

principi costituzionali (art. 39 Costituzione). Mi onoro di essere stato tra i pochi sindacalisti che abbiamo sparato (in allora) contro tali accordi, anche se con fucile caricato a salve (perché al sindacalismo di categoria libero e rappresentativo non è stato lasciato altro strumento). E per fortuna che i sindacati medici (e quelli della dirigenza in genere) hanno fatto blocco perché non venissero attivate appieno le RSU perché altrimenti le specificità della nostra area dirigenziale sarebbero state annegate nel mare magnum delle logiche ed interessi di Comparto;

✎ il malcostume di rinnovare i contratti nel 3° anno del quadriennio di riferimento, operazione che, assieme allo scaglionamento abituale dei benefici economici nel corso della vigenza contrattuale, al malvezzo di non gravare di interessi e rivalutazioni le somme corrisposte tardivamente rispetto alle previsioni contrattuali, alla mancata corresponsione della indennità di vacanza contrattuale, alla inadeguatezza degli indicatori del tasso reale di inflazione, impedisce alla retribuzione dei medici dipendenti di mantenere almeno l'invarianza del potere reale di acquisto. Voi capite come basti, strumentalmente, tenere bassa (nei Dpef annuali) l'inflazione programmata e sottostimare (attraverso indici inadeguati e bugiardi) la inflazione reale perché la nostra categoria sia costretta a sottoscrivere contratti matematicamente in perdita: lo scostamento tra inflazione programmata e reale registrato nel 1° biennio economico è infatti l'altro parametro, assieme all'inflazione programmata, per determinare il riferimento del negoziato sulla parte economica da corrispondere nel 2° biennio;

✎ le difficoltà nel negoziare il contratto di lavoro con l'ARAN, Agenzia per la rappresentanza negoziale delle pubbliche amministrazioni, che rappresenta un ibrido istituzionale, incapace come è sia di garantire una funzione terza e arbitrata tra le due Controparti negoziali (Comitato di settore, costituito per noi nell'ambito della Conferenza dei Presidenti delle Regioni, e OO.SS. mediche di categoria), sia di esprimere una posizione autonoma e responsabile (perché priva di autorità politica *ex se*) nelle fasi decisive della mediazione per la definizione della disciplina contrattuale;

✎ c'è poi stata la cattiva abitudine, propriamente italiana, di qualche sindacato di categoria di maggioranza relativa di accreditarsi presso l'ARAN come una sorta di Organizzazione consulente-collaboratrice (quelle che, con felice espressione, l'avv. Guido Fantoni chiama "le crocerossine ARAN") così da avere, con la complicità di dirigenti non secondari dell'Agenzia, una sorta di legittimazione impropria a trattare, con egemonia di fatto e fuori dal tavolo ufficiale di negoziazione, tutta la materia contrattuale, per poi assumere nella fase

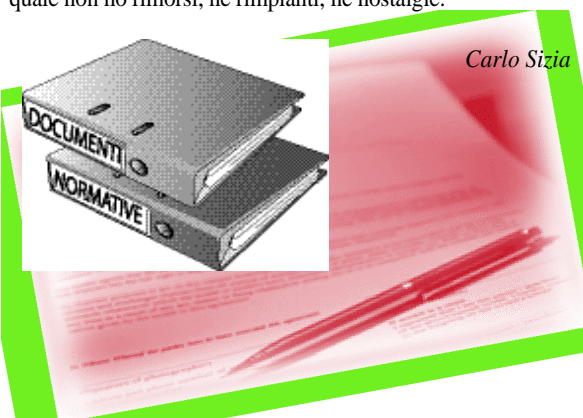
finale (cioè quella ufficiale e finalmente collegiale delle trattative), quando le intese irritali sono quasi raggiunte, una posizione innaturale di Controparte della categoria rappresentata e di "censore" rispetto alle istanze avanzate dalle altre OO.SS. mediche: tattica non so se più scorretta o più suicida;

✎ l'appiattimento della carriera medica seguita al riconoscimento nominale della qualifica dirigenziale, che ha reso sbiadita la linea di comando all'interno delle équipes mediche, e la rinuncia alla selezione meritocratica nella scelta del personale medico-dirigente con responsabilità di struttura e apicali, scelte ora affidate alla pura discrezionalità politica, anche in assenza di un minimo di regole burocratico-formali, cui le pubbliche amministrazioni sono comunque tenute, per legge;

✎ la persistente enfasi sulla figura monocratica del direttore generale, cui non fanno certamente ombra né il vecchio Consiglio sanitario aziendale, né il nuovo Collegio di direzione, Organi che, per la loro composizione eterogenea e funzione puramente consultiva, non sono certo idonei a rappresentare lo strumento per coinvolgere efficacemente la dirigenza medico-veterinaria nella programmazione, organizzazione e gestione dei servizi sanitari pubblici. Anzi, il direttore generale totipotente può usare l'atto aziendale di diritto privato, posto nelle sue mani, in funzione anti-sindacale;

✎ la grave limitazione dell'esercizio del diritto di sciopero operata con le leggi 146/90 e 83/2000, che hanno portato nei servizi pubblici essenziali, come il nostro, alla pratica impossibilità non solo di attuarlo (lo sciopero), ma addirittura di proclamarlo.

Di tutti questi processi e fenomeni sono stato testimone diretto (tuttavia senza mai offrire la "copertura" della nostra Sigla a linee politiche e ordinamentali che obiettivamente non ci favorivano) in quanto, per tutti gli anni '90, ho ricoperto la carica di Presidente nazionale CIMO-ASMD, rispetto alla quale non ho rimorsi, né rimpianti, né nostalgie.



COMMISSIONE PARI OPPORTUNITÀ: UN'ESPERIENZA PERSONALE

Loredana Armanni

Quest'articolo vuole riportare la mia prima esperienza sindacale, nel Comitato pari opportunità della mia azienda. Il Comitato pari opportunità è un obbligo previsto dalla legge 125 del 1991, ribadito dalla vigente normativa contrattuale. Nell'azienda S. Giovanni Battista di Torino è stato istituito con deliberazione del 19 febbraio 2002. Ad un anno dalla sua istituzione, si può pensare di trarre qualche osservazione sul suo operato, anche allo scopo di sollecitare altre aziende ospedaliere ad istituirlo, qualora non avessero ancora ottemperato, ed a favorire scambi di esperienze. La prima scelta che si è posta è sulla sua composizione: la scelta, nata da un confronto tra le OO.SS. di tutte le categorie presenti in azienda, è caduta sulla costituzione di un solo Comitato pari opportunità, composto da rappresentanti di tutte le categorie, scelta che si è ritenuto potesse dare forza e legittimità al Comitato stesso ed evitasse divisioni su tematiche di comune interesse.

Il Comitato pari opportunità è pertanto composto da 30 membri, di cui 15 di nomina aziendale e 15 di nomina sindacale, in rappresentanza delle Sigle presenti in azienda.

Il Comitato si è quindi dato un Regolamento che prevede:

+ la presenza di un Presidente e di due vice Presidenti, al momento rispettivamente di nomina aziendale e di nomina sindacale;

+ la possibilità che ciascun rappresentante abbia un supplente, che può assistere alle riunioni, ma che, in presenza del titolare, sia privo del diritto di voto;

+ una durata delle cariche fissata in 4 anni, rinnovabili per un secondo quadriennio.

Il Regolamento del Comitato è stato il primo atto; quindi è stato definito un "Codice di comportamento per le pari opportunità", distribuito ad ogni dipendente dell'azienda. Un ampio dibattito si è svolto sul significato di "pari opportunità", se limitato cioè alla stretta accezione legata alla condizione femminile, o se esteso alle condizioni di minor tutela in senso lato. La scelta è caduta sull'interpretazione più ampia, e questo ha consentito lo sviluppo di numerose iniziative.

Si è quindi passati alla fase operativa. Sono stati creati vari sottogruppi di lavoro su tematiche quali:

+ Osservatorio vittime di violenza, in collaborazione con il dipartimento di emergenza ed accettazione;

+ lo Sportello informativo, allo scopo di sensibilizzare il personale a realizzare una protezione rispetto alle più svariate forme di violenza, sia essa rivolta all'utenza (donne, anziani, stranieri, minori) sia ai dipendenti. A proposito di ciò, va detto che è stato programmato il Corso "Uscire dalla violenza è possibile", di cui si sono tenute due edizioni nei mesi di febbraio e marzo 2003 presso l'Aula magna A.M. Dogliotti dell'ospedale Molinette di Torino, aperto a tutti coloro che vogliono partecipare, gratuito e

per il quale sono stati richiesti i crediti ECM;

+ Sportello informativo sulle problematiche del dipendente, creato allo scopo di sostenere i dipendenti e monitorare il disagio causato da conflitti interpersonali o di burn out;

+ Descrizione delle professionalità per genere, avente lo scopo di valutare la presenza femminile nell'ambito delle varie categorie professionali e, all'interno dell'azienda, la progressione nella carriera in rapporto al genere;

+ Gruppo di lavoro sulle tematiche familiari, che ha tra i suoi principali obiettivi quello di creare la realizzazione di un baby-parking aziendale in seno all'azienda, o nell'area limitrofa, allo scopo di ridurre il disagio delle figure genitoriali sul lavoro;

+ Commissione finanziamenti, allo scopo di entrare nel circuito dei progetti di finanziamento europeo per le pari opportunità. Recentemente, c'è stata l'approvazione del Consigliere di fiducia, nella persona di un magistrato di grande e variegata esperienza professionale, recentemente collocatosi a riposo, il quale sarà a disposizione per le più impegnative, delicate e conflittuali problematiche che la dipendenza potrà incontrare nell'esercizio delle proprie funzioni, quali molestie, mobbing, burn out, ecc.

L'impegno e l'entusiasmo dei componenti tutti è stato costante e massima la disponibilità ad aggiornamenti od incontri, anche presso altre realtà aziendali che avessero per tema le pari opportunità. Una collaborazione con il Comitato pari opportunità dell'Università consente di avvalersi della esperienza pluriennale acquisita nel campo specifico da tale istituzione. Analogo confronto con la Commissione pari opportunità nata in seno all'Ordine dei medici chirurghi e degli odontoiatri, ha fornito ulteriori occasioni di scambio ad un altro livello istituzionale.

Personalmente, posso affermare che il lavoro all'interno del Comitato è stimolante, aumenta il senso di appartenenza all'azienda ed al sindacato, e che il lavoro e l'impegno dei rappresentanti si ripercuote con effetti positivi su dipendenti e utenti. Come dipendente, devo peraltro riconoscere come da parte della attuale direzione generale vi sia stata grande sensibilità in tema di pari opportunità.

È auspicabile che si continui con lo stesso impegno ed entusiasmo dimostrati in quest'anno, ma penso che ciò sarà possibile, almeno fino a quando i lavori saranno diretti da un Presidente (quale l'attuale) che ha saputo, con la sua autorevolezza e motivazione, contagiare di entusiasmo tutti quanti.

Da questa esperienza ho tratto un arricchimento personale in termini di conoscenze, rapporti ed esperienza. Sono a disposizione per qualsiasi scambio di opinioni per sviluppare ed ampliare un tema, quello delle pari opportunità, di grande significato.

L. Armanni

Geriatra - Az. Ospedaliera S. Giovanni Battista, Torino
Rapp. sindacale CIMOnel Comitato pari opportunità



Alberto Karuman

Le varie leggi di riforma pensionistica, succedutesi nell'ultimo decennio, hanno eroso quasi del tutto il differenziale di diversità che esisteva in precedenza tra la pensionistica pubblica e quella privata.

Non siamo ancora alla omogeneizzazione totale, dato l'ulteriore respiro ancora concesso, con la legge n. 449/1997, al "periodo transitorio"; ma con la prossima riforma legislativa – attualmente in riscrittura – la parificazione normativa sarà cosa fatta, già a decorrere dal 2008.

Ciò nonostante, si invoca a gran voce la parifica immediata fra i due settori dell'assicurazione obbligatoria, ritenendosi "scandaloso" – anche da parte di un autorevole Ministro – che "con la stessa età e con la stessa anzianità contributiva si abbiano pensioni diverse". Pare allora interessante segnalare le "diversità" che ancora sussisteranno tra l'assicurazione generale obbligatoria e le gestioni esclusive pubbliche nel periodo 2004-2007, in attesa delle limature finali, a cui provvederà il decreto delegato da emanare, come previsto dalla riforma in corso, entro il 2005.

Il primo riguardo è per la maturazione del diritto a pensione, per il quale già dal 2004 sarà operante piena identità tra i pubblici e i privati sia per il trattamento di vecchiaia (ai 65 anni per gli uomini; ai 60 anni per le donne) sia per quello anticipato (57 anni di età e 35 di servizio), come può evincersi dal raffronto delle Tabelle C e D allegate all'art. 59, comma 6, della legge sopra richiamata.

Rimane invece più favorevole per i pubblici, il sistema di calcolo della pensione, nel prossimo quadriennio. Ciò sia perché per l'anzianità al 1992 è ancora applicabile (ma in progressiva diminuzione) la normativa pre-vigente; ma anche perché fino al 1994 le aliquote di rendimento sono al di sopra del 2% dell'INPS, con la conseguenza che ancora fino al 2008 le pensioni con 40 o più anni di servizio risulteranno supe-

PENSIONI PUBBLICHE: MA QUALI VANTAGGI?

riori all'80% dell'INPS, a pari anzianità. In concreto, l'aliquota INPDAP è ora all'88% (ma scenderà progressivamente all'85% già prima del 2008). Inoltre, la "media" – per la quota B – è attualmente di 7 anni (in luogo dei 10 anni INPS), ma anche qui in salita e poi in parifica decennale al 2008. Anche il "tetto" (per le retribuzioni superiori ai 37.000 euro annuali), già identico all'INPS dal 1998, ha ora un'applicazione limitata al supero dei 70.000 euro per il periodo 1993-1997, ma già con programmata totale parità con l'INPS dal 2008.

Le predette differenziazioni vengono tuttavia ad attenuarsi, dal momento che il calcolo INPDAP poggia su una base imponibile contributiva ridotta rispetto all'INPS ed ovviamente per le anzianità inferiori ai 40 anni. Inoltre, esse si applicano solo a chi gode del sistema interamente retributivo, vantando un'anzianità di almeno 26 anni a data d'oggi, restando già uniformate del tutto al sistema INPS le pensioni di tipo contributivo (per i giovani) e quelle miste (cioè con meno di 26 anni di servizio al 31/12/2003).

Ma si deve anche far rilevare che, quanto alla buonuscita, sono i pubblici ad avere una prestazione sensibilmente ridotta rispetto al TFR dei privati, con una mensilità per anno di servizio solo al 75% (e non intera) e peraltro anche già su base ridotta e perfino con obblighi contributivi (per i privati, invece, l'onere è solo a carico del datore di lavoro).

Per quanto sopra esposto (lievi differenze, per un gruppo ridotto, per una durata temporanea e da compensare con l'altra prestazione previdenziale), l'attuale regime dei pubblici è molto lontano dall'essere "scandaloso".

A tale titolo potrebbe invece più giustamente parlarsi per varie altre categorie o gruppi, che ancora oggi beneficiano di un trattamento privilegiato, che viene lasciato integro, mentre si programmano più drastiche riduzioni per la generalità dei lavoratori. Proviamo a darne un elenco, peraltro non esaustivo.

Si tratta: dei parlamentari (che conseguono una pensione a 60 anni con una sola

legislatura); i consiglieri regionali (cui bastano 5 anni); i membri di Authority di vigilanza, i dipendenti di Camera e Senato (a 50 anni di età e 25 di servizio); i dipendenti della Regione, enti locali ed ASL della Sicilia (con 25 anni e anche 20 per le donne); i corpi di polizia (con il 15% in più e con un bonus di 5 anni); i militari (che hanno altresì una rivalutazione per "l'ausiliaria" dopo cinque anni); i magistrati (con beneficio di calcolo); i dipendenti della Banca d'Italia (con rendimento e limiti di servizio e di età di vecchio tipo); il personale di volo (anche a 51 anni con 30 anni di servizio); i dipendenti delle aziende telefoniche, elettriche e altri servizi, ecc., iscritti all'INPS (con le pensioni di più elevato importo medio); i dirigenti d'azienda INPDAL, anch'essi travasati all'INPS (con massimali più elevati); i ferrovieri (in pensione a 58 anni); i ferrotranvieri (in pensione a 60 anni); ed ancora attori, cantanti, sportivi, ballerini e così via.

Per quanto precede, non si comprende l'accanimento terapeutico verso "i pubblici", pur a distanza di oltre 20 anni dalla soppressione delle pensioni - baby (legge n. 17/1983).

Accanimento che, oltre al danno di immagine continua sostanzialmente a pesare nella presente occasione di riforma. Come l'intento di delega per omogeneizzare da subito le regole dell'INPS nel calcolo dei trattamenti, l'esclusione dei pubblici dalle incentivazioni per la scelta di rimanere in servizio a diritto maturato, il TFR sulla ridotta base imponibile della vecchia buonuscita, e non sull'intera retribuzione come per i privati.

Certo un quadro più approfondito della condizione dei pubblici, ma anche del panorama generale della previdenza, motiverebbe provvedimenti più equi e comparati, con la sicurezza, tuttavia, che la categoria, in caso di drammaticità della situazione (che non sia la "gobba" del 2030), sarebbe pronta al totale allineamento, ma a condizione che riguardi veramente tutti.

previdenza

LE FUTURE PENSIONI DEI MEDICI DIPENDENTI aspetti politico-sindacali

Carlo Sizia



Siamo oggi alla vigilia della quarta riforma strutturale delle pensioni (in 10 anni), dopo le riforme Amato (1992/93), Dini (1995) e Prodi (1997) e una miriade di piccoli interventi (in larga misura peggiorativi, veicolati con le leggi finanziarie), che hanno interessato tutti gli aspetti delle nostre pensioni e liquidazioni.

Nella presente XIV legislatura il problema è stato affrontato inizialmente, nell'estate 2001, dalla Commissione di studio Brambilla, che ha analizzato gli effetti della riforma Dini, evidenziandone la buona efficacia fino al 2010 circa, ma sottolineando già ora uno squilibrio tra aliquote contributive, relativamente troppo basse, e aliquote di computo, nonché una tendenza a determinare una "gobba" nella spesa previdenziale (fino al 16%, rispetto all'abituale 13,5-14%, del PIL) tra gli anni 2010 e 2030, anche per i concomitanti fenomeni del calo delle nascite, dell'invecchiamento della popolazione, della modesta crescita del PIL.

Il confronto sindacati-Governo su questi temi è sempre avvenuto, per la CIMO-ASMD (sia in sede di Ministero del Lavoro che di Palazzo Chigi), all'interno della delegazione CONFEDIR, nell'ambito della quale io coordino la Conferenza permanente sulla previdenza.

Riassumo i contenuti - obiettivi del disegno di legge - delega sulle pensioni:

1) elevare l'età pensionabile, attraverso la sua liberalizzazione, favorendo su base volontaria e attraverso incentivi la permanenza al lavoro. Una specifica certificazione amministrativa da parte dell'ente gestore, dovrebbe garantire il lavoratore, che congela momentaneamente la sua pensione, da eventuali e successivi peggioramenti del regime legisla-

tivo della previdenza;

2) passaggio, su base pressoché obbligatoria, del TFR e delle liquidazioni maturandi ai fondi previdenziali complementari;

3) decontribuzione (da 3 a 5 punti percentuali) per i neo-assunti;

4) graduale eliminazione del divieto di cumulo tra pensione anticipata e lavoro autonomo e libero professionale;

5) graduale applicazione della riforma delle pensioni al personale pubblico dipendente di cui al D.Lgs. 165/2001;

6) razionalizzazione - omogeneizzazione delle varie gestioni previdenziali.

Rispetto a questi contenuti dello schema di disegno di legge-delega, come perfezionati negli atti Camera 2145 e Senato 2058, la CONFEDIR ha espresso e richiesto quanto segue:

✓ scetticismo sull'efficacia degli incentivi a permanere in servizio per chi abbia acquisito il diritto alla pensione di anzianità, o i limiti della pensione di vecchiaia, se la sacralizzazione dei diritti acquisiti in materia di pensione (momentaneamente congelata e comunque bloccata nella sua progressione) si basa solo sulla "certificazione amministrativa" dell'ente gestore e se per posticipare la risoluzione del rapporto di lavoro è necessario il "preventivo accordo del datore di lavoro". Pare inoltre pericoloso non prevedere comunque un limite massimo (ad esempio, due anni) di permanenza al lavoro oltre i limiti di età;

✓ che per rendere possibile il conferimento dei futuri accantonamenti per buonuscita o TFR ai fondi complementari sia necessaria la preventiva opzione espressa dal dipen-

dente; che il lavoratore possa scegliere liberamente tra fondi aperti e fondi chiusi; che i fondi stessi, oltre a godere di un regime fiscale assolutamente favorevole, non possano prevedere norme penalizzanti in caso di motivata richiesta del lavoratore di trasferire altrove il capitale previdenziale ivi maturato; che siano salvaguardate le categorie che si sono già date, su base pattizia, una propria previdenza complementare;

✓ la cancellazione della decontribuzione per i neo-assunti, perché sarebbe un provvedimento antitetico rispetto alle risultanze della Commissione Brambilla, che lamenta uno squilibrio (già presente e che tende a crescere) tra aliquote di computo e aliquote di contribuzione; perché aggraverebbe le attuali difficoltà finanziarie delle gestioni; perché indurrebbe inevitabilmente una confusione tra previdenza e assistenza, se si vogliono poi prevenire gli effetti negativi sulla determinazione dell'importo pensionistico per tali lavoratori;

✓ più chiarezza e decisione in materia di totalizzazione dei periodi assicurativi, così da consentire la ricongiunzione gratuita dei vari accrediti contributivi operati in diverse gestioni e la valutazione sulle ultime retribuzioni di tutti i segmenti lavorativi-contributivi resi in precedenza;

✓ che non si determinino discriminazioni o penalizzazioni a danno dei lavoratori dipendenti pubblici.

Poiché il Governo, dopo l'approvazione del Dpef 2004/2007 (fine luglio 2003), ha avanzato per bocca dei suoi Ministri (Tremonti e Maroni, in particolare) un ventaglio di nuove proposte di riforma previdenziale che esulavano dai principi e dai criteri contenuti nel disegno di legge-delega anzidetto, proposte tra l'altro che non parevano godere dell'appoggio di tutta la maggioranza di Governo e differivano persino nello strumento legislativo individuato per veicolare le nuove norme previdenziali (legge di delega e successivi decreti legislativi attuativi; disegno di legge finanziaria 2004; decreto legge), la CONFEDIR ha nuovamente espresso la sua posizione (con documento ufficiale del 26/09/2003) contro:

✓ qualsiasi ipotesi di blocco, o di semiblocco, delle cosiddette "finestre di uscita" per le pensioni di anzianità;

✓ qualsiasi disincentivo sulle pensioni di anzianità, che intacchi in modo permanente o temporaneo l'importo della pensione maturata;

✓ l'estensione del metodo di calcolo contributivo a tutti i lavoratori, se pur nella forma del pro-rata, eliminando così il discrimine che oggi salvaguarda coloro che avessero maturato almeno i 18 anni contributivi al momento del-

l'applicazione della legge Dini (31/12/1995). Tutte e tre le ipotesi anzidette sono infatti destruenti in termini di tutela delle aspettative e dei diritti acquisiti e si tradurrebbero, paradossalmente, in una fuga precipitosa dal rapporto di lavoro (specie la terza ipotesi anzidetta);

✓ la completa omogeneizzazione del meccanismo di calcolo dei trattamenti previdenziali degli statali a quello dei privati, perché ciò comporterebbe una preventiva modifica di altri parametri (a partire dalle basi della retribuzione pensionabile), che oggi vedono i lavoratori privati in migliori condizioni;

✓ il contributo di solidarietà sulle cosiddette "pensioni d'oro" perché le pensioni medio-alte sono quelle che solitamente hanno un miglior rapporto tra contribuzioni e prestazioni e scontano già meccanismi di solidarietà (cioè perequativi al basso), quali tetti pensionistici, aliquote di rendimento decrescenti in relazione a fasce crescenti di retribuzione, ecc.;

✓ qualsiasi marcia-indietro (rispetto alla marcia in avanti di liberalizzazione fatta con la legge 289/2002, in materia di divieto di cumulo tra pensioni, anticipate e non, e redditi da lavoro autonomo, libero-professionale o dipendente. Ciò sarebbe, inoltre, in aperto contrasto con il programma elettorale della Casa delle Libertà e andrebbe a tutto favore del lavoro nero, nonché dell'evasione fiscale e contributiva.

La CONFEDIR si è invece dichiarata favorevole:

✓ al superamento di alcuni privilegi previdenziali che interessano limitate categorie di lavoratori (parlamentari, dipendenti della Banca d'Italia, ecc.);

✓ alla elevazione delle aliquote contributive dei lavoratori autonomi, dei co.co.co, ecc., che sono oggi vistosamente più basse di quelle dei lavoratori dipendenti;

✓ alla moralizzazione delle pensioni di invalidità, intesa come accertamento oggettivo e rigoroso dei presupposti che ammettono al beneficio.

La CONFEDIR, infine, si è detta disponibile ad un confronto serio con il Governo e il Parlamento al fine di apportare qualche piccolo, graduale correttivo al regime delle pensioni di anzianità previsto dalla riforma Dini, in modo da prevenire e calmierare la "gobba" dello squilibrio dei conti previdenziali, che si registrerebbe altrimenti a partire dal 2010, a condizione:

✓ che non si facciano "passi indietro" in materia di cumulo tra godimento della pensione e redditi da lavoro;

✓ che Governo e Parlamento siano disponibili a rivedere

l'attuale sistema della perequazione automatica (indicizzazione) delle pensioni, che risulta troppo penalizzante per le pensioni medio-alte, cioè quelle delle categorie dirigenti, ovvero a introdurre meccanismi di aggancio delle pensioni alla dinamica salariale dei lavoratori in attività;

▼ che si tenga conto che il sistema-pensione rappresenta, più ancora che una spesa sociale, una forma di salario differito, e come tale presuppone un contratto sociale, che nasce dal consenso sociale e che non tollera modifiche che non siano gradualità, sistematiche, condivise, improntate al massimo grado di equità.

Che cosa è venuto complessivamente fuori dal "cilindro" del Governo, attraverso i recenti provvedimenti del maxi-decreto legge "in materia di sviluppo dell'economia e di correzione dei conti pubblici", del disegno di legge contenente "Disposizioni per la formazione del bilancio annuale e pluriennale dello Stato (legge finanziaria 2004)", approvati il 29/09/2003, nonché attraverso l'emendamento al disegno di legge-delega sulle pensioni, approvato il 3/10/2003?

1. Si interviene sul residuo regime transitorio della legge Dini (cioè 2004-2007) nel senso che coloro che maturano la pensione nel periodo (pensione di anzianità o col sistema contributivo), possono chiedere la certificazione amministrativa dei diritti acquisiti all'ente gestore, con facoltà tuttavia di esercitare successivamente il diritto alla prestazione pensionistica, così da poter continuare a lavorare beneficiando nel frattempo dell'intero contributo previdenziale (32,7 % della retribuzione), non più versato all'ente previdenziale. Gli incentivi, a partire dal 2004, valgono solo per i lavoratori privati, con possibilità di essere estesi anche ai lavoratori dipendenti pubblici (certo non prima del 2005) sulla base delle indicazioni che emergeranno da un tavolo di confronto tra Governo, parti sociali, Regioni e Comuni. L'incentivo dovrebbe essere interamente detassato. In luogo di ricevere l'incentivo si potrà chiedere di continuare a versare i contributi all'ente gestore o di destinarli alla previdenza integrativa. La pensione, per chi riceve l'incentivo, rimarrà congelata alla data della prima scadenza utile per il pensionamento prevista dalla normativa vigente e successiva alla data dell'esercizio della facoltà di rinvio, fatti salvi gli adeguamenti del trattamento pensionistico spettante per effetto della rivalutazione automatica al costo della vita durante il periodo del posticipo del pensionamento. Le "anzianità" maturate a tutto il 31/12/2007 saranno tuttavia garantite, anche in caso di domande di pensione

presentate dopo l'1/01/2008, mediante la certificazione dei diritti. Gli effetti prodotti dal meccanismo degli incentivi saranno verificati entro il 1° semestre 2007.

2. Dal 1° gennaio 2004, e per un triennio, sarà trattenuto un contributo di solidarietà del 3% sulle pensioni in atto, comprensive dei trattamenti integrativi, il cui importo superi 30 volte il minimo INPS (cioè più di 15.000 euro mensili lordi, con gravame limitato alla parte eccedente tale cifra). Tali risorse affluiranno ad un Fondo per le politiche sociali, che concorre al finanziamento delle Regioni che istituiscano il "reddito di ultima istanza" destinato ai nuclei familiari a rischio di esclusione sociale e i cui componenti non siano beneficiari di ammortizzatori sociali destinati ai soggetti privi di lavoro.

3. Dal 1° gennaio 2008 i requisiti per accedere alla pensione saranno: a) requisiti di vecchiaia, cioè 60 anni per le donne e 65 per gli uomini; oppure b) requisito di anzianità contributiva di 40 anni, a prescindere dall'età anagrafica; oppure c) regime transitorio fino al 2015, ancora con almeno 57 anni anagrafici e 35 anni contributivi, ma con penalizzazioni (disincentivi) rappresentati dal sistema di calcolo contributivo puro, che comporta una decurtazione della misura della pensione del 25-30% circa rispetto ad ora. Nel 2015, dopo specifica verifica, si valuterà l'opportunità di consentire ancora tale "canale di uscita". Per i giovani lavoratori assunti dal 1° gennaio 1996 (a cui si applica quindi il sistema contributivo puro), a partire dal 2008 il requisito minimo anagrafico sarà comunque di 60 anni per le donne e 65 anni per gli uomini.

4. I nuovi criteri e requisiti di accesso alle pensioni a far data dal 2008 valgono anche per gli enti previdenziali privatizzati di cui al D.Lgs. 509/94 (tra cui l'ENPAM) e al D.Lgs. 103/96.

5. Deroghe alle regole calendarizzate dal 2008 possono essere concesse: per i lavoratori precoci, per le attività usuranti, per le lavoratrici madri, per i nuclei con disabili.

6. Dal 1° gennaio 2004 l'aliquota contributiva per gli iscritti alla gestione separata INPS di cui all'art. 2, c. 26, della legge 335/95 (co.co.co.), che non risultino assicurati presso altre forme obbligatorie, è equiparata a quella prevista per le gestioni pensionistiche dei commercianti (17,39% per il primo scaglione, e 18,39% per i redditi eccedenti fino al

massimale; successivi incrementi dello 0,20% annuale fino a raggiungere il 19%).

7. È stato stabilito un nuovo massimale per i nuovi trattamenti pensionistici delle forme obbligatorie, sostitutive, esclusive ed esonerative, cioè non inferiore ad un importo di 516 € al giorno (15.480 euro/lordi/mensili).

8. È previsto che siano eliminate sperequazioni, tra le varie gestioni pensionistiche, nel calcolo della pensione, al fine di ottenere, a parità di anzianità contributive e di retribuzione pensionabile, uguali trattamenti pensionistici.

9. Il Governo può esercitare la delega previdenziale entro 12-18 mesi dalla data di approvazione della legge stessa, quindi la maggior parte dei provvedimenti programmati non sarà di impatto immediato.

10. Nell'emendamento al disegno di legge-delega, approvato il 3/10/2003, non si parla di decontribuzione sui neo-assunti e di TFR (devoluzione obbligatoria, o devoluzione tramite opzione individualmente espressa, o attraverso il silenzio-assenso?). È diffusa la convinzione che su tali materie il Governo sia disposto a trattare.

Cosa si evince da questa "vicenda previdenziale"? Si ricava che:

✓ il Governo Berlusconi non ha alcuna considerazione per il confronto con i sindacati, ha grande disarmonia al suo interno, ha Ministri con poca capacità e competenza in materia, agisce con la demagogia e il populismo che dovrebbero rappresentare caratteristiche dei Governi di Centro-sinistra;

✓ tuttavia, la prossima riforma previdenziale avrà ancora lunga gestazione; infatti solo il contributo di solidarietà sulle "pensioni d'oro" e l'elevazione dell'aliquota contributiva degli iscritti alla gestione separata INPS avranno partenza dall'1/01/2004. Inoltre vanno certamente meglio armonizzate le vecchie previsioni del disegno di legge-delega con i contenuti dell'ultimo emendamento governativo;

✓ possono fare del male concreto alla nostra categoria, più ancora che la "stretta" sulle pensioni di anzianità (che in qualche modo si può combattere o aggirare): l'eventuale estensione del sistema di calcolo contributivo (anche se solo nella forma pro-rata) a tutti i lavoratori; l'equiparazione immediata ai lavoratori pubblici del sistema di calcolo della pensione dei lavoratori privati (per questione di "medie" di calcolo), la devoluzione completa e obbligatoria del TFR o della buonuscita maturandi ai fondi complementari (che cer-

tamente penalizza i lavoratori oltre i 55-57 anni di età);

✓ proprio per le caratteristiche e lo stato della questione previdenziale italiana, non pare questo il momento per dichiarare uno "sciopero generale", ma piuttosto per accentuare un assiduo "marcamento" del Legislatore (forze politiche, Parlamento, Governo) al fine di apportare i correttivi utili, possibili, equi, fermo restando che sarà difficile spostare il Governo dall'obiettivo di fondo, cioè risparmiare nel 2015 circa l'1% di PIL in spesa previdenziale, vale a dire circa 12 mld di euro/anno.

Carlo Sizia



a cura di Marco Perelli Ercolini

TUTELA MATERNITÀ E PATERNITÀ permessi orari al padre

Al lavoratore-padre non spetta alcun permesso orario (ex allattamento), nemmeno in caso di parto plurimo, se la madre non è lavoratrice. L'articolo 39 del Testo unico sulla tutela della maternità e paternità (decreto legislativo 151/2001) prevede che nel primo anno di vita del bambino le madri lavoratrici dipendenti possano usufruire di 2 periodi di riposo (uno solo, se l'orario di lavoro è inferiore a sei ore) di un'ora ciascuno (o di mezz'ora, se la lavoratrice può usufruire dell'asilo nido o di altra struttura idonea istituiti dal datore di lavoro nell'unità produttiva, o nelle immediate vicinanze), anche cumulabili durante la giornata, mentre l'articolo 41 prevede che le stesse ore di ripo-

so possano essere riconosciute anche al padre-lavoratore nel caso in cui i figli siano affidati al solo padre, oppure in alternativa alla madre lavoratrice dipendente che non se ne avvalga, oppure nel caso in cui la madre non sia lavoratrice dipendente e, infine, in caso di morte o grave infermità della madre. Tuttavia, secondo l'ARAN, la dizione "nel caso in cui la madre non sia lavoratrice dipendente" limiterebbe la previsione al solo caso di madre-lavoratrice (dipendente, autonoma o libero professionista), escludendo i casi in cui la madre non svolge attività lavorativa e, pertanto, non spetterebbe alcun permesso orario al padre lavoratore (pubblico o privato) di figlio di età inferiore all'anno la cui

consorte non svolga un'attività lavorativa. Conseguentemente, sempre secondo questa interpretazione data dall'ARAN (ma nessuna specificazione in proposito è nel testo della legge), il padre, quando la madre non svolga attività lavorativa, non potrebbe usufruire neppure di quanto previsto dall'articolo 40, e precisamente delle ore aggiuntive in caso di parto plurimo. Nessuna limitazione invece nelle altre ipotesi, e precisamente in caso di affidamento dei figli al solo padre, in caso in cui la madre lavoratrice dipendente non si avvalga dei permessi orari, in caso di morte o grave infermità della madre.



permessi giornalieri (1)



vecchia normativa

nuova normativa

soggetti beneficiari

* MADRE

La Corte costituzionale aveva riconosciuto il diritto anche al padre, se la madre era lavoratrice dipendente

* MADRE

* PADRE nei casi:

- di affidamento esclusivo al padre
- in alternativa alla madre, se lavoratrice dipendente che non se ne avvalga
- quando la madre non è lavoratrice dipendente
- per decesso o grave malattia della madre

periodo durata massima

*Fino al compimento di un anno di vita del bambino due ore al giorno se l'orario di lavoro è pari o superiore a sei ore; se l'orario di lavoro è inferiore spetta solo un'ora

* Fino al compimento di un anno di vita del bambino due ore al giorno se l'orario di lavoro è pari o superiore a sei ore (2); se l'orario di lavoro è inferiore spetta solo un'ora
* In caso di parto plurimo gli orari di permesso sono raddoppiati e l'orario eccedente può essere usufruito dal padre

LA SAGA DEGLI IRCCS: ULTIMA PUNTATA?

Ivo Spagnoli

I FATTI

Il Consiglio dei Ministri del 10 ottobre u.s. ha approvato il decreto legislativo che attua la delega contenuta nella legge 3/2003 (art. 42, comma 1). In tutto 19 articoli per il riordino degli Istituti pubblici di ricovero e cura a carattere scientifico, che passa per la via della trasformazione in Fondazioni aperte ai privati, ferma restando la loro "natura pubblica".

Tale Decreto è stato pubblicato sulla "Gazzetta Ufficiale" n. 250 del 27 ottobre e ha assunto la denominazione di D.Lgs. 16 ottobre 2003, n. 288.

In esso viene stabilito che la Regione dove ha sede l'Istituto potrà inoltrare l'istanza di trasformazione in Fondazione, che dovrà essere confermata con decreto dal Ministro della Salute. Enti fondatori sono il Ministero della Salute, la Regione, il Comune e, se presenti, i soggetti rappresentativi degli interessi originari. Altri soggetti, pubblici e privati, possono partecipare, ma soltanto "in assenza di conflitto d'interessi".

I Consigli di Amministrazione delle Fondazioni saranno composti da sette consiglieri (tre designati dal Ministro, tre dal Presidente della Regione e uno dal Comune); possono diventare nove nel caso ci siano anche un rappresentante degli interessi originali e uno dei soggetti partecipanti.

Sarà invece la Conferenza Stato-Regioni a decidere le modalità operative e gestionali degli IRCCS non trasformati in Fondazioni. Per tutti, la parola d'ordine deve essere "separazione delle funzioni": indirizzo e verifica al Cda (che nominerà nel suo contesto un Presidente) e la gestione a un direttore generale (nominato dai consiglieri tra soggetti esterni); la direzione scientifica a un direttore scientifico nominato dal Ministro, sentito il Governatore.

Gli IRCCS, potranno creare consorzi e società di capitali, stipulare convenzioni, avviare sinergie con strutture pubbliche e private ed esercitare attività diverse da quelle istituzionali, purché i proventi siano destinati in misura prevalente alla ricerca e alla qualificazione del personale, che sarà assunto con contratti di diritto privato, fatti salvi gli attuali dipendenti, che potranno scegliere di restare, a esaurimento, col rapporto di lavoro di diritto pubblico.

L'istituzione di nuovi IRCCS avverrà con riferimento a un'unica specializzazione disciplinare e i Policlinici potranno essere riconosciuti con riferimento a non più di due discipline.



I COMMENTI

Come ha efficacemente intitolato Manuela Perrone sul "Sole 24 Ore-Sanità" del 21 ottobre "Fondazioni IRCCS, se vi pare", l'intera vicenda evoca scenari pirandelliani. Prima, per 10 anni, una babele di proposte legislative, le une che contraddicevano le altre; poi una stupefacente accelerazione sulle Fondazioni-IRCCS con la legge di delega 3/2003 per aggirare un corretto ma insidioso iter parlamentare; infine, per lentezza sulla stesura del decreto legislative, il quasi scendere della delega nello scorso luglio. Solo il decreto legge "salva proroghe" ha permesso lo slittamento della delega in ottobre e quindi l'approvazione da parte del Consiglio dei Ministri.

Già più volte abbiamo espresso la nostra contrarietà sul metodo usato per legiferare in questo campo, che ha impedito qualsiasi confronto propositivo con i rappresentanti degli operatori degli IRCCS e la legittima azione emendativa delle Commissioni parlamentari.

In 10 anni non si è costruito nulla e in 6 mesi si è costruito a tavolino (quale?), senza nemmeno interessare gli abitanti della casa!

L'attuale decreto legislativo rappresenta sicuramente un passo in avanti rispetto ai decreti delegati della passata legislatura, che prevedevano Organi di gestione a composizione fantasiosa e improbabile, come il direttore generale che presiedeva il Consiglio di amministrazione, monstrum giuridico che non esiste in nessun diritto societario del mondo. Ma le criticità persistono e non sono certo di secondaria importanza; vediamo alcune.

1) Fondazioni-IRCCS, con paritaria presenza di Stato e di Regioni in salsa "privatistica", e IRCCS non trasformati, nel governo dei quali detterà legge la Conferenza Stato-Regioni, coesisteranno nel "pianeta IRCCS". Non è difficile immaginare quali conflittualità di rapporti reciproci e istituzionali scatenerà questa dubbia forma di delegificazione.

2) Vi sarà nella stessa Fondazione IRCCS personale soggetto a diritto pubblico e parte a contratto di diritto privato.

Quali le garanzie di omogeneità gestionale? È prevedibile che il personale che volesse rimanere pubblico, sarà "invitato" a emigrare verso altre strutture, disperdendo così il patrimonio professionale dell'IRCCS di provenienza.

3) Il decreto legislativo (art. 8, comma 7) afferma che i futuri IRCCS svolgeranno attività di "alta formazione". Che vuol dire? Perché non si è dato il riconoscimento al personale ospedaliero della titolarità dell'insegnamento nella specialità di riferimento? Anche qui, pur di non entrare in rotta di collisione con l'Università, si è preferita una formulazione fumosa, che dice tutto e non dice niente, ma tale era la fretta prima di eventuali rimpasti...

4) L'art. 13, comma 1, afferma finalmente (una battaglia CIMO durata quasi 11 anni in Parlamento e su giornali, riviste, fumetti, ecc.) la monotematicità degli IRCCS e la possibilità per i Policlinici di essere riconosciuti IRCCS per non più di due discipline. Tutto bene quindi? Nient'affatto! Lo slogan "nessuno tocchi Caino" è sempre stato di moda nel mondo IRCCS e perciò tale norma varrà solo per i nuovi futuri IRCCS!

Questo decreto legislativo, dalla strana gestazione governativa e dall'ancora più atipico iter parlamentare, nella ricerca disperata di un consenso qualsivoglia da parte delle Regioni, ha cercato di andare incontro ad alcune delle loro richieste creando, a nostro parere, una melassa normativa e una eterogeneità di soggetti dalla difficile governance.

D'altra parte non dimentichiamo che tre Regioni (Sicilia, Marche ed Emilia Romagna) hanno già presentato ricorsi contro la legge 3/2003, da cui trae origine il decreto IRCCS in esame ed è quindi verosimile un ulteriore ricorso contro il D.Lgs. 288/03. È quindi estremamente probabile che toccherà alla Corte Costituzionale sbrogliare questa intricata matassa, con orizzonti di difficile valutazione.

LA COMMISSIONE CIMO-IRCCS INVITA TUTTI I COLLEGHI A FAR PERVENIRE NOTIZIADI COME IL D.LGS. 288/03 VERRÀ RECEPITO NEI SINGOLI IRCCS.

LE DIMISSIONI PROTETTE

Un modello sempre più attuale per migliorare la qualità dell'assistenza domiciliare e la comunicazione fra ospedale e territorio

Luigi Dal Sasso e Chiara Marangon

Dimissione protetta non è più un termine nuovo (o almeno lo è ormai per pochi). Vuole indicare la fase di dimissione dall'ospedale per quei pazienti le cui condizioni cliniche e/o di disabilità sono tali da non poter essere dimessi senza preventivamente provvedere ad un sufficiente supporto sanitario e socio-assistenziale a domicilio.

Il processo della dimissione protetta per l'assistito fragile, indipendentemente dall'età, rappresenta una fase del percorso assistenziale in cui si deve realizzare l'integrazione fra l'ospedale e il territorio. In questa fase viene anche misurata la capacità di comunicare fra gli operatori, medici e non.

Il paziente fragile, con bisogni assistenziali complessi, è colui che viene dimesso dall'ospedale con patologia stabilizzata, ma non guarito, che spesso non ha prospettive di guarire a breve termine, e la patologia - che ha decorso cronico - ne compromette l'autonomia. Si tratta di pazienti di ogni età, anche se la maggior parte è rappresentata da anziani.

Ragionare sul problema della dimissione protetta e individuare un modello di percorso assistenziale concordato e condiviso fra ospedale e territorio permette di applicare e diffondere modalità di presa in carico omogenee fra le diverse UU.OO. ospedaliere e i Distretti Socio Sanitari.

Come finalità si vuole:

- adeguare il periodo di ricovero alle effettive necessità di alto grado di assistenza;
- ridurre le probabilità di una nuova ospedalizzazione a breve termine;
- assicurare la continuità assistenziale fra ospedale e territorio, senza cadute di efficienza e di qualità del servizio nel momento del passaggio da un ambito di cura ad un altro;
- garantire ai pazienti temporaneamente non autosufficienti di riacquistare l'autonomia nell'ambiente familiare;
- consentire ai malati terminali di trascorrere gli ultimi giorni a casa propria.

Da quanto sopra emerge la necessità di verificare, già durante il ricovero ospedaliero, se esiste o meno un ambiente familiare adeguato strutturalmente all'accoglienza del paziente fragile, con familiari disponibili alla sorveglianza e alla cooperazione.

Prima della dimissione è necessario acquisire il consenso della famiglia alla dimissione stessa e la condivisione del progetto assistenziale. Sia chiaro che se questo consenso non si acquisisce, la dimissione fallisce perché per l'utente si prospetta un immediato re-ricovero.

Il risultato è favorevole quando la famiglia è aiutata a razionalizzare i problemi insorgenti e percepisce la garanzia di un adeguato supporto tecnico-assistenziale, ovvero il "non abbandono".

Cosa succede quando un reparto ospedaliero rileva la possibilità di una dimissione che richiede continuità assistenziale a domicilio?

Il reparto ospedaliero, quando constata che esistono necessità assistenziali per una persona anche dopo la dimissione, circa sette giorni prima di dimettere (per i casi la cui durata di degenza è inferiore, non appena si evidenzia la necessità) informa il Distretto Socio-Sanitario. Con una scheda apposita segnala il problema e le necessità assistenziali da garantire.

Il personale del Distretto effettua una visita ospedaliera per verificare le condizioni del paziente e per dialogare con il personale di assistenza ospedaliero. Contemporaneamente, il Distretto comunica al medico curante la possibilità di dimissione. Il medico curante e il medico ospedaliero si mettono in contatto per scambiare eventuali ulteriori informazioni.

L'Assistenza Domiciliare Integrata (ADI) può essere attivata con livelli diversi di intensità assistenziale, che vanno dalla semplice assistenza programmata del medico curante e/o accessi periodici dell'infermiere professionale, fino a

IL MEDICO OSPEDALIERO E DEL TERRITORIO

forme di maggior impegno, quali quelle ad elevata componente sanitaria e/o riabilitativa.

La definizione del programma assistenziale definitivo è di competenza della Unità di Valutazione Multidimensionale (UVMD o simili; Organismi analoghi esistono nelle varie Regioni, composti almeno dal medico distrettuale, dal medico curante, da un assistente sociale, ecc.), che si avvale di tutti gli apporti specialistici necessari.

Il tempo richiesto dal territorio per attivare le dimissioni protette, comprensivo di eventuali festività, serve per verificare se sono necessarie modifiche domiciliari alla stanza da letto e per provvedere alla fornitura di ausili e presidi necessari per garantire il miglior livello di assistenza (ad es., letto con materasso antidecubito, comoda, ecc.).

Il Distretto, verificata l'esistenza delle condizioni per la dimissione, dà il parere favorevole al Reparto e la dimissione potrà avvenire nel momento concordato e condiviso anche con la famiglia.

Qualora la dimissione a casa non sia possibile, perché la casa stessa non si presta ad un livello assistenziale complesso, oppure perché la rete di assistenza domiciliare non garantisce un sufficiente livello di qualità, si individuano soluzioni alternative per le quali possono essere richiesti tempi più lunghi (sono queste le situazioni in cui è più idoneo il ricovero in Casa di riposo, in servizi di assistenza diurna, o in altri ambiti della rete assistenziale come Hospice, Residenze distrettuali, ecc.).

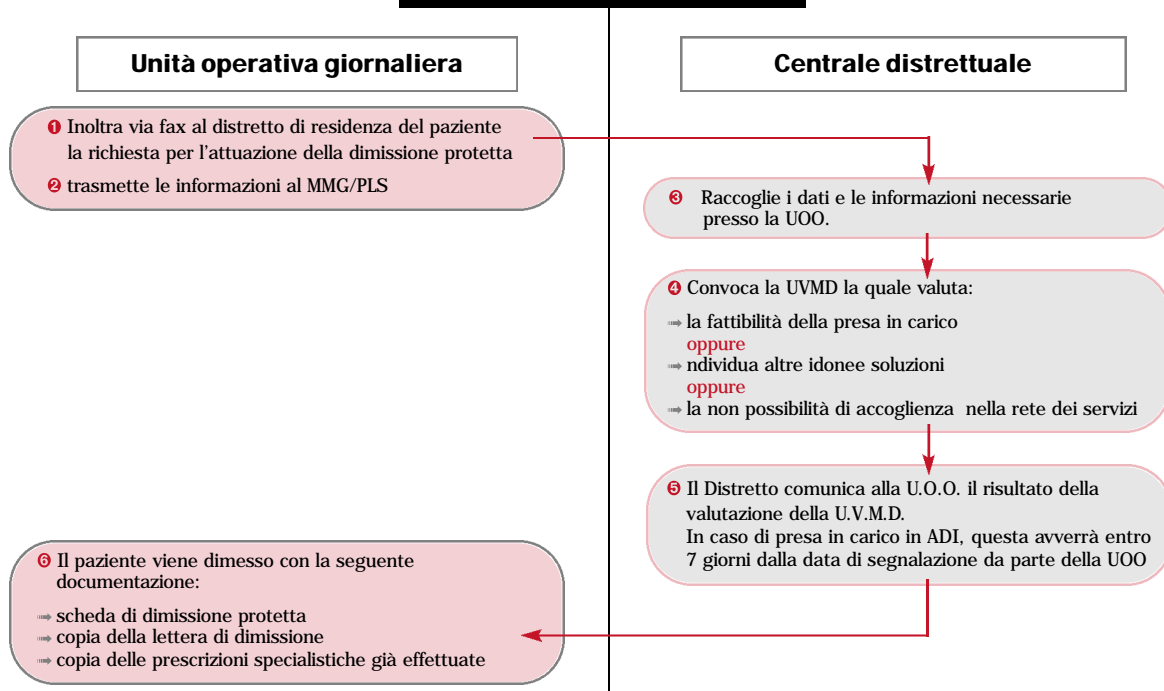
Quali sono, in particolare, i pazienti per i quali si ravvisa l'opportunità di una dimissione protetta, con necessità di Assistenza Domiciliare Integrata?

I Piani Sanitari Nazionali e Regionali, nonché le Convenzioni per la Medicina Generale, indicano con priorità le seguenti patologie:

- esiti di episodi cerebrovascolari acuti;
- fratture ed esiti di altri interventi ortopedici;
- esiti di patologie di competenza chirurgica;
- patologie cronic-degenerative in fase di riacutizzazione e/o scompenso (ad es., bronchite acuta in BPCO e allettamento...) che necessitano di prestazioni sanitarie a carattere temporaneo e programmabile per controllare l'episodio di riacutizzazione e favorire il recupero dell'autonomia al livello precedente rispetto all'episodio di riacutizzazione;
- trattamenti di nutrizione artificiale (NAD);
- trattamenti di terapia palliativa;
- patologie oncologiche in fase avanzata;
- pazienti affetti da patologia acuta temporaneamente invalidante;
- polipatologia.

Il seguente diagramma di flusso illustra la sequenza delle azioni da svolgere e indica chi le svolge.

DIAGRAMMA DI FLUSSO



Personalmente siamo convinti – e l’esperienza fin qui raccolta lo conferma – che le dimissioni protette funzionino non solo se il territorio sa offrire quanto serve all’assistito, ma soprattutto se viene creato il canale per una buona ed esauriente comunicazione fra operatori ospedalieri e del territorio.

Chi fosse interessato a conoscere schede e documenti da noi adottati relativamente a: 1) Segnalazione con cui il Reparto comunica al Distretto la necessità di organizzare il protocollo per una dimissione protetta; 2) Nota di risposta del Distretto e 3) Scheda di dimissione che si chiede di compilare all’U.O. prima di dimettere il paziente, è pregato di chiederlo direttamente all’indirizzo e-mail sottoriportato.

È necessario che da entrambe le parti ci sia la disponibilità a dare le informazioni richieste, dettagliando i bisogni del paziente cui serve dare risposta.

Non sono azioni burocratiche ed inutili, anzi. In questi casi, una informazione insufficiente o fuorviante non solo dà all’assistito l’idea di essere trascurato, se non addirittura abbandonato, ma allunga i tempi di presa in carico, con conseguenti disagi, sia per l’unità operativa ospedaliera che necessita di posto letto, sia per il Distretto che deve programmare l’attività infermieristica e concordare gli accessi del medico di medicina generale.

Siamo interessati a conoscere e confrontare su questo argomento l’esperienza dei colleghi delle altre ASL.

*Luigi Dal Sasso - CIMO Legnago
Direttore Dipartimento Distretti*

*Chiara Marangon - CIMO Vicenza
Dirigente Medico del Servizio di Medicina Territoriale.
Indirizzo e-mail: dip.distretti.alpo@aullsslegnago.it*

ECM:

i problemi da risolvere



PREMESSE

La CIMO-ASMD crede che la formazione continua sia doverosa e imprescindibile per i medici, dipendenti o convenzionati che siano. Doverosa e imprescindibile sia come formazione specialistica, sia come formazione a valenza generale, nelle diverse patologie: manageriale, organizzativa, comunicativa, interprofessionale, programmatoria.

In una società che cambia, in una medicina che cambia, i medici dipendenti non possono più limitarsi ad un aggiornamento prettamente specialistico, ma debbono integrare la loro “scienza e conoscenza scientifica” con adeguate informazioni di tipo manageriale, anche se nel sistema sanitario italiano l’aziendalizzazione costituisce una realtà virtuale, più attenta al controllo della spesa che alla qualità del prodotto “salute recuperata” o “salute migliorata”.

In un Paese civile la salute è un investimento e non un semplice costo perché senza salute non c’è neppure PIL ed un paziente guarito, od una patologia cronica ben controllata in regime ambulatoriale, costituiscono, per il Paese e non solo per la Sanità, una risorsa ben più che una spesa.

Ciò premesso, l’esperienza maturata in tema di ECM negli anni scorsi (soprattutto nel 2002 e nel 2003) ci consente di elencare una serie di criticità non ancora risolte, unitamente ad alcuni elementi positivi.

CRITICITÀ

L’ECM rappresenta un affare economico di enorme valore, perché punta ad un aggiornamento qualitativamente e quantitativamente crescente, per circa ottocentomila operatori sanitari. Ebbene, mentre gli accordi di convenzione col SSN prevedono che le Regioni finanzino l’ECM dei medici convenzionati, nulla di simile è codificato per la medicina dipendente (medici, laureati non medici, infermieri professionali, tecnici sanitari, ecc.).

L’assenza di un finanziamento pubblico specifico per i dipendenti rappresenta una prima criticità, per una ECM che – di fatto – è già oggi un istituto obbligatorio.

La numerosità dei soggetti coinvolti dall’ECM dovrebbe rendere essenziale e fondamentali tre tipologie di formazione:

- a) “stanziale”, a livello cioè di singola azienda, gestita in proprio o non;
- b) “satellitare sincrona”, utilizzando un sistema multisale (a piccoli gruppi, interattivi con la sede centrale di formazione);
- c) “a distanza asincrona”, attuando l’e-learning.



La mancanza di chiare indicazioni ministeriali sull'ECM satellitare costituisce una seconda criticità, raccordata alla prima, in quanto una formazione residenziale/satellitare consente un significativo contenimento dei costi, individuali o collettivi.

Lo "scandalo Glaxo" e la successiva, dura, presa di posizione di Farminindustria rendono difficile che le industrie del farmaco e quelle biomedicali possano proporsi almeno come sponsor dell'ECM. L'assenza dell'industria (di quell'industria che ha garantito il 90% dell'aggiornamento medico negli ultimi 30 anni) costituisce la terza criticità del sistema. Quale ruolo potranno giocare le industrie nella formazione ECM nel 2004 e nel 2005? Non provider, non sponsor ufficiali, non sponsors ufficiosi?

L'ECM deve essere trasparente. Vanno perciò chiariti i rapporti: a) tra provider e Commissione nazionale ECM; b) tra providers e Ministero della Salute; c) tra lo stesso Ministero e le Regioni; d) tra le Regioni ed i provider; e) tra le Società scientifiche e l'ECM; f) tra FIASO ed ECM; g) tra soggetti terzi ed ECM; h) tra la FNOMCeO e l'ECM; i) tra scelta dei "referee" e delega ad associazioni private per la loro individuazione (FISM).

Finora la poca trasparenza (o nebulosità delle regole) ha rappresentato la quarta criticità del sistema. Tutte le difficoltà nei rapporti istituzionali potranno essere risolte con un Regolamento specifico, chiaro e condiviso.

I punteggi assegnati ai "docenti" nei Corsi di formazione sono oggi ridicoli, solo che si consideri il tempo necessario per preparare una "lezione", adeguata per contenuti e per tecnica espositiva. La sottovalutazione dei docenti-formatori e l'impossibilità di utilizzare, quale crediti ECM validi, i crediti maturati all'estero e le pubblicazioni scientifiche, rappresentano la quinta criticità del sistema.

Va inoltre ridefinita la metodologia di valutazione del grado di apprendimento individuale. Qual è il metodo prescelto?

La breve relazione del discente o il questionario a risposte multiple? E chi valuta realmente la preparazione individuale, rapportando ad essa il valore dei punti ECM attribuiti al singolo "evento"? Qual è il rapporto tra formazione ECM individuale (facoltativa) ed obbligatoria (con temi/corsi predisposti dall'ASL o dalla Regione)?

C'è, oggi, la presenza sul "mercato" di erogatori di formazione, che sono solo Agenzie di servizio e non hanno sufficienti prerogative di scientificità? Ed è ancora irrisolto il problema dei Relatori ai Convegni che, a causa di un breve intervento o dell'eventuale partecipazione ad una Tavola rotonda, si trovano nell'impossibilità di essere iscritti come partecipanti. Ciò comporta, ed in futuro il problema diventerà sempre più importante per l'alto numero di crediti da acquisire, una vera e propria "crisi delle vocazioni". In altre parole: perché l'elaborazione di una presentazione (con tutti i problemi connessi) comporta la privazione di crediti formativi se non viene raggiunto il "tetto minimo" di un'ora?

PROPOSTE

L'ECM ha avuto, almeno, un grande merito: quello di aver ricreato un fermento formativo di massa, sopito per anni.

Si tratta, adesso, di finalizzarlo per evitare che tutto si traduca in un mero recupero di 10 - 20 - 30 - 40 - 50 punti, consentendo al singolo di mettersi al riparo da eventuali, possibili danni (economici e normativi).

Per tale scopo occorrerà sincronizzare l'ECM con alcuni aspetti normativi e contrattuali:

1. il federalismo sanitario;
2. il contrattodi lavoro (orario pro-ECM, congedo per aggiornamento, finanziamento dell'ECM, ecc.);
3. l'utilizzo dei punti ECM come elemento per la progressione di carriera (come al tempo degli esami di idoneità);
4. la previsione di "periodi sabbatici", dotati di crediti ECM;

5. la possibilità di attribuire crediti formativi anche per le frequenze presso strutture sanitarie diverse da quelle di appartenenza;

6. l'integrazione tra formazione specialistica e quella "generalista";

7. il ruolo dell'ECM nel budget della singola unità operativa o del singolo dipartimento;

8. utilizzo dell'ECM per la creazione di "linee guida" condivise, su base aziendale o, meglio, provinciale.

In conclusione, l'ECM deve rappresentare una concreta opportunità per migliorare la cultura sanitaria e la Sanità italiana. Senza trucchi, senza privilegi, senza padri-padroni. Con trasparenza e con risposte chiare ai molti dubbi fin qui evidenziati.

Si presenta un'importante occasione di fare un salto di qualità: la futura individuazione dei provider di formazione, che potranno erogare direttamente i crediti formativi, dovrà essere caratterizzata dalla massima trasparenza. Ciò per evitare operazioni affaristiche o per prevenire la degenerazione dell'ECM da fatto professionale ad impresa commerciale. Ed allora sarà indispensabile definire criteri condivisi con i sindacati delle categorie interessate.

Poiché la formazione in generale, e l'ECM in particolare, costituiscono temi di valenza soprattutto contrattuali (orario di lavoro, turni idonei di partecipazione, penalizzazioni o incentivi, costi di partecipazione, ecc.), è assolutamente necessario che i sindacati svolgano un ruolo più rilevante sia nella fase programmatica che in quella attuativa.

Perché non realizzare, ad esempio, una Commissione paritetica, o regolari consultazioni, con la Commissione nazionale sulla educazione continua in medicina? In caso contrario, l'ECM continuerà ad essere una bella occasione formativa, purtroppo sprecata.

Stefano Biasioli
Presidente Nazionale CIMO-
ASMD

LA PROTEZIONE DAGLI ERRORI

Mario Ferrera

L'osservazione dell'andamento del rischio di ammalarsi (incidenza), della probabilità di guarire (sopravvivenza), della quota di malati presenti nella società (prevalenza), consente a chi governa e gestisce la Sanità di esprimere: per la prima, i fattori di rischio e le strategie di prevenzione; per la seconda, l'efficacia del sistema di diagnosi e di terapia; per la terza, la domanda di assistenza che sale dalla società.

Accanto ad una valutazione epidemiologica del rischio basata su studi clinici, biologici, ecc., su soggetti o popolazioni esposti a specifici fattori di rischio, solo recentemente è stato posto un nuovo approccio agli eventi che concorrono a definire il rischio in Sanità: la sicurezza del paziente e la gestione del rischio clinico.

La Sanità viene oggi, sempre più associata all'elemento "rischio", inteso non soltanto come rischio clinico nei confronti del prodotto finale del lavoro medico, cioè "l'ammalato risanato", ma anche nel senso di rischio professionale per chi, come il medico, svolge un tipico lavoro in cui due più due non sempre fa quattro.

Dopo i DRG importiamo dagli Stati Uniti il concetto di "gestione del rischio clinico", nato al di là dell'Oceano per far fronte ai ricorsi legali intentati dai pazienti per danni non previsti nel corso di trattamenti sanitari a cui si erano sottoposti.

Anche nel nostro Paese, sulla scorta di procedimenti civili e penali in corso su presunte responsabilità mediche, il problema viene da qualche anno affrontato alla luce dei risvolti economici e assicurativi presentati che vedono, da un lato, richieste di risarcimento sempre più numerose ed onerose e premi assicurativi sempre più alti, dall'altro, l'abbandono da parte delle Compagnie del ramo assicurativo della responsabilità civile del medico e delle aziende sanitarie.

La gestione del rischio può essere affrontata sia sotto l'aspetto del miglioramento della qualità in termini di assistenza ed efficacia delle cure, sia sotto il profilo della prevenzione degli eventi avversi e dei relativi risvolti di tipo economico e assicurativo.

Si tratta, in sostanza, di due aspetti dello stesso problema, in quanto, laddove vi è organizzazione dei servizi e qualità nell'assistenza è probabile che gli errori siano meno

frequenti, o quantomeno più frequentemente prevenuti in quanto prevedibili.

"L'incidente", in Sanità, è il prodotto finale di una serie di piccoli e misconosciuti errori che riaffiorano soltanto con l'evento visibile del danno, che può essere più o meno irreparabile.

Individuare la catena di eventi che in termini di gravità e frequenza condizionano l'errore, è alla base delle strategie che molte strutture sanitarie stanno approntando nell'ottica di una gestione integrata del rischio clinico.

L'errore, infatti, non è sempre e solo "errore medico", ma anche "errore del sistema" e sotto questi due aspetti va affrontato con l'intento di salvaguardare la sicurezza del paziente e degli operatori sanitari. Il "risk management", un termine ormai di moda, da strumento difensivo, a fini esclusivamente assicurativi, si è evoluto a strumento preventivo volto a ridurre i danni al paziente, indipendentemente dal fatto che questi richieda o meno un risarcimento.

La gestione del rischio diventa, allora, uno degli strumenti del "governo clinico" (controllo di gestione, sistemi di gestione della qualità, ecc.) e prevede l'identificazione del rischio presente in ogni atto rivolto al paziente, il coinvolgimento dello stesso attraverso una corretta informazione medico-paziente, e l'indicazione delle soluzioni mirate caso per caso, specialità per specialità, al fine della sua eliminazione o riduzione.

Non tutti gli altri medici hanno lo stesso fattore di rischio, ma tutti hanno in comune il paziente, che è sempre al centro del sistema e che va reso partecipe dei problemi e delle soluzioni proposte.

Al di là di singole criticità, che richiedono un discorso più complesso che affronteremo nei prossimi articoli, vi sono alcuni principi fondamentali che occorre considerare nella gestione del rischio:

- attiva di tutti i soggetti interessati al processo;
- comunicazione efficace tra medico e paziente;
- attuazione di un piano di report del rischio clinico (anche in forma anonima) all'interno dell'ospedale;
- creazione di un sistema di gestione del rischio, a cui fare affluire tutti i dati relativi ad eventi avversi già manife-

statisi o di “eventi sentinella”, potenziali fattori di rischio;

- attenersi per eventi critici alle procedure previste dalle specifiche linee-guida;
- approccio clinico improntato al tipo di domanda ed al contesto in cui si opera, indirizzato sempre verso comportamenti di tipo “precauzionale”;
- chiara definizione dei ruoli, compiti e responsabilità all’interno dell’*équipe* di assistenza sanitaria.

Le prime esperienze, attuate in alcune aziende agli inizi del 2000, sono state indirizzate alla creazione di protocolli comuni per l’acquisizione del consenso informato, ormai entrato tra le clausole di molte polizze assicurative, tanto che la sua mancata o non corretta acquisizione viene considerata motivo di non eventuale risarcimento. Non esistendo, a livello sanitario, esperienze sul tema, il raffronto è stato indirizzato verso il mondo delle amministrazioni bancarie in cui, invece, il rischio ed il recupero del danno economico rappresentano prassi costante.

Trasferendo queste esperienze in Sanità, sono stati affrontati singoli aspetti spesso non collegati tra loro, che a volte hanno avuto più il profilo della ricerca clinica che non quello di effettive soluzioni al problema. Ci riferiamo al problema degli eventi avversi legati all’uso dei farmaci, quindi alla farmacovigilanza, alla sorveglianza delle infezioni nosocomiali e di particolari patologie in pazienti lungodegenti e non autosufficienti (piaghe da decubito, ecc.), sia alle comuni fonti informative legate alle cartelle cliniche ed alle SDO.

Tentativi iniziali che, come tutte le esperienze, scontano all’inizio la mancanza di raffronti e che, calate in una realtà già complessa come quella sanitaria, influiscono sulle modalità operative per la gestione del rischio.

La gestione del rischio necessita di adeguate strutture organizzative, dotate di competenze adeguate e di una cultura aziendale che consenta di gestire al meglio gli errori e gli eventi avversi.

Nei prossimi articoli svilupperemo meglio le problematiche del “risk management” nell’ambito di specifici settori professionali e specializzazioni.

Mario Ferrera

Presidente Collegio dei Revisori dei Conti della Cimo

APPROCCIO ALLE PRO NEL PAZIENTE DISAB



PREMESSE

Anche nella persona affetta da disabilità, la salute orale è di fondamentale importanza in quanto la corretta funzionalità dell’apparato stomatognatico, come per chiunque, contribuisce al mantenimento della salute dell’organismo in generale ed una buona estetica del sorriso consente una migliore integrazione nella vita sociale.

La salute odontostomatologica del soggetto disabile costituisce un problema sociale, etico e sanitario di non facile approccio e risoluzione.

Numerosi sono gli aspetti che concorrono a determinare questa situazione di difficoltà:

PROBLEMATICHES ODONTOSTOMATOLOGICHE IN UN PAZIENTE NON COLLABORANTE

G.R. Spampinato e M. Terranova

- il quadro della disabilità è estremamente complesso e variegato, essendo costellato da una enorme variabilità di condizioni psico-fisiche;
- i soggetti disabili, principalmente quelli non collaboranti, sono a “rischio particolare” nei confronti della patologia cariosa e paradontale, sia per la loro obiettiva impossibilità all'esecuzione di corrette procedure di igiene orale e prevenzione odontoiatrica, sia per eventuali stimate tipiche della sindrome che li affligge;
- le difficoltà di contatto tra staff odontoiatrico e potenziale utente disabile, poiché è ancora radicato nella mentalità comune (principalmente tra i parenti del disabile) un atteggiamento di cura quasi ossessiva della patologia predominante, con possibilità quindi che vengano poste in ombra le esigenze di salute di apparati ed organi corporei apparentemente di secondaria importanza (la bocca, per esempio), capaci però di innescare patologie a distanza;
- le difficoltà tecniche che l'odontoiatra incontra nell'approccio terapeutico al paziente disabile non collaborante.

La volontà di offrire una risposta terapeutica odontoiatrica alle persone affette da disabilità psico-fisica grave, e pertanto non in grado di prestare la benché minima collaborazione all'atto di cura odontoiatrica, ci ha portato a concepire il “Progetto Odontoiatria speciale riabilitativa nel soggetto disabile non collaborante”, subito sposato entusiasticamente dall'Azienda Vittorio Emanuele II - Ferrarotto - S. Bambino (realità ospedaliera di preminente rilievo della Regione Sicilia) e dall'Università degli Studi di Catania, presente all'interno di tale Azienda con il suo triennio clinico.

Tale iniziativa si rivolge agli utenti portatori di disabilità psichica o psico-fisica e affetti da patologie psichiatriche non collaboranti che necessitano di cure odontostomatologiche esclusivamente attuabili in regime di ricovero breve (Day-surgery) e in anestesia generale. Essa vuole offrire al cittadino svantaggiato, in quanto portatore di handicap, la possibilità di fruire di cure odontoiatriche con finalità riabilitative.

Questo rappresenta per tali cittadini un'occasione per

essere uguale agli altri rispetto al “bene salute” e per abbattere una delle tante barriere, visibili e non visibili, che li affliggono. L'iniziativa è stata insignita del premio per la “Best Practice” in Sanità da parte del Movimento Federativo Democratico “Cittadinanza attiva” ed è finalizzata a:

- superare l'atteggiamento demolitivo (semplici estrazioni dentarie), che ha spesso caratterizzato il trattamento odontostomatologico nei pazienti impossibilitati a fornire la collaborazione necessaria all'esecuzione anche dei più semplici atti terapeutici odontoiatrici;
- introdurre nell'ambito del trattamento odontoiatrico dei pazienti portatori di disabilità un orientamento terapeutico conservativo-riabilitativo;
- concorrere al miglioramento della qualità di vita dell'utente svantaggiato, nei limiti del possibile, migliorarne “l'accettazione di se stesso”, con probabili ricadute positive sui trattamenti di riabilitazione psichiatrica, ma con indubbio significato di promozione in termini di dignità della persona umana.

Le argomentazioni fin qui esposte rendono certamente evidente la valenza morale e sociale del Progetto “Odontoiatria speciale riabilitativa nel soggetto non collaborante”. Una società evoluta, quindi orientata alla solidarietà e non alla discriminazione dei soggetti più deboli, non può tollerare che costoro vengano sottoposti a trattamenti mutilanti perché non si possono trovare i tempi o le risorse da dedicar loro. Questo progetto ha dimostrato che si possono fronteggiare al meglio le esigenze degli utenti disabili che, attraverso protocolli particolari, possono essere curati come gli altri cittadini.

IL NOSTRO PROTOCOLLO DIAGNOSTICO-TERAPEUTICO

L'Odontoiatria speciale (tale in quanto orientata alla risoluzione delle aspettative di salute orale di persone con “necessità speciali”) rivolta ai disabili non collaboranti, deve inchinarsi dinanzi alle esigenze dei pazienti, pronta a modificare i protocolli della normale operatività in conseguenza dei bisogni di questa particolare categoria di utenti.

Quando problemi di scarsissima collaborazione, o di impossibilità di controllo motorio, impediscono l'attuazione di qualunque procedura odontoiatrica, sia pure una semplice visita o l'effettuazione di un esame di diagnostica radiologica, si impone il ricorso all'anestesia generale. In casi del genere, si assiste al coincidere temporale del momento diagnostico e di quello terapeutico e si realizza una sorta di "iter inversus", nel quale la terapia anticipa la profilassi.

Eseguita una minima batteria di esami preparatori indispensabili (quelli che sono consentiti dalla ridotta collaborazione offerta), consegnato ai genitori o tutori non meno di 48 ore prima dell'effettuarsi dell'intervento un modulo di consenso all'intervento stesso ed uno alle pratiche anestesilogiche, il nostro paziente disabile non collaborante viene accolto nell'Unità Operativa.

Egli viene trattato in regime di ricovero breve (Day-surgery), durante un arco temporale della durata di poche ore (accesso alla struttura nella prima mattinata e dimissione nelle prime ore del pomeriggio, dopo un ragionevole periodo di osservazione post intervento); questa modalità di ricovero breve si rivela vantaggiosa poiché poco stravolge le abitudini del paziente e di quanti lo assistono.

Impieghiamo un protocollo articolato come segue:

- valutazione anestesilogica "ad oggi" del paziente, volta ad evidenziare eventuali cause di impedimento alla narcosi insorte dopo la valutazione anestesilogica preliminare (bronchite, ad esempio);
- anestesia generale con intubazione naso-tracheale in laringoscopia diretta e monitoraggio delle funzioni vitali: SpO₂ (pulsiossimetria), NIBP (non invasive blood pressure), EtCO₂ (end tidal CO₂ o capnometria), ECG;
- posizionamento di un packing faringeo, destinato ad impedire la caduta di corpi estranei in ipofaringe;
- visita odontoiatrica e diagnosi estemporanea mediante l'ausilio di Rxgrafie in tempo reale (RVG);
- igiene orale e fluoroprofilassi con ionoforesi;
- cura delle carie e devitalizzazione degli elementi dentali particolarmente compromessi;
- ricostruzioni dentarie;
- controllo della corretta occlusione dentaria mediante carta articolare;
- interventi cruenti (estrazione degli elementi dentali irrecuperabili, asportazione di eventuali neoformazioni cistiche, gengivectomie, ecc.).

Gli interventi da noi eseguiti sono costituiti praticamente

da tutte le procedure di Odontoiatria conservativa e chirurgiche necessarie alla corretta riabilitazione, funzionale ed estetica, del paziente non collaborante.

CONSIDERAZIONI CONCLUSIVE

Grazie ad una maggiore sensibilità dimostrata dagli operatori e dalle Istituzioni sanitarie, nonché grazie ad una più approfondita consapevolezza delle problematiche inerenti il mondo della disabilità e delle possibili vie di soluzione manifestata dall'opinione pubblica, negli ultimi anni è andata crescendo la richiesta di trattamenti di riabilitazione orale nei soggetti disabili non collaboranti.

A nostro avviso, in funzione della gravità della patologia e dell'entità del ritardo mentale, il trattamento in narcosi (eseguito in Sala operatoria debitamente attrezzata) offre alle persone non collaboranti maggiori garanzie rispetto ad un trattamento alla poltrona in anestesia locale, di difficile attuazione in tali soggetti. In quest'ottica non deve apparire pertanto sproporzionato un motivato ricorso alla narcosi per la riabilitazione orale di pazienti altrimenti difficilmente trattabili.

La nostra esperienza ci porta ad elencare alcuni vantaggi, per noi di valenza strategica, nelle cure odontoiatriche dei non collaboranti, eseguite con l'ausilio della narcosi:

- possibilità di condurre una serena diagnosi odontoiatrica, altrimenti di problematica attuazione;
- possibilità di portare a termine in un'unica seduta un gran numero di prestazioni odontoiatriche;
- maggiore sicurezza per il paziente e maggiore rapidità per l'operatore, anche per l'assenza di imprevedibili reazioni motorie.

Oltremodo vantaggioso si rivela, inoltre, il regime di ricovero in Day-surgery, da noi adottato per i pazienti non collaboranti. Essi vengono pertanto tenuti in ambiente ospedaliero per il tempo strettamente necessario, così da non costringerli (assieme ai parenti) a lunghe degenze, particolarmente gravose nelle loro condizioni. Il Day-surgery costituisce, infine, un mezzo per favorire il risparmio in termini di spesa sanitaria, anche se noi preferiamo pensarlo come opportunità per evitare a tali soggetti lo stress della ospedalizzazione prolungata. In questa maniera, intendiamo rendere loro un ulteriore servizio.

G.R. Spampinato

Az. Osped. Vittorio Emanuele II - Ferrarotto - S. Bambino di Catania

M. Terranova

Dip.to Chirurgie specialistiche e Clinica odontoiatrica

Omicidio e lesioni: la finalità terapeutica è rilevante?

Vania Cirese

Com'è noto, il bene giuridico protetto nel delitto di omicidio è la vita umana in quanto patrimonio individuale ed esclusivo, condizione per il godimento di ogni altro bene.

L'interesse pubblico al rispetto della vita, quale elemento essenziale per la stessa esistenza della società, posto da alcuni sullo stesso piano di quello strettamente personale, assume posizione secondaria come riflesso di una tutela che per il nostro ordinamento si incentra principalmente sulla persona.

L'azione del "cagionare la morte", che caratterizza questo tipico reato a forma libera, si differenzia in molteplici fattispecie penali, a seconda della qualifica formale del soggetto passivo e della gravità sostanziale dell'offesa arrecata all'interesse protetto, offesa indirizzata ad "un uomo" nell'omicidio doloso ex art. 575 c.p. e preterintenzionale ex art. 584 c.p. e ad "una persona" nell'omicidio colposo ex art. 589 c.p.

Nelle varie fattispecie di omicidio non si rinviene una descrizione della condotta tipica: le condotte sono "causalmente orientate" perché il legislatore pone l'accento unicamente sul risultato vietato, avendo il comportamento dell'agente rilevanza in funzione della sua efficacia causale rispetto all'evento morte. La difficoltà sta nell'individuare gli atti rilevanti in rapporto all'evento, tipicamente naturalistico, che consiste nell'eliminazione fisica della vita d'un essere umano.

La responsabilità per fatti omissivi va collegata all'esistenza di un obbligo (giuridico) di attivarsi, derivante da una norma o da un contratto. Tralasciando in questa sede, per ragioni di opportunità, il problema del rapporto di causalità materiale, va invece ricordato che l'elemento soggettivo nell'omicidio può assumere sia la forma del dolo intenzionale o diretto come rappresentazione e volizione dell'evento morte, sia quella

del dolo alternativo, come indifferenza circa i due possibili risultati dell'azione, morte o lesioni, sia infine quella del dolo eventuale o indiretto, come rappresentazione dell'evento più grave ed accettazione del rischio relativo.

Val la pena evidenziare che la sufficienza del dolo eventuale, affermata dalla giurisprudenza, non trova unanime consenso nella dottrina, ancorata al principio secondo cui l'art. 43 c.p. esige la diretta volizione dell'evento, mentre la previsione è aggravata dalla colpa.

Secondo una puntuale risposta a questo dilemma: risponde a titolo di dolo eventuale l'agente che, pur non volendo l'evento, ne accetta il rischio, comportandosi anche a costo di determinarlo, mentre risponde a titolo di colpa aggravata dalla previsione dell'evento, l'agente che, pur rappresentandosi l'evento stesso come possibile risultato della sua condotta, agisce nella ragionevole speranza che esso non si verifichi.



Il travagliato problema del dolo eventuale e i dubbi circa la punibilità per il reato di omicidio o di lesioni volontarie ha dato origine nel tempo ad un quadro dapprima univoco, con una singolare concordanza, nell'andamento diatrico della dottrina e della giurisprudenza, entrambe favorevoli alla configurazione di omicidio (o tentativo) quando in concreto si era verificato solo un evento di lesioni, ma vi era stata probabilità della morte e consapevolezza della probabilità stessa da parte dell'agente.

Attualmente, la compatibilità tra delitto tentato e dolo eventuale trova orientamenti schierati su posizioni diverse, imponendosi all'interprete volta per volta, di ricostruire la direzione teleologica della volontà dell'agente, per accertare quale sia stato il risultato avuto di mira.

La direzione non equivoca degli atti (per il fatto che non vi è stata morte) non pare sufficiente di per sé a circoscrivere la responsabilità dell'agente al reato di lesioni. L'univocità degli atti fa configurare indubbiamente l'azione come tentativo, ma non necessariamente esclude la responsabilità per il reato più grave voluto sebbene nella forma dell'eventualità accettata, equiparata sul piano del disvalore, al dolo diretto.

La difficoltà di provare il dolo di omicidio, in presenza della fattispecie colposa e preterintenzionale e di quella di lesioni, deriva dalla difficoltà di accertare compiutamente l'intimo processo volitivo, dovendo affidarsi a fatti concludenti di carattere naturalistico, dai quali desumere la direzione della volontà, senza tuttavia basarsi su censurabili presunzioni.

L'aspetto dell'elemento soggettivo, problematico e controverso, in relazione alla duplicità degli eventi (lesione e morte), che pone l'interrogativo circa l'unicità o complessità della sua struttura, ha originato prospettive che

variano dalla natura pienamente dolosa (stante l'originaria volontà del reato meno grave), al dolo misto a colpa (scindendo l'atteggiamento psicologico rispetto al duplice evento), alla responsabilità oggettiva (non ritenendo che la morte sia dovuta a imprudenza, negligenza, ecc.).

La giurisprudenza è divisa. A volte afferma trattarsi di delitto aggravato dall'evento e quindi di responsabilità oggettiva, prescindendo da ogni indagine circa la volontarietà, la colpa o la prevedibilità dell'evento più grave. Altre pronunce affermano che il dolo in ordine al primo evento si accompagna alla responsabilità oggettiva in ordine al secondo. Si afferma in questi casi che l'evento morte non è assolutamente voluto e l'agire con dolo alternativo o eventuale in relazione a tale evento esclude l'ipotesi preterintenzionale e concreta di reato ex art. 575 c.p.

Altri orientamenti ravvisano il dolo per lesioni misto a colpa per la morte, che si presenta come un fatto prevedibile, progressione del fatto voluto, dovuto a scarsa attenzione nell'esecuzione dello stesso.

Sta di fatto che l'omicidio preterintenzionale è costituito dal fatto di chi, ponendo in essere atti diretti unicamente a provocare lesioni (o percuotere) cagiona la morte, non essendo necessario che la serie causale che ha provocato la morte rappresenti lo sviluppo dello stesso evento di lesioni.

In tema è rimasta famosa per la sua severità la sentenza "Massimo" del '92, che ribadita la rilevanza del consenso quale presupposto di liceità del trattamento medico-chirurgico, ha affermato che "il chirurgo che in assenza di necessità ed urgenza terapeutiche, sottopone il paziente ad un intervento operatorio di più grave entità rispetto a quello meno cruento e comunque di più lieve entità del quale lo abbia informato preventivamente e

che solo sia stato da quegli consentito, commette il reato di lesioni volontarie, irrilevante essendo sotto il profilo psichico la finalità pur sempre curativa della sua condotta, sicché egli risponde del reato di omicidio preterintenzionale se da quelle lesioni deriva la morte".

Ma nel duemila che cosa è cambiato? Non v'è dubbio che con applicazioni automatiche si rischi di punire in base al 584 c.p. (omicidio preterintenzionale) anche conseguenze anomale della condotta medica considerandola come "arbitraria" in eccessivi ampliamenti, e ricollegandovi una gravissima responsabilità penale.

Certo permangono le divergenze sulla ricostruzione teorica del reato preterintenzionale ed in particolare quelle che riguardano la struttura del reato nell'aspetto soggettivo. Se appare indiscusso che l'evento voluto debba essere addebitato a titolo di dolo, rimane controverso se quello non voluto sia addebitabile a titolo di responsabilità oggettiva sulla base del semplice rapporto di causalità materiale, ovvero sia necessaria la colpa.

Secondo i più recenti orientamenti la connotazione finalistica della condotta ossia la "finalità terapeutica" è irrilevante, non essendo richiesto il dolo specifico per i reati di lesioni volontarie (o percosse).

È altrettanto vero che dal tenore dell'art. 584 c.p. "atti diretti", l'elemento soggettivo richiesto per l'omicidio preterintenzionale, relativamente all'evento voluto, è costituito dal dolo diretto o intenzionale. In proposito non vale l'obiezione che l'intenzionalità del dolo è elemento estraneo alla descrizione del delitto preterintenzionale data dall'art. 43 c.p., perché la struttura del delitto previsto dall'art. 584 c.p. non coincide con lo schema normativo previsto dall'art. 43 c.p. e ha una sua autonomia.

In ossequio a questa ragionevole inter-

pretazione, tenuto conto che il requisito per l'omicidio preterintenzionale è il dolo diretto o intenzionale, possono essere addebitate le conseguenze non volute solo quando l'agente abbia almeno direttamente voluto l'evento attribuito a titolo di dolo. Di conseguenza, in caso di dolo indiretto, o eventuale, non potrà ravvisarsi il reato preterintenzionale, pur potendo essere ascritto quello doloso di lesioni.

Ma il sanitario mosso dal fine terapeutico pone realmente in essere una condotta intenzionalmente diretta a ledere, con coscienza e volontarietà?

Senza confondere il problema della natura del dolo richiesto per la fattispecie criminosa con l'esistenza della scriminante costituita dal consenso del paziente (presupposto di liceità e non arbitrarietà del trattamento), occorre accertare la sussistenza o meno del dolo intenzionale, verificando se l'agente anticipatamente (o nel corso dell'intervento chirurgico) si sia rappresentato e abbia voluto l'esito della sua condotta o piuttosto non abbia agito anche a costo di provocare quell'evento.

Per ascrivere la responsabilità di cui trattiamo, è necessario che il sanitario si rappresenti, come conseguenza della sua condotta voluta, la lesione all'integrità fisica del paziente, tra l'altro sussistendo una differenza di non poco conto tra iter decisi in corso d'intervento, per sopraggiunte e imprevedibili o impreviste circostanze e casi con determinate programmazioni sin dall'inizio.

La soluzione non può che provenire dalla giusta, imprescindibile valorizzazione dell'elemento soggettivo richiesto nella forma del dolo intenzionale.

Per fare alcuni esempi, tralasciando i casi a scopi scientifici o puramente estetici, basta citare i casi di interventi demolitivi coscientemente inutili, i

casi in cui il sanitario abbia asportato organi là dove la patologia poteva essere curata con diversi mezzi terapeutici, casi in cui il normale rapporto tra costi e benefici, preventivamente conosciuto dal medico, è totalmente squilibrato. Sembra potersi affermare la ricorrenza dell'elemento soggettivo di lesioni volontarie (dolo generico) in quei casi in cui il medico, pur animato da intenzioni terapeutiche, agisca consapevole che il suo intervento produrrà una non necessaria menomazione dell'integrità fisica (o psichica) del paziente.

Ricondotto l'elemento soggettivo del reato nei suoi naturali limiti, ne consegue che il consenso del paziente subisce un giusto ridimensionamento, riconducendosi alla sua efficacia scriminante, che esclude l'antigiuridicità della condotta. Quindi, in presenza di consenso validamente formato ed espresso, è preclusa la possibilità di configurare il delitto di lesioni volontarie, mentre in presenza di ragioni di urgenza terapeutica o ipotesi previste dalla legge il consenso non è necessario.

Il dissenso del paziente, quale volontà esplicitamente contraria all'intervento terapeutico, trova un limite solo nel pericolo grave e attuale per la vita del paziente o per la sua integrità fisica, mentre al di fuori di queste situazioni ricorrerà un'indebita violazione non solo della libertà di autodeterminazione del paziente, ma anche della sua integrità, con la possibile ascrizione del reato di lesioni dolose in capo al sanitario.

Sicure cause di giustificazione rilevano nelle situazioni di urgenza terapeutica che concretizzano lo stato di necessità o l'adempimento di un dovere.

Per completare il discorso vanno evidenziati altri due "nuovi" aspetti del problema. Pur essendo irrilevante la

"finalità terapeutica" non è ovviamente irrilevante se la condotta sia intenzionalmente diretta a tutelare la salute del paziente o a provocare una menomazione dell'integrità. Occorre dunque precisare che appare sostenibile l'esclusione dell'intenzionalità della condotta in quei casi in cui il sanitario, nel corso dell'intervento chirurgico, rilevi la presenza di una situazione che pur non rivestita dei requisiti di urgenza terapeutica, e pur potendo essere affrontata in tempi diversi, venga invece, affrontata immediatamente senza il consenso del paziente: per evitargli un altro (ravvicinato) intervento, altri successivi disagi o per prevenire particolari futuri pericoli (purché si tratti di protocolli accettati dalla comunità scientifica e non certo inusuali, sperimentali o sconosciuti alla letteratura scientifica).

Del pari non può rispondere dolosamente il chirurgo che si sia erroneamente rappresentato una situazione patologica ritenendo che essa richiedesse l'intervento per cui il paziente non aveva prestato consenso, non sussistendo in tale caso l'intenzionalità della condotta, ferma restando la responsabilità per il reato colposo se si ravvisino i presupposti.

PER UNA SANITÀ SOLIDALE

Giancarlo Faletti

Un paio di mesi fa la stampa specializzata ha dato notizia dei risultati di una interessante ricerca svolta dalla Programmazione Sanitaria del Ministero della Salute a proposito dei costi sopportati, nel 2001, dalle ASL per la gestione diretta dei 507 ospedali, costituenti altrettanti

Presidi loro assegnati in quanto non autonomizzati o non eretti ad Aziende ospedaliere. La ricerca è interessante per svariati profili, che meritano alcune riflessioni, senza pretesa di voler esaurire tutti gli argomenti che dall'aridità dei dati sia possibile ricavare a cura degli addetti ai lavori.

1. Il nostro Paese è davvero caratterizzato dai mille campanili se, in mera valutazione numerica, gli ospedali in esame sono quelli residuati: (i) dalla riforma del 1992-1999, che aveva consentito di individuarne alcuni cui attribuire la dignità di aziende ospedaliere; (ii) dagli interventi legislativi successivi che avevano definito le caratteristiche quantitative alle quali ancorare le decisioni (regionali) finalizzate a chiudere, riconvertire o mantenere le strutture esistenti non in condizione di essere conservate autonome; (iii) dai plurimi inviti alla razionalizzazione della rete ospedaliera ed alla conseguente riduzione dei costi di esercizio.

2. La ricerca nulla dice riguardo al rapporto qualità/prezzo che si ricava dal mantenimento delle 507 strutture in esame, dal rapporto, cioè, tra vantaggi per l'utenza e svantaggi per i costi e, quindi, dalla opportunità della conservazione delle strutture operative ancorché in ambiti locali e per un numero di utenza circoscritta. Sembra, perciò, di poter affermare che – al di là dei costi e delle razionalizzazioni – ciò che prevale è la logica campanilistica che il più delle volte si traduce in una esplicita o latente manifestazione di potere. L'ospedale è mantenuto (spesso) laddove il potente locale ha la forza di garantirne la sopravvivenza (nominale), salvo socializzarne (a carico del SSN) i costi.

3. La ricerca nulla dice, inoltre, a proposito della tipologia di servizi che vengono erogati all'utenza per il tramite dei "piccoli" ospedali in esame. Cioè, oltre al mantenimento in vita della struttura, sarebbe stato interessante comprendere se essa sia in grado di dare positivo riscontro ad esigenze di servizi che si addicono ad una loro localizzazione in aree concentrate o comunque ristrette oltre alla eventualità che i servizi in questione siano funzionali ad una esplicita loro richiesta per le caratteristiche sanitarie della popolazione che a loro si riferisce. Il rapporto qualità/prezzo potrebbe essere meglio sopportato, a discapito del secondo, se, quantomeno, l'ospedale fosse in grado di assorbire in misura rilevante la domanda di prestazioni sanitarie della popolazione che al medesimo faccia riferimento.

4. La ricerca evidenzia come il costo del personale sia la spesa enormemente più significativa (sia in valori assoluti che in percentuale), oscillando da poco più del 56% in Emilia fino a franare ad oltre il 76% in Calabria dei costi complessivi, non senza sottolineare che il ruolo sanitario incide, sul costo del personale, in misura compresa tra il 77 (Lombardia) e l'89% (Toscana). Parallelamente, la ricerca non omette di segnalare come, seppure con inesorabile lentezza (la relativa spesa oscilla, infatti, tra il 3 ed il quasi 9%), vada prendendo piede la tendenza alla esternalizzazione di quei servizi, non ritenuti costituenti il "core business", quali utenze, lavanderia, mensa, vigilanza, il cui personale non rientra tra i costi da attribuire alle Aziende. Cosicché, le percentuali sopra riferite sono sensibilmente più significative se si pensi che il personale cui ci si riferisce con quei dati è quello "essenziale" per erogare salute e le conseguenti prestazioni sanitarie.

5. L'acquisto di beni, invece, si mantiene in una percentuale non lontana – nella media – dal 17 al 18% della spesa complessiva, rendendo così problematica la sproporzione tra costo del personale e disponibilità di risorse operative: quasi che la ricerca faccia premio della manualità (o della preminenza della funzione intellettuale) rispetto all'uso di presidi farmaceutici, chimici, materiali sanitari, lastre, ... Il medico, o l'operatore sanitario, ricondotto alla originaria funzione manipolatoria piuttosto che a quella (criticata) di dispensatore di medicine o di presidi di supporto diagnostico e terapeutico?

6. Infine, la presenza di sperequazione dei costi, riferibili alla stessa tipologia di spesa, all'interno di presidi della medesima Regione, con oscillazioni fino al 25%, indipendentemente dal numero dei posti letto assegnati al singolo presidio. Quasi che, nell'autonomia gestionale facente capo alla ASL di appartenenza, le unità di costo non siano state individuate con criteri uniformi e sia tollerato, invece, un andamento della spesa – per certi versi – pazzo o senza controllo regionale.

la parola agli avvocati

Ho premesso che i rilievi di cui sopra non sono né tutti, né i soli che meritino riflessione. Ma, a partire da questi, credo spetti anche ai medici porsi domande di prospettiva ed alla CIMO dare eventuale sfogo ad un dibattito più incalzante tra i propri iscritti a proposito del futuro della medicina pubblica in Italia. Perché:

a) sia per ragioni di categoria che per evidente senso di responsabilità professionale, il medico o l'esercente una professione intellettuale non può più limitarsi ad osservare il mondo dal proprio "particolare" e valutarne l'andamento a seconda che esso sia proficuo o dannoso per le sole proprie tasche. Che, poi, per un sindacato, equivale a chiudersi nella tutela serrata di interessi di bottega o di corporazione, senza, nel contempo, allargare l'orizzonte delle proprie ambizioni alla definizione di un progetto, alternativo o correttivo rispetto all'attuale, per la cui realizzazione battersi e fare proseliti;

b) in questa prospettiva, la scelta federalista in materia sanitaria, ormai consacrata da atti di diritto positivo, rischia di tradursi in altrettante "sanità" pubbliche regionali, chiuse alla socializza-

zione delle esperienze ed alla solidarietà -quantomeno civile- nella trattazione dei casi extraregionali quando questi non siano, a loro volta, abbinati a compensi, remunerazioni, prebende più o meno laute;

c) in diretta conseguenza della logica che precede, la sanità pubblica rischia di perdere, nei fatti, la funzione generalizzata di erogatrice di prestazioni dovute a tutti indiscriminatamente per il solo fatto di essere portatori del diritto alla salute, costituzionalmente garantito;

d) così come, la discriminante per luogo di residenza o per censo rischia di generare forme di assistenza privilegiata o di qualità accanto a latitanza terapeutica o interventi di basso profilo, cioè alla negazione del diritto. E si badi, senza che neppure occorra introdurre quell'altra incombente variabile costituita dalla presenza, più o meno regolare, di persone di provenienza extranazionale cui - se meritevoli dell'elettorato amministrativo - ben più parrebbero meritevoli dell'elementare esigenza di curarsi in caso di necessità.

Mi immagino - perché ho ben presente il problema - che le prime risposte emotive faranno leva sulla crisi internazionale e sulla sempre più difficile eventualità che si concilino, nel nostro Paese che non brilla per floridezza finanziaria (al di là delle operazioni di finanza creativa dell'attuale Ministro del Tesoro), le risorse disponibili prodotte da pochi con le esigenze diffuse e generalizzate di tutti. Mi immagino, altresì, che - sempre emotivamente - il richiamo ad una sana differenziazione quasi naturalistica possa rappresentare un tipo di soluzione che alcuni si sentano di caldeggiare.

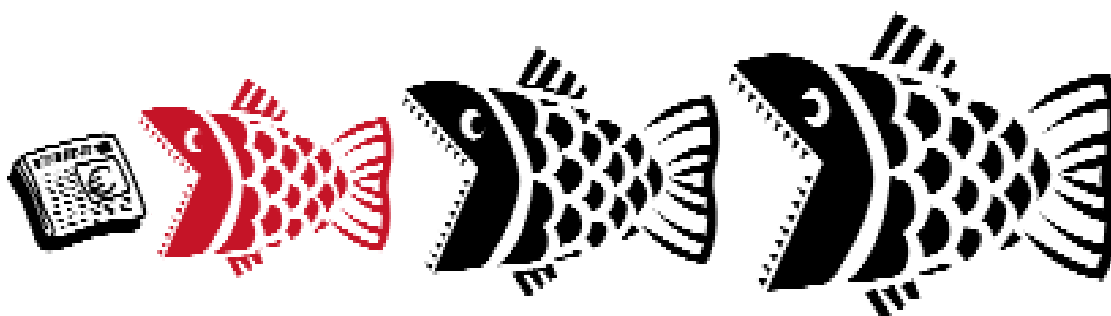
Mi domando, allora, se - fuor di ogni metafora e senza inopportune crisi di coscienza - non sia il caso di riprogettare la pratica attuazione del principio di solidarietà sul quale si fonda la nostra civile (ed italiana) convivenza; se, cioè, non valga la pena di precisare che, checché ne dica la Costituzione, le differenze esistono eccome anche per quel-

le situazioni che, in linea di principio, non dovrebbero costituire ragione di discriminazione (sesso, razza, lingua, religione, opinioni politiche, condizioni personali e sociali); se, infine, una robusta iniezione di sano egoismo non sia un'adeguata soluzione a tutti i disturbi di stomaco che la lettura dei dati della ricerca di cui sopra (peraltro, già superata almeno dal trascorrere di due ulteriori anni) insieme alla quotidiana dose di cronaca (con un pizzico di malasànità) provocano anche ai fisici più collaudati. Tanto la rissa quotidiana su ogni residuale questione è quanto passa il convento ormai da tempo immemorabile!

Vorrei potermi ribellare a questo avvilente andazzo.

Una modesta proposta ed una più circoscritta provocazione:

(i) non portiamo i cervelli all'ammasso e continuiamo a coltivare sogni; (ii) nella sigla di CIMO ASMD, la S diventi sinonimo di Sanità Solidale.



I REQUISITI PROFESSIONALI PER LO SVOLGIMENTO DEI COMPITI DI RESPONSABILE O ADDETTO DEL SERVIZIO AZIENDALE DI PREVENZIONE E PROTEZIONE: RIFLESSIONI E SPUNTI CRITICI

Luigi Iavarone

Il D.Lgs. n.195/2003 ha introdotto una nuova impostazione nella valutazione delle competenze richieste al Responsabile del Servizio di Prevenzione e Protezione. Dall'ambigua ed incerta formulazione del D.Lgs. n. 626/94, attitudini e capacità adeguate, si è passati a richiedere a tale soggetto, nonché agli addetti a tale servizio, una maggior preparazione sia di base sia professionale. Tutto ciò risulta totalmente in linea con quanto riportato nella sentenza della Corte di Giustizia del Lussemburgo (15/11/2001, causa C-49/00) nella quale il governo italiano è stato condannato, tra le varie censure avanzate al D.Lgs. n. 626/94, per non aver definito "le capacità e le attitudini di cui devono essere in possesso le persone responsabili delle attività di protezione e prevenzione dei rischi professionali per la salute e la sicurezza dei lavoratori" e, in sostanza, per non aver recepito adeguatamente la direttiva quadro 89/391/CEE. Con la legge 1° marzo 2002, n. 39 (Legge Comunitaria 2001), in particolare l'art. 21, il Governo è stato delegato ad emanare un decreto di recepimento della sentenza della Corte al fine di modificare le norme inerenti tali requisiti professionali.

L'articolo 2 del D.Lgs. n. 195/2003 ha introdotto, per rendere più concreto il recepimento, il nuovo articolo 8 bis del Decreto Legislativo 19 settembre 1994 n. 626, che prevede per ogni addetto o responsabile del servizio aziendale di prevenzione e protezione il possesso di un attestato di frequenza, "con verifica dell'apprendimento", a "specifici corsi di formazione adeguati alla natura dei rischi presenti sul luogo di lavoro e relativi alle attività lavorative". Per certi versi è un passo in avanti che consente di delineare un quadro di certezza qualitativa per il datore di lavoro, che ora potrà e dovrà avvalersi

esclusivamente di personale specializzato ed idoneamente formato.

Il principio che ispira la nuova disciplina è la necessità ed imprescindibilità che i requisiti e le capacità degli addetti ai servizi di prevenzione e protezione (di seguito SPP) "devono essere adeguati alla natura dei rischi presenti sul luogo di lavoro e relativi alle attività lavorative". In una parola, è terminata l'era dei "c.d. responsabili ed addetti al servizio di prevenzione e protezione tuttofare": adesso viene richiesta una specifica preparazione per i rischi da monitorare. Il giro di vite è stato richiesto sia dagli operatori del settore, sia per rendere meno onerosa la scelta del responsabile da parte del datore di lavoro.

In questa ottica il vertice aziendale collocato nel contesto ospedaliero è chiamato a svolgere un ruolo centrale nella definizione e conoscenza dei criteri di prevenzione validi, in grado di ottimizzare quanto più possibile l'ambiente di lavoro e per stimolare la messa a punto di strumenti operativi sempre più appropriati ed in linea con gli orientamenti sopra citati.

È noto che l'innovazione tecnologica comporta conseguentemente mutamenti ambientali, organizzativi, conoscitivi e comportamentali delle svariate realtà lavorative, con profili e mansioni dalle caratteristiche sempre più diversificate rispetto al passato. In funzione di quanto appena detto è da attendersi un'attenzione particolare nella disamina di una nomina a Responsabile del servizio di prevenzione e protezione in tale ambito ospedaliero, proprio per il ruolo che deve rivestire che è sicuramente delicato e di singolare specificità.

L'emergenza di fattori di rischio sempre più nuovi e di svariata natura evidenzia la necessità estrema di

dotarsi di uno staff professionale altamente competitivo, chiamato a rispondere e a risolvere i numerosi e difficili problemi che si affacciano quotidianamente nella realtà aziendale ospedaliera.

In un futuro non molto lontano, probabilmente, le responsabilità per un infortunio sul lavoro causato dall'impreparazione di un responsabile del servizio di prevenzione e protezione potranno essere ripartite in modo diverso con il datore di lavoro: la obbligatoria professionalità del responsabile lo caratterizza anche giuridicamente come primo responsabile, residuando in capo al datore di lavoro una responsabilità "in eligendo".

Il titolo di studio richiesto per chi espleta tali fun-

zioni è definito in modo generico: diploma di scuola media superiore, lasciando ai corsi di formazione specialistici il compito di "qualificare" ulteriormente i responsabili e gli addetti al SPP. Questa è la versione licenziata in ultima istanza; inizialmente, si era optato per una netta divisione tra chi è deputato a svolgere tali mansioni in aziende a rischio fisico, chimico, biologico o cancerogeno - richiedendo diplomi di scuola secondaria superiore specialistici od eventualmente lauree specialistiche - dalle altre a rischio ridotto. In tale ottica, si era anche pensato di modificare i requisiti richiesti per il datore di lavoro che svolge direttamente le funzioni di responsabile del SPP (ex art. 10 D.Lgs. n.

626/94); successivamente, ha prevalso la versione pubblicata nella Gazzetta Ufficiale. Nel passaggio dalla fase progettuale a quella concertativa, in sede di Conferenza Stato-Regioni, si sono avute le modifiche maggiori dovute, probabilmente, alla necessità di evitare che il disposto dell'art. 117 della Costituzione (inerente la potestà legislativa concorrente tra Stato e Regioni in materia di tutela delle condizioni di lavoro) consentisse a queste ultime di creare delle disparità sul territorio nazionale. Perplesità e preoccupazioni sono state fugate dalla comune volontà di operare in modo omogeneo da parte di tutte le regioni, proprio in fase di Conferenza permanente Stato-Regioni cui è demandata anche la individuazione degli indirizzi e dei requisiti minimi dei corsi professionali.

È altresì fondamentale porre la massima attenzione sulla questione della verifica dell'apprendimento. Non basta, in sostanza, frequentare il solito corso di formazione seguendo passivamente una lezione per ottenere "il certificato" attestante l'avvenuta frequenza, occorre la verifica con esame finale. Questo almeno sembrerebbe il significato della



disposizione contenuta nel comma 2° del D.Lgs. n. 195/2003.

Per lo svolgimento della funzione di responsabile del servizio prevenzione e protezione il decreto richiede, oltre ai requisiti sopra citati, un attestato di frequenza, con verifica dell'apprendimento, a specifici corsi di formazione in materia di prevenzione e protezione dei rischi, anche di natura ergonomica e psico-sociale, di organizzazione e gestione delle attività tecnico - amministrative e di tecniche di comunicazione in azienda e di relazioni sindacali. L'ampliamento delle materie di studio è dovuto alla funzione poliedrica che deve espletare il responsabile del SPP, deputato non più ad una semplice funzione impiegatizia con un'infarinatura di tutte le norme in materia di sicurezza, ma un professionista che deve avere anche adeguate capacità dialettiche e relazionali per confrontarsi con tutto l'universo lavorativo.

Altro aspetto qualificante del decreto è "l'obbligatorietà di aggiornamento" per i responsabili e gli addetti dei SPP secondo indirizzi definiti in sede di Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano, con cadenza almeno quinquennale. La previsione di un onere di aggiornamento costante, consente una maggior garanzia per i datori di lavoro



che, nel caso di ingiustificato rifiuto da parte di un responsabile – soprattutto se interno – possono anche adottare misure disciplinari per richiamarlo al rispetto delle disposizioni contenute nel decreto. Tale osservazione non è di poco conto se consideriamo che il processo lavorativo si basa su prove documentali, oltre che sulle testimonianze e il possedere un documento inerente un provvedimento disciplinare potrebbe costituire una "carta vincente" per il datore di lavoro.

Veniamo ora al punto più critico di tutto il decreto. Il 6° comma del D.Lgs. n.195/2003, prevede che "coloro che sono in posses-

so di laurea triennale di "Ingegneria della sicurezza e protezione" o di "Scienze della sicurezza e protezione" o di "Tecnico della prevenzione nell'ambiente e nei luoghi di lavoro" sono esonerati dalla frequenza ai corsi di formazione con verifica dell'apprendimento previsti per tutti gli altri operatori del settore. Il nocciolo duro della nuova disciplina è in questo periodo, visto che da più parti si è evidenziato che l'aspetto dell'esperienza non è stato minimamente preso in considerazione.

Al di là della facile obiezione che un giovane laureato, fresco di studi, ha appreso solo delle nozioni ma non ha ancora avuto l'opportunità di applicarle in un contesto aziendale ancorché complesso, le osservazioni che si possono muovere a tale riguardo sono riconducibili essenzialmente a due aspetti:

1) giuridico: la professionalità acquisita in un corso di tre anni, non è equiparabile a quella posseduta da un soggetto che svolge la funzione di responsabile o addetto da molti anni. In termini puramente teorici potrebbe conoscere più concetti, ma non possiede l'esperienza e non ha, soprattutto, l'addestramento e la formazione che costituiscono un solido bagaglio culturale. Il 6° comma del D. Lgs. n.195/2003, si pone in contrasto con gli artt.21 e 22 del D. Lgs. n. 626/94, nella parte in cui viene richiesta formazione ed informazione adeguata per il personale, nonché con le disposizioni contenute nel decreto in esame ed in quelle riguardanti il Servizio di Prevenzione e Protezione. Tali norme richiedono una specializzazione del personale ma anche un addestramento che non può certo essere fornito in un aula universitaria. Se ciò non bastasse, si pone anche un problema di applicazione delle norme inerenti la c.d. colpa professionale: nei confronti di chi esercita tali funzioni da svariati anni è plausibile chiedere una conoscenza approfondita di tutti i rischi presenti sul luogo di lavoro ed il come prevenirli. Ma ... *quid iuris* se a porre in essere un'azione maldestra è un giovane neolaureato con tre anni di studio alle spalle, ma senza neanche uno di addestramento? Ed ancora, l'art. 3 del D.Lgs. n.195/2003, introduce la c.d. clausola di cedevolezza con la quale chi ha espletato l'attività di addetto o di responsabile del servizio di prevenzione e protezione e dimostri di svolgere l'attività medesima, professionalmente o alle dipendenze di un datore di lavoro, da almeno sei mesi dalla data di entrata in vigore del presente decreto è tenuto a conseguire un

attestato di frequenza ai corsi di formazione di cui all'articolo 2, primo capoverso, comma 2, entro un anno dalla data di entrata in vigore del presente decreto. In pratica, il decreto è entrato in vigore il 13 agosto 2003 ed entro il 13 agosto del 2004, chi si trova nelle condizioni sopra descritte è obbligato a frequentare un corso di aggiornamento "per non rimanere fuori mercato". Molti autori sostengono che è un dazio da pagare per garantire una maggiore sicurezza nelle aziende e per tutelare la professionalità di chi opera diligentemente, rispetto a chi opera solo con certificati e carte bollate non effettuando verifiche effettive. Discorso accettabilissimo, tranne che questo ulteriore onere rischia di produrre un effetto boomerang: la caccia all'attestato per essere in regola senza ottenere un reale aggiornamento professionale.

2) logico: l'esperienza si acquisisce, come è facile intuire, sul campo e non in un'aula o su testi. La conoscenza teorica deve essere abbinata ad una pratica, che sia uno stage od un periodo di tutoraggio, altrimenti rimane tale e non rende un valido servizio a nessuno, né ai discenti di tali corsi né tanto meno ai datori di lavoro, gli uni e gli altri ne trarrebbero un inutile danno.

L'individuazione dei contenuti minimi dei corsi di formazione per l'aggiornamento dei datori di lavoro che possono svolgere direttamente i compiti propri del Responsabile del servizio di prevenzione e protezione sono riportati nel D.M. 16 gennaio 1997 e in quanto tale lo stesso decreto è ora applicabile, in via transitoria, anche ai Responsabili e agli addetti al Servizio di Prevenzione e protezione. Gli argomenti che dovranno essere trattati nei relativi corsi di formazione sono pertanto i seguenti:

- a) il quadro normativo in materia di sicurezza dei lavoratori e la responsabilità civile e penale;
- b) gli organi di vigilanza e di controlli nei rapporti con le aziende;
- c) la tutela assicurativa, le statistiche ed il registro degli infortuni;
- d) i rapporti con i rappresentanti dei lavoratori;
- e) appalti, lavoro autonomo e sicurezza;

- f) la valutazione dei rischi;
- g) i principali tipi di rischio e le relative misure tecniche, organizzative e procedurali di sicurezza;
- h) i dispositivi di protezione individuale;
- i) la prevenzione incendi ed i piani di emergenza;
- l) la prevenzione sanitaria;
- m) l'informazione e la formazione dei lavoratori.

La durata minima dei corsi per i datori di lavoro, e ora anche per responsabili e addetti al servizio di prevenzione e protezione, è dunque di sedici ore. Per coloro che già svolgono il compito di responsabili o addetti al servizio di prevenzione la clausola transitoria li esonera esclusivamente dal possesso del diploma di istruzione secondaria superiore, ma non dall'obbligo del corso di formazione. Resta inteso che coloro i quali abbiano già frequentato corsi di formazione erogati da soggetti ritenuti idonei da parte delle regioni, non dovranno frequentare ulteriori corsi.

In tal senso gli enti, istituti e aziende private che "erogano" o "hanno già erogato" in passato corsi per la formazione dei lavoratori e dei datori di lavoro, quali Responsabili del Servizio di Prevenzione e Protezione potranno essere ritenuti idonei ad effettuare corsi specifici per tale figura, purché il programma dell'insegnamento includa le materie tassativamente elencate all'art. 3 del D. M. 16 gennaio 1997, in quanto esplicitamente richiamato dall'art. 3, comma 1 del D.Lgs. n. 195/2003.

*Luigi Iavarone
Dipartimento Attività Scientifiche
e Tecnologiche - CNR*

LA SCIENZA PIANGE L'UMANESIMO NON RIDE

Valeria Addante

“**S**e dalla sera alla mattina si decidesse di passare per le armi tutti i ricercatori di fisica, chimica, matematica, biologia, credete che qualcuno si indignerebbe? Ma no, non se ne accorgerebbe nessuno!”.

“Solo gli scienziati? Neanche per sogno. Potrebbero uccidere i linguisti, i filologi, i filosofi, gli archeologi e, ugualmente, l'indifferenza regnerebbe sovrana”.

Il pessimismo realista anzidetto è espresso a due voci da Carlo Bernardini e Tullio De Mauro: il primo, uno dei grandi della fisica italiana, della generazione “tirata su” da Edoardo Amaldi nel culto di Enrico Fermi; il secondo, un linguista di fama, per una breve stagione Ministro della Pubblica Istruzione. Sia l'uno che l'altro occupano una cattedra all'Università La Sapienza di Roma.

I due firmano un libro, che in questi giorni è andato in libreria per i tipi della Laterza: *Contare e raccontare, dialogo delle due culture*. Le due culture sono quella scientifica e quella umanistica, da sempre in competizione nella bizzarra realtà italiana.

Bernardini e De Mauro sono per una ricomposizione delle culture, o meglio sono convinti che la vera innovazione nasca solo da percorsi che intersecano la ricerca scientifica e quella umanistica. Quasi una bestemmia in un'epoca che sembra aver portato al suo punto massimo l'idea di specializzazione. Ancora più strana, questa affermazione,

suona in un Paese dove l'indifferenza sembra regnare sovrana nei confronti dell'una e dell'altra cultura.

I due davvero pensano che i ricercatori italiani, a qualsiasi cultura appartengano, siano diventati “invisibili”?

De Mauro: “Certo che lo sono. Lo testimonia il disimpegno di questo Governo per la ricerca, ma anche la disattenzione di larga parte della società italiana verso la ricerca di qualsiasi tipo. È una invisibilità che poggia su solide basi. Ricordiamoci i dati delle ricerche nazionali ed internazionali sull'Italia: metà della popolazione adulta è priva di un titolo di studio superiore a quello delle elementari. L'indagine Cede Ocsce ha stabilito che il 5% degli italiani è totalmente analfabeta e che il 33% riesce a rispondere in modo sensato solo alle domande di lingua e matematica più semplici, dirette, di base.

Il 38% di analfabeti e semianalfabeti è il dato più alto di tutti i Paesi industrializzati. E ancora: l'80% degli italiani ha meno di 50 libri in casa e solo il 10% legge almeno un libro all'anno”.

Certamente a tutti è evidente che soffriamo di ritardi enormi, soprattutto rispetto agli altri Paesi che condividono la leadership scientifica mondiale. Questo fa dell'Italia e dei suoi ricercatori un paradosso.

Gli scienziati italiani godono di grandi considerazioni all'estero; sono ben inseriti nelle comunità dei fisici, dei matematici, dei genetisti, degli archeologi, ecc... In Italia non godiamo nemmeno lontanamente della stima

che riscontriamo all'estero.

Eppure, abbiamo scuole di eccellenza che stimolano a formare i giovani che vogliono vivere nel mondo della ricerca. Ma tutto questo avviene: nonostante l'indifferenza dell'opinione pubblica; nonostante l'invisibilità mediatica della scienza; nonostante la scuola italiana complessivamente intesa.

Bernardini è convinto che la cultura scolastica italiana non abbia ancora digerito il grande salto concettuale compiuto dalla scienza a cavallo tra la fine dell'800 e l'inizio del 900.

“Fino all'800 la scienza era dominata dall'astronomia e dalle prime esperienze con i fluidi. Si osservava un movimento, un pianeta, una cometa che compie una traiettoria. Tutto è molto deterministico, calcolabile, certo. Per i fluidi, si fa strada l'idea che il calore e l'elettricità si conservano sempre. Insomma, la natura veniva osservata con l'occhio deterministico allenato su queste idee. Poi arriva la grande rivoluzione del “probabilistico”. Si scopre che esistono cose intrinsecamente casuali: con quali effetti decade un atomo? Non lo possiamo sapere con certezza. Possiamo solo definire delle probabilità. Ma questo enorme salto nel pensiero dell'umanità (avversato anche da Einstein, che sosteneva che Dio non gioca a dadi) non viene spiegato a nessuno nelle nostre scuole. Si continua a studiare la scienza come se questo salto di paradigma non fosse avvenuto. Questo ritardo culturale è all'interno di un problema più generale: la scienza viene insegnata