collocamento a riposo. Chi andrà in pensione negli anni 2015-2020, percepirà invece solo il 65-70% dello stesso valore pensionabile. E peggio andrà, per chi si pensionerà dopo.

Insomma, le pensioni future saranno sensibilmente più basse di quelle attuali. Ma le pensioni attuali, oggi, perdono annualmente circa il 2% del loro valore (in termini di potere reale di acquisto) per il mancato adeguamento all'inflazione reale.

Tempi cupi, senza una reale riforma della tassazione delle pensioni, e senza nuove regole sull'adeguamento delle stesse rispetto all'erosione determinata dalla svalutazione.

Le Organizzazioni della dirigenza, pubblica e privata, come CONFEDIR-MIT e CIDA e le Organizzazioni dei sanitari pensionati (FEDERSPEV) si battono, da anni, per modifiche sostanziali: da anni, ma senza risultati perché chi ci governa (che sia di centro, di destra o di sinistra, la sostanza non cambia) ritiene che le nostre pensioni siano già "ricche", così da pensare addirittura ad un loro "taglio". Parlo delle nostre pensioni, non quelle dei top-manager o dei "boiardi" di Stato, di nomina politica!

Per questo, CONFEDIR-MIT, FEDERSPEV e CIMO-ASMD hanno dato e daranno battaglia sugli aspetti pensionistici e con ogni strumento disponibile (azioni politiche, di lobbying, azioni sindacali, legali, ecc.).

Come è possibile che anche Tu, medico dipendente in attività od in quiescenza che sia, non senta il bisogno di unirTi a noi in questa lotta? Ti forniremo tutti gli strumenti di informazione e formazione necessari, ma Tu fatti contare dalla parte della categoria medica iscrivendoTi, o favorendo iscrizioni, a CIMO-ASMD e/o a FEDERSPEV.

*Stefano Biasioli*  
*Past President CIMO-ASMD*  
*Segretario Nazionale CONFEDIR-MIT P.A*

## UNO SPRAY ALL'ARGENTO PER I PROBLEMI QUOTIDIANI DELLA PELLE

Molto spesso la nostra attività quotidiana comporta piccoli rischi che ci causano piccole ferite che, a volte, tardano a guarire perché non sappiamo esattamente come medicarle. Soprattutto nei piccoli lavori di casa queste ferite sono causate da oggetti che possono contaminare le lesioni e rischiano quindi di causarci infezione. Da tempo la tecnologia di Devergè ha la risposta a questo nostro problema: Katoxyn! È uno spray a base di argento che facilita la rapida cicatrizzazione di ogni ferita evitando o prevenendo l'infezione.

L'argento è stato utilizzato fin dai tempi più antichi; i vulnerari e i cerusici (gli antichi guaritori delle ferite) sapevano delle proprietà antisettiche e cicatrizzanti di questo metallo che veniva utilizzato in sottili lamine. I patrizi romani e, più tardi, la nobiltà medievale e rinascimentale utilizzavano sferette d'argento per rendere potabile l'acqua e pasteggiavano in stoviglie dello stesso metallo per evitare la contaminazione di cibi e bevande da parte dei microbi. È da allora che viene utilizzata la denominazione "sangue blu", che ancora oggi si attribuisce alla classe nobiliare, dovuta alla colorazione leggermente bluastra delle mucose, causata dall'ingestione dell'argento. Questo dimostra che l'argento è da sempre l'antisettico per eccellenza. L'uso di Katoxyn è molto semplice e prevede l'applicazione di una giusta quantità di prodotto che si ottiene attraverso la sua erogazione mediante un unico gesto: la pressione sul tasto erogatore. La particolarità di questo prodotto, oltre la sua facilità di impiego, è che l'argento che lo costituisce ha la proprietà di non ossidarsi e di accelerare i normali processi di cicatrizzazione, proteggendo quindi la nostra pelle dai batteri ed aiutandola a guarire. Katoxyn può essere utilizzato con successo anche su ferite più impegnative come le ustioni e le lesioni interdigitali del piede, comuni soprattutto tra gli sportivi e gli assidui utilizzatori di scarpe da jogging. Anche le persone anziane possono avere sollievo dall'uso di questo prodotto, soprattutto coloro che sono costretti ad utilizzare presidi per l'incontinenza (pannoloni) che causano spesso lesioni all'inguine ed alle natiche.

Ad esclusione delle persone allergiche all'argento, chiunque può servirsi di Katoxyn con estrema efficacia; è assolutamente inutile applicare dei cerotti su un taglio o un'escoriazione, rischiando poi la macerazione dei bordi della ferita, quando cicatrizzazione e prevenzione dell'infezione possono essere realizzati con un unico prodotto. Ecco perché, dopo aver pulito la ferita con un prodotto specifico come potrebbe essere Vulnopur, l'azione più semplice per curare la vostra lesione è utilizzare uno spray antibatterico e cicatrizzante come Katoxyn.

# Project Management in di cultura professionale

Il sistema sanitario italiano negli ultimi anni è stato caratterizzato da cambiamenti profondi e significativi. La crescente offerta diagnostico-terapeutica, la modificazione degli stili di vita, il progressivo invecchiamento della popolazione, l'aumento delle conoscenze e dell'accesso alle informazioni stanno provocando il lievitare dei bisogni salute e la nascita di nuove esigenze correlate al raggiungimento e mantenimento del livello di benessere raggiunto. Tutto questo porta ad una progressiva estensione dei tradizionali sistemi di governo e di controllo del sistema sanitario. L'esperienza internazionale dimostra che non esistono modelli istituzionali ed organizzativi vincenti sugli altri, mentre un fattore comune di preoccupazione è il costo crescente dell'assistenza sanitaria.

L'Azienda sanitaria, ospedaliera, i Policlinici, gli IRCCS e tutte le organizzazioni sanitarie, sono caratterizzate da elevata complessità gestionale, e necessitano di tecniche e strumenti in grado di supportare i singoli operatori ad utilizzare al meglio le risorse disponibili, garantendo, allo stesso tempo, un elevato livello qualitativo delle prestazioni erogate. In tale contesto risulta fondamentale la ricerca di un equilibrio che consenta di coniugare l'efficienza nell'utilizzo delle risorse, l'efficacia dei servizi offerti e l'equilibrio economico complessivo di ciascuna Azienda e dei sistemi regionali e nazionali di riferimento. Anche per questi motivi le strutture sanitarie del SSN si sono progressivamente avvicinate al PM e alle sue logiche...

Le trasformazioni introdotte dai D.Lgs. 502/92 e 517/93 relativamente alla gestione dei servizi sanitari, con obiettivi orientati ad una maggiore efficienza delle strutture sanitarie e una migliore qualità dei processi e dei risultati raggiunti, portano alla necessità di un approccio a gestione di progetti (e per progetti) da parte delle strutture sanitarie. Anche l'attuale assetto normativo è in linea con questo approccio, infatti il punto 3 dell'art.15 del D.Lgs. 229/99 prevede che: L'autonomia tecnico-professionale, con le connesse responsabilità, si esercita nel rispetto della collaborazione multi-professionale, nell'ambito di indirizzi operativi e programmi di attività promossi, valutati e verificati a livello dipartimentale ed aziendale, finalizzati all'efficace utilizzo delle risorse e all'erogazione di prestazioni appropriate e di qua-

lità. Il dirigente, in relazione all'attività svolta, ai programmi concordati da realizzare ed alle specifiche funzioni allo stesso attribuite, è responsabile del risultato anche se richiede un impegno orario superiore a quello contrattualmente definito.

Appare dunque evidente che nella normale attività tutti i professionisti del mondo sanitario non possono che muoversi secondo le logiche e le regole del PM. L'apertura di un nuovo laboratorio d'analisi, di un servizio di day surgery centralizzato, di un nuovo ambulatorio pluridisciplinare ad attività integrata, la programmazione di un intervento per la valutazione e mappatura dei rischi in Azienda, un percorso formativo per l'aggiornamento del personale, una campagna di vaccinazione, una ricerca scientifica, una valutazione della soddisfazione degli utenti e altri ancora sono alcuni fra gli esempi più frequenti di uso corrente del PM.

L'Azienda sanitaria ha l'obbligo di rispettare obiettivi istituzionali ed economici: da una parte la tutela della salute, dall'altra l'equilibrio economico inteso come controllo della spesa e non semplice pareggio di bilancio. Obiettivi complessi e soggetti ad azioni contrastanti, spesso condizionati da un'organizzazione che ha bisogno di un'azione professionale, flessibile e di un graduale ma deciso cambiamento della propria cultura gestionale. L'Azienda sanitaria ha bisogno di veri manager che la gestiscono e di Project Manager, che garantiscano la realizzazione dei progetti, ovvero i "mattoni" del raggiungimento degli obiettivi di un'organizzazione...

Il Project Management è il processo di pianificazione, organizzazione, direzione e controllo di un gruppo di persone operanti come gruppo temporaneo... Tratta della pianificazione e della realizzazione di iniziative, definiti progetti. I concetti ed i sistemi utilizzati per gestire i progetti, e le loro difficoltà, derivano dalla natura dei progetti stessi. È una specifica modalità di gestione di azioni complesse, caratterizzate da un alto livello di integrazione di processi e competenze diverse che, attraverso una serie di strumenti a supporto delle fasi di pianificazione, gestione e controllo di costi/ricavi, tempi e risorse, si pone a garanzia della performance complessiva del progetto stesso.

Un progetto è un insieme di sforzi coordinati nel tempo,

# sanità: una scelta obbligata

Maurizio Dal Maso

ovvero un insieme di persone, risorse e fattori organizzativi riuniti temporaneamente per raggiungere uno specifico obiettivo, con un budget predeterminato ed entro un periodo temporale prestabilito. Un progetto è, quindi, un'attività non ripetitiva, finalizzata al raggiungimento di un obiettivo in un predeterminato periodo di tempo, realizzato utilizzando risorse di natura diversa. Si deduce che ogni progetto è unico, il risultato ultimo dell'attività deve essere certo, chiaro e condiviso, l'attività deve avere un preciso momento di inizio e di fine e le risorse sono da intendersi come entità diverse come persone, tecnologie, fattori economici e finanziari, spazi, materiali, strutture e tempo. Un progetto realizza un cambiamento strutturato, ha obiettivi specifici, produce risultati tangibili e misurabili, si avvale di precise risorse specialistiche, ha durata definita con inizio e fine prestabiliti, comporta l'assunzione di rischi e responsabilità, deve avere un solo responsabile e richiede un approccio gestionale sistematico.

Gli ambiti di attività in cui si può adottare il PM in sanità sono molteplici e possono interessare la creazione di nuove strutture sanitarie, nuove unità operative, nuovi modelli organizzativi aziendali e/o interaziendali, nuovi processi assistenziali divisionali, dipartimentali o interdipartimentali, sperimentazioni di nuovi farmaci o trattamenti o nuovi dispositivi medici. Le tipologie invece fanno riferimento a progetti di ricerca e sviluppo, progetti di management, progetti di sistemi informativi, progetti per la costruzione di impianti/attrezzature. Il fine di un progetto è il raggiungimento di

uno specifico obiettivo e per questo è necessaria una particolare pianificazione, di diversa complessità, in base alla tipologia del progetto stesso. Alla fine del progetto, ad esempio in caso di nuovi processi assistenziali, deriverà un nuovo servizio che andrà regolarmente a regime come attività ordinaria. Questo spiega il passaggio logico da innovazione a gestione ordinaria ed evidenza come il tempo sia, spesso, il vero fattore limitante...

Le fasi del PM sono le seguenti: ideazione, pianificazione, esecuzione, controllo e chiusura. L'ideazione prevede la definizione degli obiettivi, lo studio di fattibilità, l'analisi costo/beneficio, l'eventuale gara e l'avvio della realizzazione del progetto.

La pianificazione, che è il momento strategicamente più importante, si basa su 3 parametri: tempi, risorse, costi/ricavi e la qualità attesa all'interno del progetto stesso.

La fase di esecuzione e controllo prevede la rilevazione dei tempi e dei costi effettivi, il consolidamento con l'approvazione e l'inserimento dei dati, la verifica con l'analisi degli scostamenti e delle cause e la ripianificazione in cui sono definiti i correttivi e le nuove stime a finire.

Infine la chiusura con l'esame critico dei risultati, la storicizzazione e il conseguente adeguamento degli standard intra e/o extra aziendali. I vantaggi della gestione per progetti sono collegati al fatto di poter pianificare il raggiungimento di obiettivi, anche molto complessi, prevedendo fin dall'inizio i vincoli formali, i tempi di realizzazione delle varie fasi del progetto con le relative tappe intermedie e le modalità complessive di utilizzo delle



risorse, ridurre i tempi di realizzazione, migliorare l'utilizzo delle risorse (efficacia/efficienza) e prevedere le situazioni future (simulazione).

Il PM è uno strumento flessibile ma rigoroso che permette di creare un *trait d'union* tra analisi del fabbisogno di nuovi servizi e valutazione dell'impatto delle scelte per il raggiungimento degli obiettivi. Il PM ha la capacità di creare una interiorizzazione della cultura aziendale: si "impara" a lavorare per progetti a dividere, e condividere il lavoro per risultati orientandosi alla cultura del gruppo e non più del singolo. L'applicazione di questa metodologia determinerà all'interno dell'organizzazione sanitaria un confronto, una crescita e una consapevolezza indispensabili per un reale miglioramento della produzione dei servizi in termini di miglioramento di output/outcome, ovvero efficacia, efficienza e qualità.

Il PM è lo strumento ideale per realizzare il cambiamento di prospettiva così necessario nel mondo dei professionisti sanitari, che, in modo sintetico, è quello espresso nella Tab.1.

**Tab. 1**  
**EVOLUZIONE DEL CONCETTO DI LAVORO PROFESSIONE**

da	a
Conoscere il proprio lavoro tecnico	Conoscere il proprio sistema di clienti esterni ed interni
Fare bene il proprio lavoro	Soddisfare le esigenze dei clienti
Lavorare in "verticale"	Lavorare in "orizzontale" ( <i>team work</i> )
Lavoro = presenza	Lavoro = raggiungimento di risultati impegno => raggiungimento di obiettivi

Efficacia/Efficienza, Eticità, Equità e Qualità. sono, da molti anni alla base dei criteri di gestione delle strutture sanitarie che devono essere viste in una nuova ottica organizzativa e di economicità. Da tutto ciò è derivato un profondo e complesso processo di rinnovamento del mondo sanitario dove i medici e tutte le figure professionali coinvolte nei processi clinici hanno dovuto assumere un doppio impegno e una doppia responsabilità, sanitaria (tecnica-professionale) ed economica (gestionale-organizzativa).

Questo è il futuro e questa è la vera scommessa che non possiamo perdere, nell'interesse dei nostri utenti.

*a cura del dott. Maurizio Dal Maso  
Esperto CIMO-ASMD sulle problematiche  
della Qualità e Organizzazione  
dei Servizi sanitari*

## Responsabilità il parere del medico



La CIMO-ASMD è stato il primo sindacato della dirigenza medica ad affrontare il problema del governo clinico, del rischio clinico e della responsabilità dirigenziale, riproponendolo continuamente, anche con una numerosa serie di Convegni e Congressi, all'attenzione del Governo, del Parlamento, delle controparti negoziali, dei direttori generali datori di lavoro e dell'ARAN, nel corso delle sessioni di contrattazione collettiva.

Dirò subito, in premessa, che trattare, da medico, tale argomento sarà un'impresa improba, tuttavia proverò ad esprimere nel merito il modesto parere di un vecchio Primario, di un vecchio Coordinatore Sanitario e Direttore di Dipartimento, di un vecchio sindacalista, approfondendo qualche argomento a noi più vicino quale la responsabilità "primariale", la responsabilità del dirigente medico subordinato, la responsabilità della struttura, il risk management.

La gravissima crisi economica non solo italiana, ma mondiale, crisi che si riverbera profondamente nella Sanità nel

## civile e penale in sanità:

Michele Poerio

suo complesso con la forte spinta verso la centralità delle Regioni, il continuo dilagare di interventi legislativi e regolamentari in materia, vedi legge Brunetta, evidenzia come il sistema del Welfare sia tra i primi a risentirne le drammatiche conseguenze.

E tutto ciò, a mio parere, deve imporre al giudice ed al giurista in genere una rinnovata e sempre più accorta attenzione di giudizio.

### La posizione apicale: più oneri che onori

L'aumento enorme del contenzioso sanitario espone a rischi di responsabilità oggettiva tale figura, cui si richiede un'alta professionalità non solo sotto il profilo medico-specialistico, ma anche manageriale, spesso senza adeguati strumenti e supporti, con il rischio sempre in agguato di assunzione di responsabilità per condotta dei membri dell'équipe medica, infermieristica, tecnica e del personale direttivo-amministrativo dell'ente di appartenenza.

### Quadro legislativo

Il D.Lgs. 502/92 ha abrogato il DPR 128/69 (la legge Mariotti), che individuava le attribuzioni dei Primari, Aiuti e Assistenti, ma non il DPR 761/79, nel quale il Primario conserva le stesse funzioni previste nel DPR 128/69.

La legge 833/78 istitutiva del Servizio Sanitario Nazionale, ribadendo il diritto alla tutela della salute previsto nell'art. 32 della Costituzione, ha individuato i doveri a carico dei dipendenti del SSN ed ha identificato i soggetti titolari di questi doveri.

Il Primario, quindi, come gli altri operatori del SSN, è destinatario del dovere di tutelare la salute, cioè la vita e l'integrità psicofisica del cittadino, seguendo gli indirizzi delineati nel DPR 761/79.

Il D.Lgs. 229/99 ha mutato la denominazione di "Primario" in "Dirigente con incarico di direzione di struttura complessa", il quale, se non adotta i suoi poteri-doveri impeditivi (organizzazione e gestione del reparto, organizzazione e divisione del lavoro, indirizzo e controllo delle attività sanitarie, potere di avocazione di casi complessi, didattica, ecc.), la sua omissione è equiparata all'azione causale dell'evento dannoso perché ai sensi dell'art. 40, c.2, c.p. "non impedire

un evento dannoso che si ha l'obbligo giuridico di impedire, equivale a cagionarlo".

Per non parlare poi della "culpa in eligendo", della "culpa in vigilando" e della "culpa in custodiendo".

Con ciò naturalmente non si vuole sostenere che l'obbligo del dirigente di struttura complessa debba essere totale, assoluto, illimitato. Non sarebbe lecito attribuire responsabilità alla figura apicale per qualunque lesione di qualsiasi paziente, per qualsiasi altrui condotta ed in qualsiasi contesto e condizione.

Egli dovrà rispondere solo di quegli eventi lesivi che avrebbe potuto impedire facendo ricorso ai poteri impeditivi riconosciutigli dalla legge se non li ha doverosamente esercitati là dove avrebbe potuto e dovuto farlo.

### Responsabilità del dirigente medico-subordinato

Diciamo subito in premessa che il rapporto tra medici di uno stesso reparto in una struttura ospedaliera è un rapporto di diritto pubblico (DPR 761/79) e che al personale sanitario si applicano le norme relative ai dipendenti civili dello Stato, per cui l'eventuale disobbedienza/inadempimento del preposto può essere giuridicamente e disciplinarmente sanzionabile.

L'eventuale responsabilità del medico subordinato riguarda essenzialmente due ipotesi: il caso in cui il danno sia stato causato per il solo intervento del dirigente subordinato (che abbia errato nell'ambito della propria sfera di autonomia professionale, o abbia disatteso le direttive del dirigente apicale) ovvero per danno verificatosi durante un intervento praticato dalla figura apicale con cui il subordinato abbia collaborato.

Ma la direttiva del superiore si configura come un ordine insindacabile, ovvero deve considerarsi assolutamente non vincolante?

Alla luce dell'attuale normativa (DPR 761/79 ex art 63 c.3°,4° e 6°) il dirigente collaboratore della figura apicale non è mai qualificabile come un "mero esecutore di ordini".

Di conseguenza se il dirigente di struttura ed il collaboratore condividono le scelte terapeutiche entrambi se ne assumono la responsabilità.

Nel caso in cui il collaboratore non condivida le scelte del

superiore, che non eserciti il suo potere di avocazione, deve esprimere il proprio dissenso ufficialmente in cartella, in quanto se si adegua supinamente ne può rispondere a titolo di corresponsabilità, aggravata dalla previsione dell'evento, fermo restando l'obbligo di collaborazione.

#### Responsabilità della struttura

In merito a tale problema dobbiamo subito dire che nel nostro ordinamento manca una normativa specifica che identifichi un'autonoma responsabilità della struttura sanitaria per "difetto di organizzazione" (come avviene in Germania), "per mancanza di organizzazione della sicurezza delle cure" (come avviene in Belgio), per "difetto nell'organizzazione del servizio" (come avviene in Francia).

La giurisprudenza, come al solito, ha surrogato tale carenza legislativa anche se solo recentemente, se è vero come è vero che il primo caso di affermazione esplicita per deficit organizzativi risale alla sentenza del tribunale di Monza del 7 giugno 1995.

Da tenere presente che ciò può essere fonte di responsabilità anche per il dirigente medico, soprattutto apicale, che ha l'obbligo di informare il paziente dei maggiori rischi dovuti alle carenze strutturali o di presidi, anche solo contingenti e momentanei ed eventualmente trasferirlo presso altre strutture più idonee.

Tale dovere di informazione è stato ribadito da numerose importanti sentenze della Corte di Cassazione.

La giurisprudenza, inoltre, ha identificato il cosiddetto "contratto di ospedalità" o "contratto di assistenza sanitaria" in termini autonomi dal rapporto medico-paziente, affermando così una responsabilità contrattuale, civile e penale della struttura.

Sappiamo bene, però, che la responsabilità penale è sempre personale, per cui sarà necessario identificare i responsabili che, alla luce del D.Lgs. 502/92 e s.m., non possono che essere il direttore generale, il direttore sanitario ed il direttore amministrativo.

Tale decreto, infatti, ha trasformato le USL in aziende (pur sempre dipendenti dalla Regione) dotate di personalità giuridica pubblica, di autonomia organizzativa, amministrativa, patrimoniale, contabile e tecnica individuando quale responsabile il direttore generale coadiuvato dal direttore sanitario e amministrativo, e quindi l'individuazione di questi tre soggetti consente di attribuire responsabilità di natura penale nel caso in cui si siano verificati danni ai pazienti (indipendentemente dalla correttezza delle condotte dei medici) a causa di carenze strutturali ed organizzative per omissioni ascrivibili a queste figure.

E numerose sono le sentenze della Cassazione penale in tal

senso, come per esempio la sentenza n°10093/95 che, occupandosi di un caso di morte in ospedale a seguito di un decorso post-operatorio complicato in ambiente privo di assistenza e vigilanza, ha condannato il direttore amministrativo per omicidio colposo.

E questo orientamento giurisprudenziale è stato confermato dalle sentenze della Cassazione a sezioni unite n°571/02, 1698/06 e 557/08.

#### Risk management

È evidente a tutti che ci troviamo di fronte ad una gigantesca dilatazione del rischio professionale.

Nel 2007 sono stati circa 30.000 i casi di contenzioso sollevati dai pazienti nei Tribunali per ottenere il risarcimento per presunti danni, denunce enormemente cresciute negli ultimi anni (da oltre 12.000 nel 1998 a circa 27.000 nel 2006).

A ciò si aggiunga l'enorme costo della cosiddetta medicina difensivistica praticata da moltissimi medici (circa l'80%), il cui costo è valutato, a seconda dei vari Autori, da 12.000 a 18.000 miliardi di euro anno, somma che, se recuperata, risolverebbe in poco tempo il contenzioso con le Regioni, comprese quelle "canaglia".

Gli errori, comunque, sono insiti nell'attività umana e non possono essere del tutto eliminati.

Può, tuttavia, ridursi la loro incidenza, soprattutto progettando sistemi che proteggano gli operatori dagli errori ricorrenti, rendendoli intercettabili e predisponendo accorgimenti attraverso opportune modifiche dell'organizzazione del lavoro.

Ed appunto a questo obiettivo mira il risk management.

Diversamente da quanto avviene da oltre un quarantennio negli USA, in Gran Bretagna ed in altri Paesi europei, in Italia il R.M. è considerato ancora una novità.

È sintomatico, a tale proposito, che solamente con il contratto di lavoro 2002/05 all'art. 21, c.5, venga prevista l'istituzione nelle varie aziende sanitarie di UO di RM (secondo la CIMO ad esclusiva direzione medica).

Purtroppo, però, ad oltre 5 anni dalla firma della parte normativa del contratto meno del 75% delle aziende sanitarie del Centro-Nord ha realizzato una "vera" UO di RM, e meno del 30% nel Sud.

Cosa fare per cambiare?

Nel *de iure condendo*:

- a) disciplinare chiaramente il titolo di responsabilità dei dirigenti medici e sanitari nella prossima riforma del cc e cp;
- b) riaffermare, per la peculiarità delle prestazioni mediche il principio dell'obbligazione di mezzi e non di risultato (principio che la giurisprudenza va sempre più dismettendo);

- c) prevedere la responsabilità diretta ed unica della struttura sanitaria, con rivalsa solo in caso di dolo in ambito civilistico;
- d) realizzare nuovi principi nella formazione degli Albi dei CTU, affiancando sistematicamente al medico legale (che non può essere un "tuttologo") lo specialista di branca o addirittura di settore;
- e) attuare obbligatoriamente Camere di conciliazione extragiudiziali, il cui buon esito estingua la causa civile e penale, chiaramente fuori dai casi di lesioni gravissime o di omicidio;
- f) predisporre fondi specifici per l'alea terapeutica;
- g) abolire la recente norma del patto in quota lite;
- h) istituire Osservatori di rischio regionali;
- i) costituire un'Agenzia nazionale per la gestione del rischio clinico.

Per fortuna molti di questi punti siamo riusciti ad inserirli nel DDL di prossima (speriamo) emanazione.

*Nel de iure condito:*

- a) bisogna effettuare un rapido riconoscimento dei danni provocati ai pazienti;
- b) bisogna eliminare/ridurre il precariato (sappiamo bene quanto l'incertezza del posto di lavoro possa influenzare negativamente l'attività del medico);
- c) bisogna effettuare una difesa aggressiva dalle denunce prive di fondamento (lite temeraria). Mi piace sempre ricordare l'episodio della causa Viganò-Castagna nella quale, alla richiesta di risarcimento di due miliardi di lire da parte del defunto conduttore televisivo, il Prof Viganò rispose con una controquerela per danni all'immagine, richiedendo un risarcimento di 3 miliardi di lire;
- d) bisogna effettuare un'analisi attenta degli errori e dei quasi errori, con relativo miglioramento delle procedure. Non rimane, quindi, che auspicare una pronta realizzazione di un buon sistema di risk management per consentire a tutta la dirigenza di far fronte ai numerosi impegni, risolvendo nel contempo molti problemi giuridici suscitati dalla divisione tecnica del lavoro sanitario e dall'esigenza di evitare l'eccessiva frammentazione dell'intervento sanitario ripartito fra i diversi operatori.

*Michele Poerio*

G. QUICI

## I RISCHI, GLI ERRORI LA SICUREZZA NEGLI OSPEDALI IN 1600 DOMANDE



Volume brossurato

Contiene CD-Rom

f.to cm.15 x 21

€ 30,00



CIC Edizioni Internazionali

# Toghe in corsia: un nuovo modo di fare aggiornamento e cultura in sanità

Antonio De Falco e Vania Cirese

Nella storica e suggestiva sede del Tribunale di Nola si è svolto, nell'arco di quattro giornate, cioè 1-8-13-19 ottobre, il Corso di Cultura Gestionale per Medici Dirigenti ed Avvocati "Toghe in Corsia", organizzato dal Dott. Antonio De Falco, Segretario Regionale CIMO-ASMD Campania (Confederazione Italiana Medici Ospedalieri - Associazione Sindacale Medici Dirigenti), con la partecipazione della SPEME (Società per la Promozione dell'Educazione Medica) ed in collaborazione con la Facoltà di Giurisprudenza dell'Università Parthenope, il Tribunale ed il Consiglio dell'Ordine degli Avvocati di Nola.

I quattro incontri-dibattito hanno visto la presenza di insigni giuristi e medici che si sono confrontati su temi di grande attualità, come la responsabilità del medico nel diritto civile e penale, il consenso informato, la cartella clinica, il danno al paziente.

Tutte le giornate hanno riscosso un grande successo per l'attualità e l'importanza dei temi prescelti. La frequenza di medici ed avvocati è stata numerosa ed assidua annoverando, tra gli altri, i dottori: Riccardo Cassi, Presidente Nazionale CIMO-ASMD; Stefano Biasioli Past President CIMO-ASMD e Segretario Generale CONFEDIR P.A.; Guido Quici, Vice Presidente Nazionale CIMO-ASMD; Alberto Catalano, Presidente Nazionale SPEME; Michele Poerio, Segretario Nazionale Organizzativo CONFEDIR P.A.; Giovan Battista Serra, Direttore Dip. Materno infantile Ospedale Cristo Re; Salvatore Paoletta, dirigente medico di radiologia e Rodolfo Vincenti, Presidente Nazionale ACOI e Direttore Dip. di Chirurgia Osp. Fatebenefratelli di Napoli.

Il Corso si è avvalso delle relazioni di illustri docenti universitari, magistrati ed avvocati, con la partecipazione tra gli altri del prof. Ugo Grassi, Docente di Diritto Civile dell'Università Partenope e del Prof. Alberto De Vita, docente di Diritto Penale presso la stessa Università; del dott. Mario Lepre, Presidente di Sezione di Corte d'Appello di Napoli, dei Magistrati Vincenza Bellini e Giuseppe Cimmarotta del Tribunale di Nola, dei magistrati

Roberto Amorosi e Emanuela D'Amely del Tribunale di Roma e degli avvocati: Gianfranco Iadecola, già Sostituto Procuratore generale presso la Corte di Cassazione, Antonio Passero, Dario Bottone, Pierluigi Alfieri del Foro di Nola, nonché dello stesso Presidente dell'Ordine, Enrico de Sena.

Vania Cirese, avvocato cassazionista e responsabile del servizio legale-penale CIMO-ASMD, ha brillantemente contribuito al successo del Corso in qualità di relatrice presentando anche a tutte e quattro le sessioni insieme al dott. Antonio De Falco.

Nella giornata conclusiva, il 19 ottobre, si è tenuta la Tavola rotonda, moderata dai dottori Cassi e De Falco, con un interessante e proficuo dibattito cui hanno preso parte, tra gli altri, il Senatore Giacomo Caliendo, Sottosegretario alla Giustizia, i Senatori Raffaele Calabrò (PDL) e Dorina Bianchi (PD) della Commissione Sanità al Senato ed il Presidente dell'Ordine dei Medici di Napoli, dott. Gabriele Peperoni. Gli argomenti toccati durante le quattro giornate e nella Tavola rotonda hanno messo in evidenza come il rischio professionale spesso dipenda da una serie di eventi dove si può chiamare in causa solo marginalmente la responsabilità del medico, che spesso non c'entra affatto: disfunzioni organizzative, strumentistiche obsolete, sale operatorie con gravi carenze, tecnologia insufficiente nei reparti, turni stressanti, carichi di lavoro eccessivi e riposi non goduti costituiscono i principali elementi di rischio e danno per i pazienti.

Da qui è emersa la necessità di una rapida approvazione della legge sulla gestione del rischio clinico per rendere obbligatorio il dovere della struttura di monitorare, prevenire, ridurre i rischi di eventi avversi. Il dibattito si è concentrato su aspetti nevralgici, in attesa di una regolamentazione, quali: l'istituzione di un sistema nazionale di gestione del rischio clinico a livello aziendale; organi di collegamento e raccolta dati a livello regionale (AIRM/AGENAS) e a livello nazionale (Osservatorio Nazionale); la necessità di distinguere la responsabilità degli amministratori delle strutture per mancata ottemperanza alle cautele ed al moni-

# professione medica e rischi relativi

toraggio dei rischi, da quella per negligenza, imprudenza, imperizia del medico; la necessità di istituire un fondo (regionale) per l'indennizzo delle vittime da alea terapeutica in caso di grave danno ai pazienti non casualmente ricollegabile alla responsabilità colposa del medico né delle strutture.

È emersa con chiarezza la necessità di interventi legislativi appropriati in materia di responsabilità professionale dei medici che lascino al giudice penale la competenza dei soli casi più gravi, lasciando ai Collegi di conciliazione ed ai Tribunali civili la definizione del contenzioso con tempi rapidi per il risarcimento dei cittadini, come già avviene negli altri Paesi europei.

Solo una compiuta disciplina della materia potrà consentire ai medici di svolgere la loro professione con maggiore serenità e tranquillità, con un minor ricorso quindi alla medicina difensiva, nonché di conseguire risparmi significativi, di avere cure in sicurezza ripristinando il rapporto fiduciario con il medico e di rimodellare un sistema della sanità più attento alla centralità della tutela del bene salute. I Senatori Calabrò e Bianchi hanno illustrato il ddl "Saccomanno" (attualmente all'esame della Commissione) che tratta questi argomenti, prendendo in esame questi nevralgici aspetti, ed hanno preso l'impegno di dare impulso ai lavori della Commissione per una rapida approvazione del ddl, che tenga conto anche delle osservazioni emerse nel dibattito per tradurle nell'accoglimento di emendamenti integrativi.

Il Sottosegretario Caliendo, da parte sua, ha garantito il suo personale interessamento. La Senatrice Bianchi infine si è resa disponibile a presentare anche un disegno di legge "bipartisan" sul consenso informato.

L'evento ha rappresentato un nuovo modo di confrontarsi tra le varie componenti, in un proficuo aggiornamento e dibattito, offrendo ad avvocati e medici le prospettive medico-legali necessarie per affrontare la tutela della salute del cittadino, ciascuno secondo

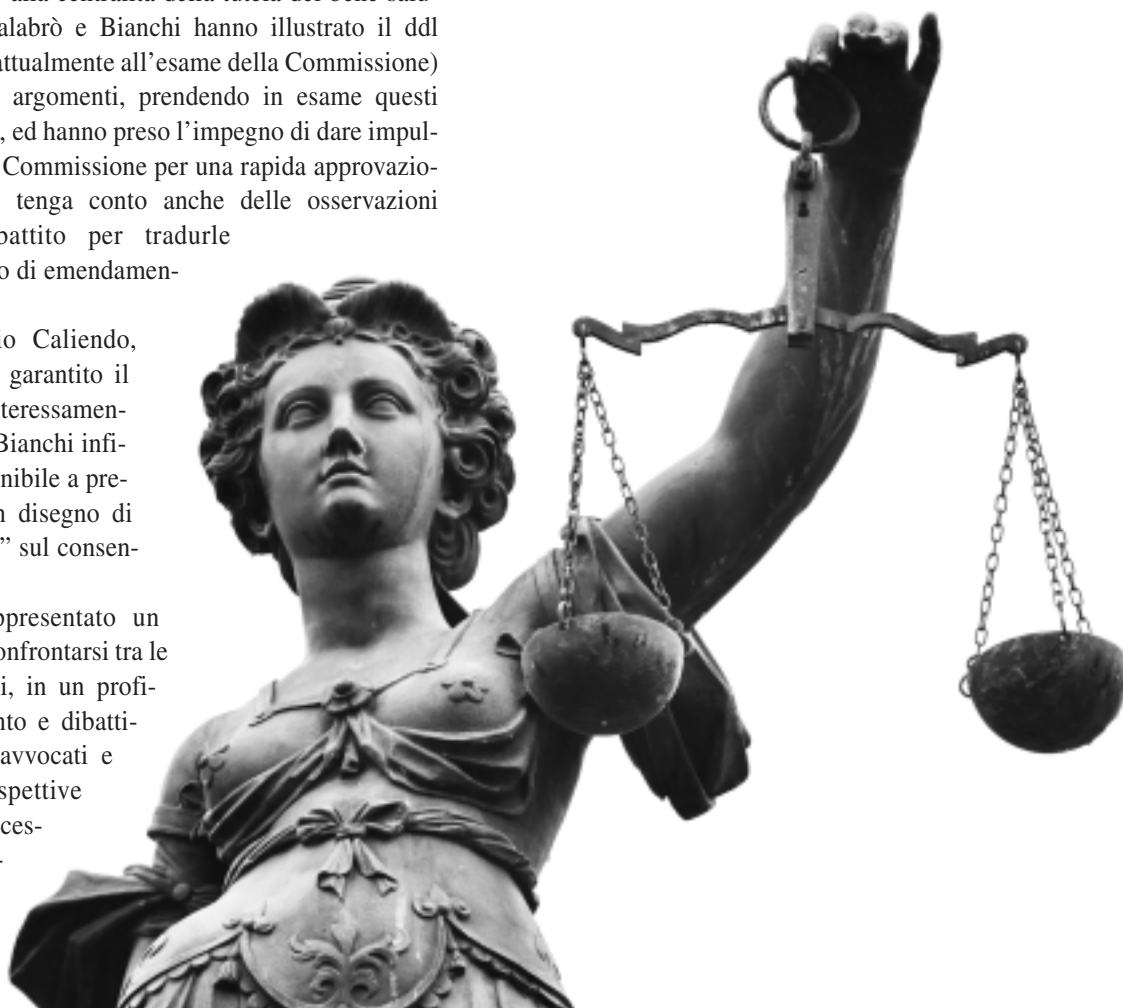
le proprie competenze, nell'ottica di una quanto mai attuale collaborazione interdisciplinare e con il coinvolgimento degli schieramenti politici di maggioranza e di opposizione, atteso che un tema così importante come la salute richiede decisioni tempestive e congrue assolutamente condivise per essere espressione di un processo democratico che rispecchi i valori e gli interessi costituzionalmente garantiti, attinti dalla sensibilità e coscienza sociale.

*Antonio De Falco*

*Segretario Regionale CIMO-ASMD Campania*

*Vania Cirese*

*Responsabile servizio legale penale CIMO-ASMD*



## NUMERO CHIUSO: SÌ O NO

Giancarlo Mosoni

Le Facoltà universitarie a numero chiuso, il cui accesso è limitato da test di ingresso definiti "attitudinali", sono disciplinate dalla legge n°264 del 2 agosto 1999, che parte dal Ministero dell'Università e della Ricerca scientifica e tecnologica: essa identifica e sancisce le modalità di predisposizione delle prove d'esame a cui vengono sottoposti aspiranti universitari di tutta Italia.

Rilievi ed obiezioni relativi alla concretezza di questo sistema sono in continuo aumento: la critica non è rivolta solamente ai dubbi di incostituzionalità, ma soprattutto alle procedure mediante cui la selezione avviene, che certamente non garantiscono una scelta corretta di studenti idonei a determinati Corsi di studio.

Per quanto riguarda la Facoltà di Medicina e Chirurgia, bisogna, tra l'altro, considerare la problematica che verrà a porsi in modo pesante entro pochi anni, se si continuerà ad immettere sul mercato del lavoro solo seimila neolaureati all'anno, rispetto agli oltre dodicimila medici che lasciano, nello stesso periodo, la professione. Questo è stato anche evidenziato dal dr. Amedeo Bianco, Presidente della FNOMCEO, che ha inoltre espresso la necessità di incrementare il numero del personale sanitario in relazione alla richiesta di prestazioni, destinata ad innalzarsi insieme con l'allungamento della vita media della popolazione italiana. Su questo argomento, si sono pronunciati anche numerosi esponenti del mondo scientifico e della cultura; tra questi spiccano Rita Levi Montalcini e Louis Ignarro, premi Nobel per la Medicina.

Forse, sarebbe più efficace una vera selezione che, al posto di basarsi su prove che di "attitudinale" sembrano avere solo la definizione data dalla legge, sia tale da non consentire la prosecuzione degli studi a quanti non si dimostrino idonei ad una carriera impegnativa quale quella medica. Tale soluzione eviterebbe l'esclusione a priori di studenti motivati, consentendo a tutti di intraprendere il Corso prescelto: a questo proposito, l'apertura di un dibattito – che tenga in considerazione i principi presenti sulla Carta Costituzionale – appare doverosa; quindi si dovrebbe riconsiderare la posizione presa dal nostro Paese molti anni fa, posizione a suo tempo ampiamente condivisa, sia in ambito universitario che medico.

Nel frattempo, sarebbe anche interessante rivedere i motivi che hanno condotto ad una crescita incontrollata dei Corsi di laurea; senza dubbio, la frammentazione delle risorse economiche che ne è conseguita ha ridotto la qualità dell'insegnamento e le possibilità di apprendimento, senza le quali un sistema scolastico inevitabilmente decade.

L'augurio è che la CIMO-ASMD, da sempre sensibile ai problemi formativi e professionali della categoria, promuova e partecipi a questo dialogo, favorendo un'analisi approfondita della situazione e delle varie posizioni, sia quelle favorevoli che quelle contrarie al numero chiuso, ed impegnandosi attivamente per il raggiungimento di una Facoltà di Medicina e Chirurgia più in linea con i tempi e con le necessità di salute dei cittadini.

## L'impatto sui organizzativi quale equità



La Medicina del territorio sta vivendo da qualche lustro un periodo di profonda trasformazione, senz'altro tesa a migliorare i servizi assistenziali offerti ai cittadini. Tuttavia, chiediamoci se tutte le trasformazioni in atto sono anche rispettose di un necessario principio di equità, così come enunciato nella "Carta di Ottawa" del 1986: "...La promozione della salute focalizza l'attenzione sul raggiungimento dell'equità in tema di salute. Per mettere in grado tutte le persone di raggiungere appieno il loro potenziale di salute, l'azione della promozione della salute punta a ridurre le differenze nello stato di salute attuale e di assicurare pari opportunità e risorse."

Si può affermare che nell'ultimo ventennio la medicina generale ha subito grandi trasformazioni, ma in queste righe ci fermiamo ad analizzare l'aspetto dell'associazionismo nelle varie sue

## cittadini dei nuovi modelli dei medici di medicina generale:

Luigi Dal Sasso e Chiara Marangon



declinazioni. Non si può nascondere che la forma di associazione semplice non ha raggiunto parte dei risultati attesi: condivisione di linee guida di comportamento, percorsi diagnostico-terapeutici, processi di revisione della qualità, riduzione della variabilità individuale e miglioramento dell'appropriatezza prescrittiva, ecc.

La medicina di Gruppo (MdG) invece ha prodotto risultati molto apprezzabili in determinati ambienti geografici, meno in altri. Alcune MdG sono costituite da MMG veramente trainanti anche per i servizi distrettuali, altre esistono più sulla carta che non in pratica e molto del risultato dipende dalla qualità di intesa esistente fra i MMG membri del gruppo, più che sul modello organizzativo.

I più recenti modelli organizzativi della MG (UTAP, Case della Salute, Medicine di gruppo avanzate, Unità Operativa Complessa della MG) sono ulteriori proposte per ricercare il modello di aggregazione della MG miracolosamente efficace, superando i modelli precedenti e aggiungendosi ad essi come ulteriore opzione, senza dichiarare chiuse le esperienze che non hanno dato i risultati sperati in ragione delle attese e delle risorse assorbite.

Questi nuovi modelli permettono davvero di ottenere risultati di eccellenza laddove si concentrano contingenze favorevoli: MMG motivati e affiatati fra loro e una direzione aziendale che "ci crede". Ma essendo queste esperienze poco appassionanti per alcune direzioni generali e limitate a ridotte percentuali di medici – e quindi ad una ridotta percentuale di assistiti – danno come risultato una non equità per il fatto che garantiscono alcune prestazioni di livello solo ad una parte della popolazione.

A tutto ciò si aggiunga una perenne incertezza della politica sanitaria. Ad esempio, nella Regione Veneto non esiste da anni un Piano Socio-Sanitario e pertanto un modello di assistenza

primaria è definito a seconda degli umori del momento. Ricordo soltanto che un paio di anni fa, con un Assessore alla sanità, è stato assegnato ai direttori generali delle ULSS l'obiettivo di costituire almeno due UTAP. E ciò per costringere le aziende a promuovere la costituzione delle forme evolute della MG. Oggi è cambiato l'Assessore, pur dello stesso Partito, ed ai direttori generali è chiesto di costituire non più di due UTAP.

A titolo esemplificativo, prendiamo il caso del Veneto, che prevede non più di due UTAP per ULSS: per l'ULSS di Legnago (150.000 abitanti) vuol dire raggiungere solo il 10% della popolazione. Per l'ULSS di Verona (tre volte più popolosa, solo il 4-5%). Questo non può certo definirsi criterio equo di organizzazione del servizio di assistenza primaria.

Inoltre: quali sono i contenuti professionali che si chiedono a queste nuove aggregazioni? In cosa si diversificano dalle precedenti? Cosa ci si attende in termini di risultati assistenziali? Come misurare questi risultati e con quali indicatori?

Di tutte queste esperienze non sono mai state effettuate valutazioni complessive e complete del lavoro prodotto. Solo valutazioni di risparmio economico sulla prescrizione farmaceutica, sul contenimento dei ricoveri, sull'accesso al Pronto Soccorso dei codici bianchi, e poco più. Ma una vera valutazione in grado di orientare le scelte politiche regionali non è mai intervenuta.

Anche lo studio/ricerca CERGAS presentato al Consiglio Nazionale CARD (Associazione di Medici del Distretto Sanitario) l'8 maggio 2009 è di questa idea. In quell'occasione si diceva che:

- si assiste ad una sostanziale assenza di modelli ed esperienze di valutazioni sistematiche dei risultati raggiunti a livello di singola azienda del SSN;
- la mancanza di una valutazione dei risultati raggiunti dai servizi territoriali (in termini di costo, efficienza ed efficacia) ha ulteriormente contribuito alla diffusione di trasformazioni basate su presupposti ideologici e non strategici, innescando un meccanismo di potenziamento dei servizi sul territorio

sganciato da un ciclo di programmazione strategica e correlata valutazione di impatto;

- cresce perciò il divario tra alcune aziende capaci di innovare e sviluppare i servizi territoriali, concentrate in alcune Regioni del Paese – e comunque solo ad una parte dell'ULSS;
- ed altre in cui non si riescono a rintracciare traiettorie efficaci di gestione del cambiamento, e in cui si verifica una sostanziale assenza di governo del territorio.

Il nuovo modello regionale veneto sulle cure primarie (DGRV n. 1575 del 26.05.2009) prevede che ci sia ancora la figura del medico singolo, e quindi permette l'esistenza di un modello assistenziale fortemente carente rispetto alle garanzie che può assicurare una medicina di associazione. Perché si perpetua questa forma di non equità per gli assistiti?

È maturo il tempo per finire il ciclo della sperimentazione permanente e di prendere decisioni politiche per sostenere finalmente un modello da assicurare a tutti i cittadini veneti con uguale dignità e diritti ovunque esigibili.

Non si deve più aspettare l'eventuale MMG che non condivide la trasformazione in atto e pretende di continuare a lavorare come al tempo della mutua. A questi professionisti si dovrebbe poter dire che per loro non si rinnova la convenzione. Ma queste devono essere scelte di competenza politica, seppur in ambito sanitario.

Continuare su questo stile (cioè se le cose o i modelli non funzionano, manteniamo i precedenti e ne aggiungiamo di altri, con incentivi aggiuntivi, anziché annullare le sperimentazioni precedenti che non hanno dato i risultati sperati e attesi, come è stato per l'associazionismo semplice) vuol dire aumentare la forbice fra gli utenti che ricevono poco e utenti che ricevono molto solo perché il loro MMG è inserito in organizzazioni favorevoli. E ciò è sicuramente contro il principio di equità.

Neppure si può dire che il paziente sia libero di cambiare medico e di sceglierne uno interessato alle sperimentazioni perché dipende dalla disponibilità di posto del MMG (entro il tetto del massimale) e dall'ambito territoriale di competenza. Ci sono sicuramente anche esempi di buona medicina e rispettosi del principio di equità invocato. Non dubitiamo neppure un poco di ciò. In queste righe vogliamo piuttosto mettere in guardia le sperimentazioni perpetue dal rischio di allargare le differenze fra chi gode di buoni servizi e chi no.

Tanto per essere chiari, le sperimentazioni si possono senz'altro proporre, però per meglio comprendere il ragionamento, proponiamo l'accostamento con una gara di automobili della "Formula 1".

Durante il pit-stop delle gare di formula 1 si effettua il cambio ruote in 4/5 secondi. Si arriva a 7/8 secondi se si effettua il pieno di benzina. Per noi automobilisti normali non è così. In officina o dal benzinaio dobbiamo aspettare per più tempo. Perché anche l'automobilista normale non può avere i servizi

della Formula 1? Perché costerebbe davvero troppo a fronte dei benefici ottenibili per l'automobilista normale. Però la sperimentazione spinta in Formula 1 può proporre aggiustamenti tecnologici utili anche per le auto normali. Ciò indica che la sperimentazione – ogni tipo di sperimentazione – ha sempre significato e utilità.

La differenza fra la sperimentazione in ambito sportivo e la sperimentazione nel SSN o SSR sta nel fatto che la prima è finanziata dal privato, dallo sponsor. I FSN e FSR (Fondi Sanitari Nazionali e Regionali) sono finanziati con la fiscalità generale e sono "finiti". Eccedere nella sperimentazione (e nella spesa per la sperimentazione) a vantaggio di alcuni e per un tempo non ben definito, vuol dire togliere qualcosa alla rimanente popolazione, contro ogni principio di equità e di giustizia sociale. Va anche precisato che più si affinano i servizi e si perfeziona l'offerta, più aumenta il "costo marginale" per ottenere "miglioramenti marginali". Meglio sarebbe utilizzare le risorse di una eventuale sperimentazione "di eccellenza" per far crescere i servizi di base di una porzione più consistente di popolazione.

Continuando su questa falsariga, sarà opportuno allora arrivare anche ad una definizione più precisa dell'ambito di competenza di tutta la residenzialità extra ospedaliera, non ricompresa nella casa di riposo. Il riferimento è a tutte le forme di ospedale di comunità, country hospital comunque chiamati.

È assodato che luoghi di accoglienza per livelli di assistenza lieve, con problematiche più sociali che sanitarie, vanno pensati. Però sarà necessario stabilire anche dei paletti per questo aspetto di assistenza: ad esempio, quanti posti in rapporto alla popolazione residente, con quale livello minimo di assistenza da garantire, quante risorse sia possibile investire, ecc. Anche in questo caso si tratta di garantire un trattamento equo per i cittadini. Le sperimentazioni finora provate, hanno limitato l'accesso solo ai residenti di una piccola area geografica e solo ai MMG che hanno voluto aderire alla sperimentazione.

Infine facciamo un riferimento anche ad un altro tipo di "non equità" che l'attuale sistema di programmazione ha messo in evidenza e, più prima che poi, bisognerà considerare. Riguarda la diversità dei compiti e delle responsabilità del MMG e del medico specialista – convenzionato od ospedaliero – chiamati ad assistere e prendere in carico un malato cronico a domicilio.

Appaiono evidenti le diversità di stato giuridico e di trattamento economico tra i diversi professionisti. Non è questo il luogo per trattare questi argomenti, essendo più appropriati in un tavolo di trattativa sindacale, però potremmo anche noi condividere la necessità che si arrivi ad un tavolo unico della trattativa nazionale, per i dipendenti e per i convenzionati, almeno per discutere tutti i problemi che oggi sono sempre più

in comune. Potremmo ottenere un'area (il sistema delle "cure intermedie" tra l'Ospedale e il domicilio dell'utente) accessibile ai diversi professionisti, dipendenti o convenzionati, con pari dignità.

Concludiamo proponendo la "parabola della zizzania", nota sicuramente alla quasi totalità dei lettori. Ecco il Verbo: «Il Regno dei Cieli si può paragonare ad un uomo che ha seminato del buon seme nel suo campo. Ma mentre tutti dormivano venne il suo nemico, seminò zizzania in mezzo al grano e se ne andò. Quando poi la messe fiorì e fece frutto, ecco apparve anche la zizzania. Allora i servi andarono dal padrone di casa e gli dissero: "Padrone, non hai seminato del buon seme nel tuo campo? Da dove viene dunque la zizzania?" Ed egli rispose loro: "Un nemico ha fatto questo". E i servi dissero: "Vuoi dunque che andiamo a raccoglierla?" "No", rispose, "perché non succeda che cogliendo la zizzania, con essa sradichiate anche il grano. Lasciate che l'una e l'altra crescano insieme fino alla mietitura e al momento della mietitura dirò ai mietitori: 'Cogliete prima la zizzania e legatela in fascelli per bruciarla; il grano invece riponetelo nel granaio'».

Non vogliamo fare una lezione di catechismo per adulti. Immaginiamo la parabola come una favola con una morale laica che potrebbe essere: se il tempo della zizzania è il tempo dell'attesa (e bisogna avere la pazienza di aspettare, niente fretta), il tempo della mietitura ricorda che comunque arriva il tempo in cui bisogna decidersi, prendere posizione, scegliere.

Nel nostro caso: le sperimentazioni perpetue non possono più durare. Occorre decidere quale modello proporre – ed esigere – per tutta la MG e le cure primarie dei nostri distretti. Magari accontentandoci di traguardi meno elevati, però esigibili da tutti gli utenti. Solo successivamente si possono incentivare altre forme sperimentali, per tempi brevi e definiti, per valutare in tempi ragionevoli se la sperimentazione merita implementazione per essere estesa a tutta la MG, o deve essere rivista o abbandonata.

Luigi Dal Sasso, ULSS 5, Arzignano Veneto  
Chiara Marangon, ULSS 5, Arzignano Veneto

## Tumore della mammella: nuove linee guida

Mario Ferrera

La *United States Preventive Services Task Force* (USPSTF), Organismo sanitario degli Stati Uniti, finanziato dalla *Agency for Healthcare Research and Quality*, ha pubblicato (novembre 2009) su *Annals of Internal Medicine* le nuove raccomandazioni sull'utilizzo della mammografia come esame di screening del tumore alla mammella in donne di età compresa tra 40 e 49 anni.

La *US Preventive Services Task Force*, a partire dal 16 novembre 2009, ha cambiato i suoi orientamenti per la mammografia e non raccomanda più lo screening di routine per le donne tra i 40 e 49 anni di età, mentre per le donne di età compresa tra 50 e 74 lo screening andrà effettuato ogni due anni invece che annualmente. In sostanza, per le donne sui 40 anni che non hanno un rischio elevato di ammalarsi di tumore alla mammella, l'USPSTF raccomanda di ponderare i vantaggi della mammografia rispetto ai possibili effetti negativi dell'esame ai fini dello screening.

Come era logico attendersi le nuove raccomandazioni, emanate da una Commissione governativa, hanno finito per stravolgere le raccomandazioni sino ad oggi indicate dai maggiori Organismi scientifici non solo degli Stati Uniti, scatenando tutta una serie di reazioni e di prese di posizione nettamente contrarie.

"Sono sgomento ed inorridito.", afferma il dott. David Dershaw, direttore del Centro imaging del seno al Memorial Sloan-Kettering Cancer Center di New York City, in risposta alle nuove linee guida ed aggiunge: "Non vi è dubbio che lo screening mammografico nelle donne a 40 anni salva loro la vita, raccomandare alle donne di abbandonare l'esame è assolutamente orribile per me".

Da parte sua l'*American Cancer Society* per bocca del suo "chief medical officer", il dott. W. Otis Brawley "raccomanda lo screening annuale con la mammografia e l'esame clinico del seno per tutte le donne a partire dall'età di 40 anni". Va notato che le nuove linee guida riguardano le donne che sono a medio rischio di tumore al seno e non riguardano le donne considerate ad alto rischio, come quelle con una storia genetica o familiare di malattia neoplastica della mammella.

L'Organismo oncologico statunitense basa questa sua affermazione sugli stessi dati esaminati dalla USPSTF e su dati aggiuntivi non esaminati dagli esperti del Governo degli Stati Uniti. Già nel 2003 un gruppo di esperti nominati dalla *American Cancer Society* aveva condotto una approfondita revisione dei dati disponibili al momento, dati che sostanzialmente non sono diversi da quelli utilizzati dalla USPSTF nella stesura delle loro raccomandazioni.

In entrambe le revisioni, basate su meta-analisi, erano venute fuori prove convincenti che con lo screening mammografico si riduceva la mortalità per cancro della mammella nelle donne in età tra 40 e 74 anni. Sia la USPSTF che l'*American Cancer Society* erano giunti anche alla conclusione che la mammografia, a differenza della ecogra-

fia, esame quest'ultimo non efficace nello screening, pur essendo raccomandata come esame di screening presentava ben precisi limiti. Alcune donne sottoposte a controllo presentavano dei falsi positivi, altre dei falsi negativi non riuscendo l'esame ad individuare piccoli tumori, altre erano sottoposte a trattamenti inutili. Questi limiti della mammografia erano preponderanti nelle donne sulla quarantina rispetto alle donne sulla cinquantina e su quest'ultime rispetto alle donne oltre i 60 anni.

Ma i limiti della mammografia, secondo l'*American Cancer Society*, non sconfessano un dato di fatto: "lo screening del tumore al seno tramite la mammografia a partire da 40 anni salva la vita". Il dott. Brawley, responsabile medico della *American Cancer Society* è ancora più categorico: "come chi è stato a lungo critico nel sopravvalutare i benefici dello screening io uso queste parole a ragion veduta, questo è un test di screening che raccomando in modo inequivocabile ad ogni donna di 40 e oltre anni, sia essa una paziente, un estraneo, o un membro della famiglia".

L'USPSTF afferma nelle sue raccomandazioni che le donne vanno informate del fatto che eseguire una mammografia a 40 anni dà dei benefici limitati. L'analisi suggerisce che la mammografia riduce il rischio di morire di cancro al seno del 15% tra le donne di 39-49 anni. La Task Force statunitense ha stabilito che certamente la mammografia ha ridotto il rischio morte, ma che la riduzione era piccola in questa fascia di età alla luce dei rischi connessi all'esame.

Al fine di salvare una vita tra i 40-49 anni i medici avrebbero dovuto eseguire mammografie a "1.904 donne ogni anno in oltre 10 anni con un rischio del 60% di falsi positivi e di biopsie in più, non necessarie rispetto a quelli riscontrabili se lo screening venisse fatto a partire dai 50 anni".

Tra le donne anziane "di età compresa tra 50 e 74 una morte potrebbe essere evitata per ogni 1.339 donne sottoposte a screening per 10 anni", ma con i rischi connessi all'ansia che la mammografia procura, ai costi psicologici e fisici di ulteriori esami sulla base dei risultati falsi-positivi della mammografia.

A tali conclusioni dell'USPSTF ribatte il dott. Dershaw del *Memorial Sloan-Kettering Cancer Center*: "Stanno dicendo che dovremmo togliere la mammografia per le donne di 40 anni, perché abbiamo ritenuto che il rischio di falsi positivi, l'ansia e il disagio sono superiori al valore di vite salvate". L'*American Cancer Society* ribatte che i benefici dello screening sono superiori agli eventuali danni potenziali e che le donne sono perfettamente a conoscenza di queste limitazioni come del fatto che sia l'autopalpazione che la mammografia sono in grado di individuare il tumore mammario in fase iniziale. Per l'*American Cancer Society* con le sue nuove raccomandazioni la USPSTF vuole dire alle donne di 40-49 anni che la mammografia non basta a salvare loro la vita. La *Task Force* governativa afferma che lo screening a 40 anni riduce il rischio di morte per tumore

al seno del 15%, cioè della stessa percentuale riscontrata per lo screening in donne di 50 anni. In pratica il numero effettivo di vite salvate facendo prima lo screening "non è sufficiente per raccomandare uno screening a partire dall'età di 40 anni". I dati più recenti, forniti dalla *American Cancer Society* mostrano che il 17% dei decessi per cancro al seno si verifica in donne in cui la diagnosi è fatta tra i 40-49 anni, e il 22% quando la diagnosi avviene oltre i 50 anni pertanto, conclude la società oncologica americana, la mammografia è parte integrante della diagnosi a partire dai 40 anni nelle donne a medio rischio.

Non vi è alcun dubbio sul fatto che l'accuratezza della mammografia vada migliorata, ma è anche vero che i risultati oggi ottenuti sono ben superiori a quelli realizzati in via sperimentale a partire dalla metà degli anni '60. Non vi è dubbio che le nuove linee guida hanno scatenato un vespaio di polemiche, e questo non soltanto in merito alla liceità o meno di indicare una via possibile di prevenzione del tumore alla mammella, che uccide soltanto negli Stati Uniti più di 40.000 donne ogni anno, ma per i risvolti di natura economica e medico-legale.

Gli oncologi americani sono preoccupati anche del fatto che le Compagnie di assicurazione utilizzeranno le nuove linee guida come una scusa per smettere di rimborsare il costo di una mammografia nelle donne giovani. Dal 2002, quando la maggior parte delle Organizzazioni scientifiche ha indicato di eseguire mammografie annualmente per le donne tra i 40 e 49 anni, il tasso di mortalità per cancro nelle donne che hanno seguito questa indicazione è costantemente diminuito di circa il 3% annuo, in quanto lo screening ha consentito di trattare più precocemente questo tumore. Non è ancora chiaro quale sarà l'impatto sulle decisioni delle donne americane e dei loro medici delle raccomandazioni della *Task Force*. La preoccupazione, espressa dal dott. Therese Bevers, professore di prevenzione clinica del cancro all'*Anderson Cancer Center di Houston* è che "si potrebbero erodere i progressi fatti nel ridurre la mortalità per cancro della mammella negli ultimi dieci anni, perché ora i tumori al seno stanno per essere più grandi quando li troviamo, con maggiori probabilità di essere in una fase più avanzata".

D'altronde, ogni qual volta cambiano le raccomandazioni e le Organizzazioni mediche assumono in merito decisioni contrastanti su questioni di screening, si finisce con il creare confusione anche nei pazienti. Così si esprime il dott. George Sledge, neoeletto Presidente della *ASCO (American Society of Clinical Oncology)*,

che ribadisce come "la mammografia di screening riduce la mortalità per cancro al seno e tale indicazione rimane invariata", a dispetto delle "raccomandazioni" della *Us Preventive Services Task Force*.

Mario Ferrera  
Oncologo e dirigente nazionale CIMO-ASMD

# La pensione retributiva

Umberto Celotto

Nella precedente informativa abbiamo riassunto le recenti modifiche nelle materie che hanno prevalentemente riguardato i requisiti per il conseguimento della pensione. Un percorso da considerarsi non esaurito, anche sulla base delle ultime dichiarazioni del Governo, del Parlamento e di Banca d'Italia sull'acceleramento verso il traguardo dei 65 anni per trattamenti ordinari ed anticipati.

È utile ora rivolgere l'attenzione sulle modalità che riguardano il calcolo della prestazione pensionistica conseguibile per quanto in atto e per le possibili evoluzioni normative, come di consueto.

In proposito, vale anzitutto premettere che le leggi Amato del 1992 e Dini del 1995 hanno creato tre diverse procedure di calcolo: quelle cosiddette retributive, riservate al gruppo degli iscritti alla gestione con maggiore anzianità; quelle contributive, per iscritti più recenti e precisamente per quelli assunti in servizio o che abbiano accrediti contributivi non anteriori all'1/01/1996; ed infine il sistema misto per gli iscritti del periodo intermedio, che maturerebbero potenzialmente la pensione ordinaria dal 2018 in poi con 40 anni.

Va anche ricordato che fino al 1992 la prestazione veniva ancorata alla retribuzione dell'ultimo giorno di servizio, in rapporto alle aliquote di rendimento fissate dalla Tabella A allegata alla legge n. 965/1965 per l'anzianità contributiva da 15 a 40 o più anni.

Al momento limitiamo l'esame al primo gruppo sopra precisato in considerazione della maturazione del trattamento a più prossime date di scadenza. Detto sistema, articolato ancora in base alle ultime retribuzioni di servizio, è riservato a coloro che avessero maturato 15 anni di accrediti al 1992 a tutela quesita del limite minimo per ottenere la pensione all'epoca.

Detta anzianità è da rapportare alla maturazione dei 18 anni conseguiti al 31/12/1995 (cioè  $15+3=18$ ), ovvero ai 32 anni conseguiti ad oggi (31/12/2009).

Va anche tenuto conto dell'ulteriore modifica delle aliquote di rendimento, introdotta a partire dal 1995 e che è già all'85% delle retribuzioni finali.

Prescindendo dalle determinazioni specifiche di ogni singola ipotesi, il calcolo sostanzia l'attribuzione di 2 quote: la prima (quota A) rapportata alla parte prevalente del trattamento garantisce ancora il riferimento alla retribuzione di ultimo giorno di servizio; la seconda invece (quota B) viene determinata con criteri restrittivi e con riferimento anche agli emolumenti accessori.

In particolare, per quest'ultima quota, l'imponibile fa riferimento ormai alla media retributiva dell'ultimo decennio di effettivi accrediti retributivi per la generalità degli iscritti, nonché al tetto che riduce le più elevate retribuzioni (attualmente oltre l'importo annuo di 42.000 euro lordi), attribuendo progressivamente al momento un rendimento inferiore al 2% per successive fasce di importo fino a 80.000 euro e oltre (pari allo 0,90%).

Globalmente detto trattamento può considerarsi accettabile, considerata la situazione, dal momento che continua a garantire, sia pure in parte, il collegamento con le retribuzioni (finali o dell'ultimo decennio) con aggancio al top di carriere e di rinnovi contrattuali, e quindi con potere d'acquisto ragguagliato al momento della liquidazione della pensione stessa.

Come già detto, del calcolo retributivo potranno usufruire in sintesi coloro che cesseranno nei prossimi 8 anni, e cioè fino al 31/12/2017, quando i 18 anni del 1995 verranno a lievitare al livello massimo di anzianità valutabile (40 anni).

Ovviamente potranno usufruire del sistema interamente retributivo coloro che cesseranno anche negli anni successivi, a condizione che abbiano maturato i 40 anni entro il 31/12/2017. La presente esposizione serve tuttavia ad avvertire che il godimento di tale tipo di prestazione per gli aventi titolo potrebbe essere in parte ridimensionato qualora intervenisse una modifica normativa che imponga il sistema contributivo anche ai dipendenti anziani di cui si discute, sia pure con effetto ex nunc dalla data della stessa modifica e fino alla cessazione.

Resterebbero in tal caso al retributivo le anzianità fino a tale data; tuttavia la quota A sarebbe ancorata alla data antecedente alla modifica ed il residuo periodo finale, da detto momento alla cessazione, subirebbe gli effetti limitativi del sistema contributivo.

Per tale eventualità resterà opportuno che ogni singolo interessato valuti la nuova situazione, anche tenendo conto dell'eventuale svolgimento di attività autonoma successiva, s'intende a diritto maturato.

Umberto Celotto

Dirigente Superiore del Ministero del Tesoro

## Nota sulla pensione di vecchiaia per le donne

Umberto Celotto

Si è già data notizia della modifica apportata di recente alle pensioni di vecchiaia per le donne del settore pubblico, a far tempo dall'1/01/2010.

Si tratta dell'elevazione del requisito anagrafico, finora ancora ai 60 anni, nella misura di un anno ogni due, per cui saranno richiesti: 61 anni per le cessazioni del 2010/2011; 62 anni per quelle del 2012/2013; 63 anni per quelle del 2014/2015; 64 anni per quelle del 2016/2017, con approdo definitivo ai 65 anni per le cessazioni a partire dal 2018.

Unica eccezione consentita viene disposta per le dipendenti che avranno maturato i 60 anni di età entro il 31/12/2009, che potranno fruire del requisito dei 60 anni anche se la loro cessazione avverrà in epoca successiva.

Si realizza, con tale novità, l'adesione in parte ai dettami di provenienza europea; tuttavia si crea una notevole disegualianza tra le dipendenti del settore pubblico e quelle del settore privato, esonerate queste ultime dall'elevazione del requisito anagrafico di cui si discute.

Nell'attuazione della nuova norma, l'obbligo per il passaggio ai 65 anni viene rapportato, per gli appartenenti ai due settori suindicati, in riferimento all'appartenenza o meno alle rispettive gestioni di competenza.

Tanto premesso, si segnala una ipotesi particolare che potrebbe interessare le dipendenti INPDAP che dovessero cessare dal servizio prima di aver compiuto i 60 anni e non avendo maturato i requisiti neppure per la pensione anticipata. In tal caso, è in facoltà delle interessate il travaso della contribuzione accreditata all'INPS per effetto della legge 322/1958, ovvero dell'art. 1 della legge n.29/1969.

Per effetto di ciò, la costituzione della posizione nella gestione privata (INPS) legittimerebbe la maturazione del trattamento di vecchiaia presso lo stesso Istituto (e con le regole dell'INPS) al compimento del 60° anno.

Si tratta di una soluzione percorribile, anche se va avvertito che si corre il pericolo di una modifica d'urgenza che potrebbe sottoporre ugualmente all'innalzamento dell'età coloro che abbiano costituito contributi provenienti dalla gestione pubblica (INPDAP).

Tuttavia tale correzione andrebbe promossa con norma di legge, e quindi in tempi solitamente più lunghi.

Umberto Celotto



## Perequazione delle pensioni 2010

Carlo Sizia

Con Nota 67/2009 l'INPDAP ha dato il via all'adeguamento delle pensioni 2010 in base all'aumento del costo della vita dello 0,7% (incremento registrato dall'ISTAT in via provvisoria nel 2009 sul 2008), così come fissato dal decreto dell'Economia per la cosiddetta perequazione automatica (in G.U. n.280 dell'1/12/2009).

Il rallentamento, invece, dell'inflazione sul finire del 2008 ha fatto scattare un conguaglio negativo dello 0,1% sugli incrementi delle pensioni 2009, infatti l'aumento provvisorio attribuito ai processi inflattivi nel 2008 (+3,3%) è risultato superiore a quello che sarebbe spettato sulla base dell'inflazione effettiva registrata dall'ISTAT a dicembre 2008 (+3,2%). Quindi le somme percepite in più nel 2009 (0,1%) saranno recuperate dall' INPDAP a gennaio 2010.

Pertanto il calcolo che sarà attuato dall' INPDAP nel 2009 (ai fini del conguaglio negativo dello 0,1%) sarà questo: +3,2% sull'importo mensile che non eccede 2.217,80 ? e +2,4% (cioè il 75% di 3,2%) sull'importo mensile oltre 2.217,80 ? (anziché +3,3% e +2,475%), mentre nel 2010 la perequazione (salvo conguaglio positivo o negativo da operare nel 2011) sarà di +0,7% sulla fascia di pensione mensile fino a 2.288,80 ? e di +0,525% (= 75% dello 0,7%) sulla fascia di pensione oltre 2.288,80 ?.

Il valore 2.217,80 è dato da 5 volte il minimo INPS 2008 (443,12) + 0,1% (tasso di incremento della svalutazione 2007 su quello stimato in via provvisoria), mentre il valore 2.288,80 è il risultato di 5 volte il trattamento minimo INPS 2009 (cioè 443,12 del 2008 +3,2% = 457,76).

Come vedete con questi bizantinismi e con questi meccanismi non c'è alcuna possibilità di garantire almeno l'invarianza del potere di acquisto delle nostre pensioni.

Carlo Sizia

## Giustizia dimezzata?

Giancarlo Faletti

Mentre sul tavolo negoziale sono in corso gli incontri tecnici volti a definire la complessa materia della disciplina, con la introduzione, ad opera del D.Lgs. 150/09 (cd Brunetta), di una serie (vincolata) di comportamenti punibili disciplinarmente e con l'esigenza di rendere coerente tali novità con l'apparato disciplinare di genesi contrattuale, l'attività del legislatore in materia di lavoro è tutt'altro che sopita.

Il rischio che ne deriva è, quindi, quello che le parti negoziali si vedano "scavalcate" dal dettato legislativo così frustrando, da un lato, l'autonomia negoziale delle parti (il cui prodotto è, anche, il risultato della mediazione necessaria degli opposti interessi) e, dall'altro, di vedersi imporre una disciplina altrimenti ineludibile.

L'articolo 35, c. 1, Costituzione prevede che «La Repubblica tutela il lavoro in tutte le sue forme e applicazioni». Questa speciale tutela è resa necessaria dal riconoscimento che in tutte le fasi del rapporto di lavoro – l'assunzione, le condizioni in cui si effettua la prestazione lavorativa, la cessazione del rapporto per qualunque motivo – il lavoratore rappresenta dinanzi al datore di lavoro la parte sostanzialmente più debole. Tale interpretazione è stata ribadita da una lunga serie di radicati interventi giurisprudenziali, anche dei più nobili e qualificati consessi, e consente di affermare che gran parte del corpo del diritto del lavoro, nonché i dispositivi volti a rendere effettivo tale diritto, abbiano tra i loro fondamenti la norma costituzionale appena richiamata.

È, però, in corso di esame e di prossima promulgazione il disegno di legge n. 1167, approvato dal Senato a fine novembre e trasmesso alla Camera (A.C. 1441 quater B) per il voto definitivo.

Tale ddl, come spesso ormai accade, è un coacervo di oltre 50 articoli che affrontano le materie più disparate. Comprende però tre articoli, dal 32 al 34, che sembrano concepiti apposta per indebolire ancora la parte che è già costitutivamente la più debole nel rapporto di lavoro, appunto il lavoratore.

Nel perseguire tale scopo il disegno di legge segue varie strade. La prima consiste nel potenziamento di istituti come l'arbitrato e la conciliazione per risolvere le controversie di lavoro, a scapito della via giudiziaria. Che cosa siano questi istituti è noto. Quando due soggetti sono in lite, ma vorrebbero evitare i tempi e i costi di una causa in tribunale, designano congiuntamente un arbitro nella persona di uno o più profes-

sionisti competenti nella materia oggetto della lite, e al suo parere si attengono, anche se non sono d'accordo. Nel caso della conciliazione essi cercano invece di addivenire a un accordo, vuoi trattando tra loro, vuoi accettando o richiedendo l'intervento di un terzo. Ora, sia l'arbitrato che la conciliazione configurano un rapporto sociale ragionevolmente equilibrato allorché i soggetti in conflitto si trovano in una posizione di potere analoga e dispongono di mezzi economici simili. Per contro i due istituti configurano un rapporto decisamente squilibrato se uno dei soggetti, per dire, è un imprenditore che al momento di assumere qualcuno può scegliere tra centinaia o migliaia di candidati, e l'altro è un giovane o un disoccupato che ha un bisogno disperato di trovare un'occupazione.

A questo riguardo interviene il ddl. 1167. Esso prevede infatti (art. 33, comma 9) che al momento di sottoscrivere un contratto di lavoro davanti a una delle tante commissioni locali cui è attribuito il compito di certificare se il contratto stesso definisce un'occupazione alle dipendenze oppure un lavoro autonomo (tipo collaboratore a progetto), di durata determinata oppure indeterminata e altre condizioni, il lavoratore deve compiere una scelta drastica. Deve cioè aderire (o rifiutare) un compromesso con il quale s'impegna, nel caso sorgano future controversie di lavoro, a rinunciare al ricorso al giudice a favore di una procedura di arbitrato o di conciliazione. Dei quali, stante lo squilibrio socio-economico che sussiste tra le due parti, si può intuire quale potrà essere l'esito. Tanto che la stessa Corte costituzionale si è più volte pronunciata contro il ricorso all'arbitrato nelle controversie di lavoro. Stante questa disposizione, il ricorso alla giustizia del lavoro diventerà tendenzialmente meno agevole, fino a valutarne la proponibilità in termini di obiettiva rischiosità che pochi lavoratori vorranno sperimentare.

Infatti, quale contraltare del potenziamento del ricorso alla giustizia "domestica", il ddl introduce disposizioni tali da depotenziare il potere di intervento decisivo del Giudice qualora, ovviamente, il lavoratore interessato non abbia scelto di "aderire" alla soluzione "domestica" delle eventuali controversie.

L'art. 32 (commi 1 e 2) del ddl statuisce che il Giudice, a fronte di una controversia di lavoro, deve limitarsi unicamente a stabilire se il contratto tra il datore di lavoro e il lavoratore sia stato stipulato in forma legittima o no. La nuova disposizione

gli vieta espressamente di intervenire in merito a valutazioni tecniche, organizzative e produttive. In tal modo la possibilità per il Giudice di esercitare giustizia, e per il ricorrente di ottenerla, si manifesta orrendamente mutilata.

Il punto critico al riguardo è che la iniziale legittimità formale di un contratto di lavoro è solamente uno dei tanti aspetti del rapporto che esso istituisce tra il datore e il lavoratore. Dopo un po', capita di scoprire che le mansioni affidate a quest'ultimo, gli orari che è tenuto a rispettare, i mezzi di produzione che deve utilizzare, le relazioni che deve intrattenere con soggetti terzi nell'espletamento del lavoro, l'organizzazione stessa di questo, configurino come totalmente dipendente un lavoro che il contratto sottoscritto definiva come autonomo; così come può accadere l'esatto contrario. Ovvero, più in generale, che le disposizioni relative agli istituti appena menzionati siano state sistematicamente violate da parte datoriale determinando, nei fatti, un pregiudizio per il lavoratore al cui rimedio non potrà più porre mano la Giustizia pubblica.

Il ddl vieta, infatti, al Tribunale di indagare sui richiamati aspetti sostanziali del rapporto di lavoro.

È teoricamente possibile che la Camera apporti modifiche a questa previsione; possibile ma affatto certo. Cosicché si dovrà constatare come, ancora una volta, la clausola di garanzia di cui all'art. 3 Costituzione risulti inopinatamente violata (salvo interventi "correttivi" della Corte) e, per altro verso, limitato l'esercizio della giurisdizione. Intendiamoci: nessuna simpatia per la Repubblica dei Giudici ma il loro ruolo di terzietà si deve esplicitare anche consentendo la valutazione della sostanza dei rapporti e non solo sul rispetto della relativa forma.

Pochi commentatori hanno, fino ad ora, puntato l'obiettivo sulla portata eversiva delle norme in commento; altri fatti, altre emergenze, altre priorità attirano, di recente, la loro attenzione. Ma, nel novero delle difficoltà che i "giovani" (cui spesso si fa richiamo sempre più di maniera) incontreranno all'approcciarsi al mondo del lavoro, anche questa giustizia "dimezzata" non consente affatto di poter garantire loro che, una volta conquistato un posto di lavoro, vi sia comunque un soggetto super partes che li ponga, quantomeno, al riparo dai più ricorrenti soprusi.

Giancarlo Faletti  
Avvocato

## A proposito di deleghe ASL ai dirigenti medici

Fabrizio Scagliotti

La giurisprudenza ha chiarito che la delega conferita dal datore di lavoro deve mettere effettivamente in grado il delegato di esercitare le funzioni conferitegli (ad es., in tema di normativa antinfortunistica, pur a fronte di una delega corretta ed efficace, non può andare esente da responsabilità il datore di lavoro allorché le carenze nella disciplina antinfortunistica e, più in generale, nella materia della sicurezza, attengano a scelte di carattere generale della politica aziendale ovvero a carenze strutturali, rispetto alle quali nessuna capacità di intervento possa realisticamente attribuirsi al delegato alla sicurezza: in tale evenienza, quindi, il datore di lavoro è senz'altro tenuto a intervenire (Cassazione penale, sez. IV, 10 dicembre 2008, n. 4123).

Nel caso di specie, a fronte del budget messo a disposizione dall'azienda, il dirigente non ha concrete capacità operative, sol che si pensi che ad esso competerebbe:

- scegliere le attrezzature e le tecniche di lavoro, tenendo presente la salute e la sicurezza dei lavoratori, consultandosi preventivamente con SPP e, quindi, fissando e predisponendo procedure di lavoro sicuro, preventivamente portate a conoscenza degli operatori.

*Ciò comporterebbe che la scelta delle attrezzature fosse da imputarsi effettivamente al dirigente, il quale dovrebbe effettivamente aver avuto voce in capitolo nell'acquisto delle attrezzature ed avere altresì voce in capitolo nella loro sostituzione o manutenzione. Ogni necessità in tal senso va segnalata e vanno richieste le risorse;*

- utilizzare i locali di lavoro affidati in conformità all'idoneità d'uso per gli stessi segnalata. *Occorre verificare il documento di valutazione dei rischi di cui agli artt. 17 e 28 del D.Lgs. 81/2008 e controllare se esso sia aggiornato. Se i locali sono inadeguati va segnalato e dire che non si hanno gli strumenti per intervenire;*

- collaborare con il SPP aziendale all'individuazione e valutazione dei rischi presenti nelle strutture da loro dirette. *L'azienda dovrebbe indicare delle specifiche procedure per rendere effettiva tale collaborazione;*

- comunicare preventivamente al SPP ogni variazione delle attività svolte, o degli agenti biologici, delle sostanze chimiche o delle attrezzature utilizzate che siano suscettibili di incrementa-

re o comunque variare il livello di rischio. *Ogni nuova attività, ogni variazione conseguente all'utilizzo di nuovi macchinari o nuove tecniche, deve essere comunicata formalmente;*

- aggiornare le misure di prevenzione in relazione ai mutamenti organizzativi e produttivi che hanno rilevanza ai fini della salute e sicurezza del lavoro, o in relazione al grado di evoluzione della tecnica della prevenzione e della protezione. *Tale adempimento richiederebbe anche la modifica del documento di valutazione dei rischi, che è di competenza del datore di lavoro;*

- richiedere la collaborazione dei preposti per le attività della sicurezza sul lavoro e, più in generale, per le attività di tutela della salute dei lavoratori. *Niente da dire in proposito;*

- informare, formare e addestrare, con la collaborazione dei preposti, i lavoratori sui rischi connessi alle attività specifiche dei luoghi di lavoro posti sotto la loro responsabilità. *Ogni modifica alle attività richiede una specifica formazione: questa deve essere fornita mediante appositi Corsi, che richiedono probabilmente delle risorse esterne con relativa spesa;*

- adottare le misure per il controllo delle situazioni di rischio in caso di emergenza e impartire precise istruzioni affinché i lavoratori, in caso di pericolo grave, immediato ed inevitabile, abbandonino al più presto il posto di lavoro o la zona pericolosa. *Questa attività richiede delle competenze che il dirigente non ha direttamente e deve quindi essere attuata in collaborazione con il SPP o con consulenza esterna, che comporta una spesa;*

- informare i lavoratori esposti al rischio di un pericolo grave e immediato circa il rischio stesso nonché circa le disposizioni prese o da prendere in materia di protezione e di precauzioni immediate da adottare. *Informazione che dovrebbe essere data nei Corsi di cui si è detto;*

- provvedere, coadiuvato dai preposti e sentito il responsabile del servizio di prevenzione e protezione e il medico competente, ove presente, perché i lavoratori dispongano dei mezzi di protezione necessari o opportuni. *Anche in tal caso è il responsabile del SPP che è a conoscenza dei DPI da utilizzare: questi debbono spesso essere accompagnati dalla formazione, per cui vale quanto già detto;*

- esigere che vengano osservate da parte dei singoli lavoratori, le norme e le disposizioni aziendali in materia di sicurezza e di igiene del lavoro e di uso dei dispositivi di protezione individuale e collettiva messi a loro disposizione, nonché di uso della segnaletica di avvertimento e di sicurezza.

*Tale controllo può essere anche delegato a sua volta ad altri;*

- assegnare le mansioni ai lavoratori tenendo conto delle singole capacità e delle condizioni degli stessi in rapporto alla loro salute e alla sicurezza, vigilando affinché i lavoratori per i quali

vige l'obbligo di sorveglianza sanitaria non siano adibiti alla mansione lavorativa specifica senza il prescritto giudizio di idoneità, avvalendosi dei preposti e applicando le procedure specifiche. *Problema grossissimo nella radiologia e radioterapia. È necessario sottoporre il personale ad accertamenti periodici, che non dipendono dal dirigente, ma dal SPP aziendale. Il dirigente li deve sollecitare;*

- prendere le più appropriate misure affinché soltanto i lavoratori che abbiano ricevuto adeguate istruzioni e specifico addestramento accedano alle zone o alle lavorazioni che espongono ad un rischio grave e specifico, limitandone il numero al minimo indispensabile. *Nella radiologia sono tutti esposti: attenzione alle gravidanze! L'addestramento richiede sempre la formazione;*

- proporre, sentiti i preposti, per la designazione i lavoratori da incaricare delle misure di prevenzione incendi e lotta antincendio, di evacuazione dei luoghi di lavoro in caso di pericolo grave e immediato, di salvataggio, di primo soccorso e, comunque, di gestione dell'emergenza. *Va fatto in collaborazione con il SPP;*

- collaborare all'adozione dei provvedimenti atti ad evitare che le misure tecniche adottate possano causare rischi per la salute della popolazione o deteriorare l'ambiente esterno, verificando periodicamente la perdurante assenza di rischio. *Con il SPP bisogna valutare se le sale d'attesa, ad esempio, sono collocate correttamente, lontano dalle fonti di pericolo. Se così non è come può intervenire il dirigente? Crea spazi nuovi? Con che budget? Con che procedure?;*

- segnalare al SPP gli incidenti che hanno indotto condizioni di pericolo per i lavoratori. *Niente da dire a commento.*

Tutto quanto sopra va evidenziato chiaramente e formalmente, specificando già da subito che le risorse sono insufficienti e segnalandolo alla Direzione generale della ASL.

## Legenda

I commenti sono riportati in carattere corsivo.

SPP = Servizio di Prevenzione e Protezione

DPI = Dispositivi di Protezione Individuali.

Fabrizio Scagliotti  
Avvocato

# La democrazia nella gestione della sanità

Ermanno Scognamiglio

Da anni si va sempre più accentuando la tendenza a ridurre a tutti i livelli gli spazi di partecipazione e democrazia ed a concentrare in sempre meno soggetti il processo decisionale. Tale deriva coinvolge tutti i livelli della vita politica ed istituzionale: dai Partiti politici, al Parlamento, ai Consigli regionali ed arriva a diffondersi capillarmente in tutti gli ambiti gestionali ed amministrativi in qualche modo collegati al potere politico. Il richiamo del Presidente della Camera dei deputati a far funzionare il Parlamento echeggia ancora a Montecitorio, ma bisogna ricordare che i richiami a non abusare dei decreti legge hanno interessato trasversalmente entrambi gli schieramenti politici.

Questa deriva non risparmia ovviamente la gestione della sanità, anzi trova in essa uno dei campi di sviluppo più fertili per l'ingente mole di risorse e di interessi ad essa connessi. L'ultimo decennio, in particolare, ha segnato un'accelerazione di tale deriva nella sanità e cercherò di fare alcuni esempi, tra i più significativi, per documentarlo.

A livello nazionale basta ricordare come si è giunti allo svuotamento di quell'Organismo consultivo (Consiglio dei sanitari) che nel processo di aziendalizzazione introdotto con il D.Lgs. 502/92 (De Lorenzo) doveva rappresentare un prezioso supporto al direttore generale ed una democratica forma di partecipazione al processo decisionale; in particolare, il direttore generale era tenuto a consultare tale Consiglio, democraticamente eletto, ed a "motivare" i provvedimenti eventualmente assunti in difformità dal parere reso.

A questo "eccesso" di democrazia e partecipazione si doveva pur porre un limite! Purtroppo ci ha pensato il D.Lgs. 229/99 (Bindi). Eppure il Parlamento italiano, nel conferire con la L.

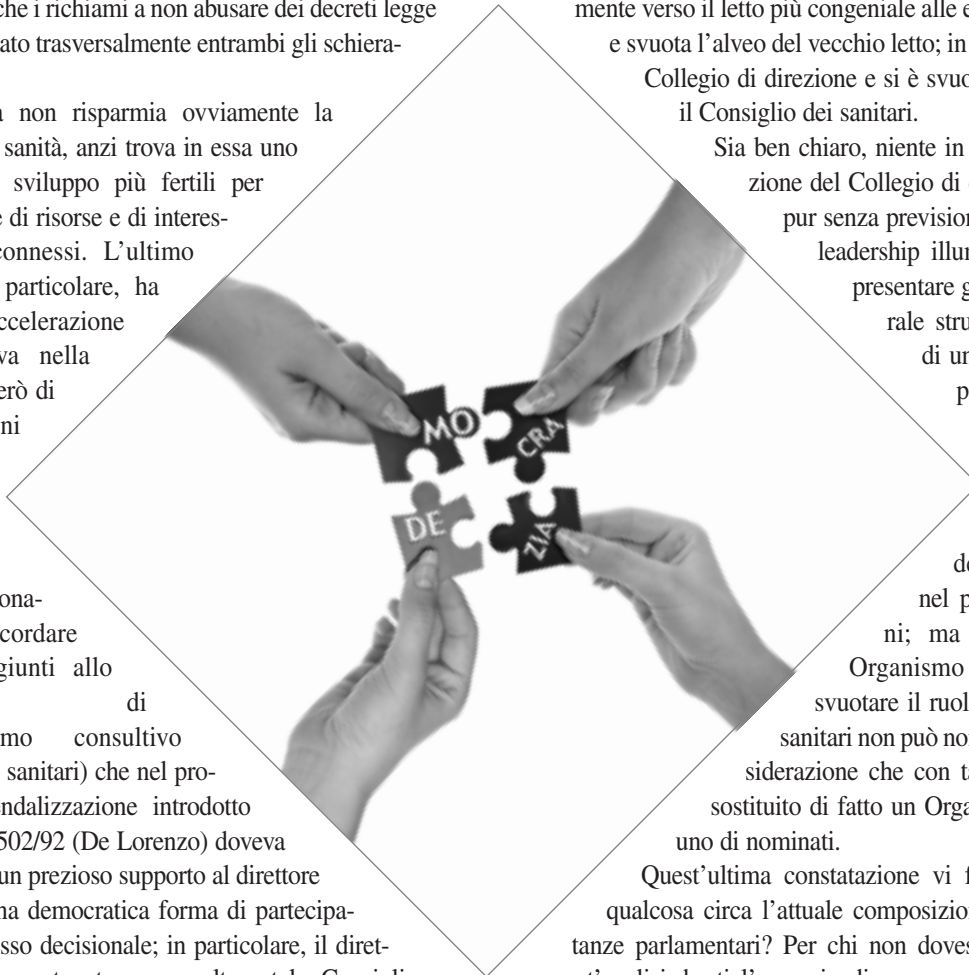
n. 419/98 la delega al Governo per modificare il D.Lgs. 502/92, lo aveva vincolato, tra l'altro, a "rafforzare le competenze del consiglio dei sanitari in ordine alle funzioni di programmazione e di valutazione delle attività tecnico-sanitarie e assistenziali dell'azienda".

Come fare per aggirare un simile vincolo e disattivare i Consigli dei sanitari, che non devono "disturbare il conducente"? Semplice, come si fa con un fiume: si crea un nuovo percorso senza modificarne il vecchio e l'acqua fluisce spontaneamente verso il letto più congeniale alle esigenze del sistema e svuota l'alveo del vecchio letto; in pratica si è creato il Collegio di direzione e si è svuotato di competenze il Consiglio dei sanitari.

Sia ben chiaro, niente in contrario alla creazione del Collegio di direzione, che anzi, pur senza previsione di legge, per una leadership illuminata doveva rappresentare già da prima il naturale strumento di esercizio di uno stile di direzione partecipativa, per cui l'alta direzione consulta ordinariamente i dirigenti apicali dell'azienda stessa nel prendere le decisioni; ma il fatto che tale Organismo abbia finito per svuotare il ruolo del Consiglio dei sanitari non può non far nascere la considerazione che con tale operazione si è sostituito di fatto un Organismo di eletti con uno di nominati.

Quest'ultima constatazione vi fa venire in mente qualcosa circa l'attuale composizione delle rappresentanze parlamentari? Per chi non dovesse concordare con quest'analisi, basti l'esempio di numerose ASL che, guarda caso, sono oggi prive di Consiglio dei sanitari, altro che "rafforzamento delle sue competenze"!

E che dire delle relazioni sindacali? Per farle rispettare spesso si deve ricorrere al Giudice del lavoro: così negli anni passati la CIMO fece condannare per comportamento antisindacale i



direttori generali del Cardarelli e della ASL NA-1, ma non è certo fisiologico che per far rispettare il contratto di lavoro e le forme di partecipazione si sia costretti a rivolgersi ad un avvocato e ad un giudice.

Sulla stessa falsariga, in alcune aziende l'organizzazione "creativa" ha portato all'invenzione dei direttori di dipartimento senza Comitati di dipartimento e nominati dai direttori generali illegittimamente, in quanto la legge regionale "deve" prevedere un ruolo del Comitato di dipartimento nella nomina del direttore del dipartimento stesso; non sfugge certamente che l'esistenza di un Organo collegiale, oltre ad essere necessaria in un sistema organizzativo complesso caratterizzato da delicate interrelazioni funzionali tra le strutture afferenti, è anche alla base della conservazione, da parte del direttore del dipartimento, anche della funzione di direttore di UOC, minimizzando così i rischi di spiacevoli conflitti di interessi.

A proposito di composizione dei Comitati di dipartimento, nel Piano ospedaliero campano del 1998 era prevista la partecipazione dei titolari di modulo, mentre in quello del 2006 non è prevista la partecipazione dei titolari di UOS a valenza dipartimentale: a nulla sono valsi i tentativi della CIMO di far correggere tale "dimenticanza".

Potrei continuare a lungo, ma voglio riportare due esempi di come, tra la fine degli anni '90 e l'inizio del nuovo millennio, la deriva antipartecipativa abbia dilagato nella gestione della sanità.

Quando si discusse il Piano ospedaliero del 1998, l'assessore alla Sanità dell'epoca, il Prof. Calabrò, inviò il testo a tutte le OO.SS. sollecitando considerazioni e proposte; la CIMO fece delle proposte e trovò poi, nella stesura definitiva della legge, con piacevole sorpresa, positive risposte alle proprie rivendicazioni a tutela del ruolo delle rappresentanze dei lavoratori (OO.SS.; Consiglio dei sanitari) nell'elaborazione dei Piani attuativi.

La discussione del Piano ospedaliero del 2006 è stata al contrario del tutto impermeabile alle OO.SS. e lo stesso è avvenuto per la successiva legge n. 16 del 2008, tanto che la CIMO, preso atto che le Istituzioni non volevano attivare un costruttivo confronto, elaborò un proprio documento di considerazioni e proposte e lo inviò direttamente ai Consiglieri regionali che erano chiamati a legiferare.

Se passiamo al livello delle aziende sanitarie, tra i tanti esempi che potrei fare, mi piace ricordare un documento del 1997 nel quale il direttore generale della ASL NA-1, Costantino Mazzeo, partendo da una mia dichiarazione letta in un verbale sindacale, mi scriveva una nota per comunicarmi che aderiva ad una mia richiesta "nello spirito della migliore collaborazione e trasparenza" ed assicurava la "messa a disposizione di tutta la documentazione informativa richiesta".

Quanto diverso è invece oggi l'atteggiamento della dirigenza della ASL NA-1 Centro che, di fronte ai sindacati che rivendicano il diritto fondamentale all'informazione (riconosciuto sia per contratto che per la L. 241/90 sulla trasparenza), esercita il silenzio più assoluto.

Eppure, tra le tante domande rimaste senza risposta (praticamente tutte, ma ci penserà la Magistratura!), non ci sono domande insolenti. Per fare qualche esempio vengono richiesti: adempimenti effettuati per recepire la raccomandazione n. 8 del 2007 del Ministero della Salute "per prevenire gli atti di violenza a danno degli operatori sanitari"; dati gestionali dell'intramoenia aziendale e del fondo di perequazione; entità e modalità di costituzione e report di utilizzo dei fondi contrattuali; criteri per sostituire i direttori di UOC; disposizioni emanate dall'azienda in materia di orario di servizio (tutte emanate senza il dovuto confronto con le OO.SS., e neppure "previa informazione"); modalità di utilizzo del fondo per le guardie e reperibilità; piano per le emergenze, ecc. Silenzio assoluto!

Certamente il Commissario straordinario della ASL NA-1 Centro, alla luce di quanto sopra, batte nettamente il nostro Premier nel non fornire risposte alle domande, con la non trascurabile differenza che nel caso dell'amministrazione sanitaria le risposte non sono una questione di opportunità politico-istituzionale, ma atti dovuti, e non nei confronti di un Quotidiano, ma ad un interlocutore sindacale, la cui funzione ha una specifica tutela legislativa.

Tutta la comprensione per l'ingrato e gravoso compito, ma le regole, i contratti, i lavoratori, devono essere rispettati! "Che fa il nesci, Eccellenza?...Ah, intendo: il suo cervel, ...in tutt'altre faccende affaccendato, a questa roba è morto e sotterrato", direbbe il Giusti.

Assolutamente niente di personale, anzi, ora vado a scrivere gli auguri per le prossime festività, ma questa volta non pretendo una risposta!

*Ermanno Scognamiglio*  
*Segretario provinciale CIMO-ASMD di Napoli*





## Lando Fiorini: la quotidianità romana come ispirazione artistica

Enrico Hüllweck

**Q**uando si scava tra le rovine di una grande e antica civiltà è normale trovare sempre, accanto ai ruderi dei templi religiosi e dei palazzi politici, i resti e le vestigia di antichi teatri. Questo perché i teatri sono sempre stati considerati, presso ogni civiltà evoluta, irrinunciabili strumenti non solo di divertimento e di svago, ma anche di crescita culturale e di evoluzione sociale.

Andare a teatro allarga l'orizzonte della nostra cultura, amplia la nostra visuale di vita e accresce la nostra conoscenza dei diversi aspetti dell'Umanesimo, dalla filosofia universale ai singoli costumi esistenziali dei diversi popoli.

Ebbene, c'è un piccolo teatro, a Roma, che molto umilmente si definisce da 40 anni "cabaret" (perché la formula dei suoi spettacoli si esprime in termini cabarettistici), ma che io mi sento di poter presentare come un vero teatro.

È il teatro nel quale ogni sera vanno in scena lo spirito e l'anima di Roma, la romanità del popolo che passa davanti al Colosseo e per le vie di Trastevere: un teatro dove si coglie con gli occhi e con il pensiero l'umanità di chi dipana, tra gioie e dolori, la trama della propria vita tra le secolari strade della città eterna.

Naturalmente questa percezione scenica (proprio perché cabarettistica) si realizza ridendo ma anche, qualche volta, commuovendosi.

Ridendo nell'ascoltare storie, dialoghi, monologhi, pungenti battute sulla vita, sui pregi e sui difetti della gente italiana ma, soprattutto, di quella romana.

Ma lo si fa anche commuovendosi: commuovendosi di gioia e di emozione nell'ascoltare la voce vellutata di Lando Fiorini, che inserisce tra i fili della trama dello spettacolo autentiche perle musicali, quali sono le più belle canzoni di Roma, anzi, "de Roma".

Qualcuno avrà capito che sto parlando del Puff, il celebre piccolo quarantennale teatro di Trastevere dove, al numero 4 di Via Giggi Zanazzo, vicino a Piazza Sonnino, è sempre un'occasione esaltante riuscire a trovare un posto libero per andare a gustarsi e ad applaudire quel Lando Fiorini che sempre più appare come il simbolo attuale della musica romana, del canto romanesco che non tramonta.

Solo chi ha avuto la fortuna di ascoltare Lando dal vivo, sul suo palcoscenico di questo piccolo teatro al quale sta dedicando tutta la vita e tutta la sua arte, potrà capirmi se dico che non si può affermare di aver conosciuto tutta la Roma artistica che si deve conoscere se non si è visto e ascoltato quel Lando Fiorini che ha ispirato la sua arte alle bellezze di Roma e alle passioni della sua gente, della quale è sincera espressione e autentica interpretazione.

Dice Lando Fiorini: "A'n angolo de Roma c'è 'na voce... valla a senti'...e dimme si te piace!". E sulla copertina del suo album di canzoni "100 canzoni - 100 campane", uscito in onore dei suoi quarant'anni di vita artistica, commentando la frase

"Quando l'amore per la musica segna la strada di un'intera vita", Lando dice: "Per me è stato così e continua ad esserlo ed è proprio grazie all'affetto del mio pubblico che ho avuto il privilegio di esprimere con la voce e la musica ciò che sento: l'amore per i figli, per una donna, per il lavoro, per la mia città. Un sentimento forte che da sempre mi accompagna e che spero di riuscire a trasmettervi con le mie canzoni".

Al Puff, dove la celebrazione dei quarant'anni di attività ha visto passare personaggi come Lino Banfi, Enrico Montesano, Armando Trovajoli, Leo Gullotta, Gianfranco D'angelo e tanti altri, ogni anno le repliche dello spettacolo si ispirano a qualche problema della società del momento.

Così come in anni passati si sono affrontati (sempre in chiave umoristica) temi serissimi come l'Europa unita o la sostituzione della lira con l'euro, quest'anno argomento clou è la vita moderna, bruciata dalla tecnologia, dal digitale terrestre, dalle nevrosi sessuali, dagli scandali della politica, dai problemi delle emigrazioni sociali, dai mille aghi che pungono e fanno soffrire oggi l'uomo, la famiglia e la società.

Formidabile la pur piccola compagnia che affianca Fiorini in questa fatica del 2010.

Si va da un eclettico Camillo Toscano (attore poliedrico, fantastico imitatore e comico vivacissimo) a un'incredibile Laura Di Mauro (che unisce a una dinamica bellezza una profonda capacità di cesellare fino all'incredibile i personaggi che interpreta sulla scena) alla bellissima Loretta Rossi Stuart (icona di un umorismo costruito sulle sue apparenti ingenuità offerte sulla scena).

Come sempre si parla degli attori, ma la frenetica bellezza dello spettacolo che va in scena al Puff e che tiene immersi gli spettatori fino all'ultimo minuto in uno stato di divertimento, di sorpresa e di autentico piacere, è frutto anche di valenti

autori come Gian Carlo Borrelli e Walter Delle Donne, di un musicista come Vincenzo Romano, di una coreografa come Gabriella Panenti e di altri personaggi come Graziella Pera, Gian Carlo Turri, Lucia Viglino, Silvestro Longo, Danilo Ciotti ed Enzo Favilla, che collaborano alla messa in scena.

Ma alla fine, quando il sipario si chiude e si esce di teatro incamminandosi per le vie di Trastevere o andando verso il centro di Roma, è la voce di Lando che ci resta nelle orecchie e nel cuore.

Una voce serena e profonda che porta in sé il vibrare di campane lontane, il sussurro delle frasi d'amore degli innamorati che si baciano sulle rive del Tevere, l'ironia dei poeti alla Trilussa, la nostalgia per la primavera e la gioventù, la malinconia per le asprezze della vita, la speranza di ancorare il proprio carro a una stella e di non cadere più.

La voce di Lando Fiorini. Non perdetela.

Enrico Hüllweck

Capo Segreteria Ministero per i Beni e le Attività Culturali

