



IL MEDICO OSPEDALIERO E DEL TERRITORIO

Testo completo del CCNL Area Dirigenza
medico-veterinaria
del Servizio Sanitario
Nazionale



Medici ospedalieri: chi siamo?

Le criticità attuali della spesa sanitaria

Medici, errori, processi: il fenomeno
“malpractice” in grande crescita



In caso di mancato receipt, rinviare al C.P.R. Roma. Romanina stampe per restituzione al mittente, previo pagamento rese.



CIC Edizioni Internazionali

SERVIZI OFFERTI DALLA CIMO AGLI ISCRITTI

A. L'INFORMAZIONE

1. IL MEDICO OSPEDALIERO E DEL TERRITORIO

Bimestrale, è l'organo ufficiale di CIMO-ASMD, inviato ad ogni iscritto. Indirizzi errati, cambi d'indirizzo, ecc., vanno segnalati alla Segreteria Nazionale. Via Nazionale 172. 00184 ROMA sede.nazionale@cimoasmd.it

2. IL GRANDANGOLO

Quaderni di cultura sanitaria. È la rivista trimestrale del Centro studi "Ercole Bruno", inviata ai dirigenti CIMO-ASMD ed agli iscritti che ne fanno richiesta alla Segreteria Nazionale.

3. SITO INTERNET www.cimoasmd.it

Il sito internet sul quale si possono trovare tutte le informazioni relative alle novità sindacali, all'attività ed all'organizzazione della CIMO-ASMD; dal sito si possono inoltre scaricare tutti i documenti ufficiali (i decreti ministeriali, il contratto di lavoro, atti d'indirizzo, ecc.) ed i commenti della CIMO-ASMD. L'accesso è libero, senza necessità di alcuna password. Alcune Regioni hanno attivato propri siti dedicati alle problematiche ed all'attività locale, ai quali si può accedere anche dal sito nazionale.

4. www.ilnuovomedico.it

Settimanale di notizie e approfondimenti sanitari. Può essere richiesto l'invio e-mail.

5. LETTERA INFORMATIVA

Newsletter del Presidente Nazionale sulle "novità" politico-sindacali e legislative, inviata ai dirigenti periferici del sindacato. È consultabile e scaricabile dal sito.

6. EDITORIALE CIMO-ASMD

CIMO-ASMD cura, in collaborazione con CIC Edizioni Internazionali, la pubblicazione di numerosi volumi di interesse sanitario.

B. I SERVIZI

1. SERVIZIO QUESITI

Il dott. Carlo Sizia fornisce risposte alle richieste di pareri su problemi sindacali, inviate, complete di tutte le informazioni necessarie, alla Segreteria Nazionale CIMO-ASMD, Via Nazionale 172 - 00184 Roma (Fax 06/6780101; E-mail: sede.nazionale@cimoasmd.it). Per una risposta più rapida si consiglia di indicare il numero di fax personale o la propria e-mail.

2. SERVIZIO DI ASSISTENZA LEGALE CIMO-ASMD

Il servizio di tutela legale per le controversie di lavoro degli iscritti CIMO-ASMD è affidato alle singole Federazioni Regionali CIMO-ASMD; l'iscritto deve quindi rivolgersi alla propria Segreteria Regionale per accedervi.

3. VERIFICA BUSTA PAGA E CALCOLO PENSIONE TEORICA

Per richiedere tale servizio occorre inviare, alla CIMO-ASMD, Via Btg Val Leogra, 38/r. 36100 Vicenza (tel. 0444/966131; fax 0444/964265), la seguente documentazione: a) fotocopia busta paga attuale; b) stato di servizio, o dichiarazione con precisa indicazione di tutti i periodi e qualifiche ricoperti; c) scheda relativa ad inquadramento economico in atto (stipendio, IIS, ISM, RIA, salario di posizione e risultato); d) in caso di passaggio di qualifica presso ente o enti diversi: produrre anche la scheda d'inquadramento economico nella qualifica di provenienza, con indicazione delle anzianità; e) in caso di verifica stipendio con riferimento a tutti i servizi resi: produrre tutte le schede di inquadramento disposte in applicazione dei vari accordi di lavoro. La risposta richiede almeno 30 giorni dal ricevimento della documentazione completa.

4. SERVIZI DI PATRONATO E ASSISTENZA FISCALE

Convenzione con il Patronato S.I.A.S.

Servizio di assistenza e di consulenza tecnica medico-legale, gratuito agli iscritti CIMO-ASMD ed ai loro familiari, per il conseguimento delle prestazioni di qualsiasi genere, previste dalla normativa regolante la previdenza, la quiescenza e la malattia professionale, fornite dai vari Enti (INPDAP, INAIL, INPS, ecc.), nonché l'assunzione del patronato nelle opportune sedi giurisdizionali.

L'iscritto, e/o il suo familiare, può recarsi direttamente, dichiarando di essere associato CIMO-ASMD, presso la sede del patronato della sua città, i cui indirizzi sono reperibili presso le segreterie regionali e/o provinciali CIMO-ASMD oppure sul sito internet www.mcl.it/SIAS/SediSIAS.htm.

Convenzione con i CAF MCL

Presso tutte le sedi periferiche dei Centri di Assistenza Fiscale MCL, gli iscritti CIMO-ASMD possono ottenere gratuitamente il visto di conformità al modello 730 già compilato oppure l'assistenza alla compilazione ed all'elaborazione del modello stesso, pagando una tariffa convenzionata. Il CAF è in grado di dare assistenza anche nella compilazione del modello Unico e nella denuncia ICI.

Il recapito del CAF della propria città può essere richiesto alla propria segreteria regionale, oppure sul sito www.cafmcl.it/.

5. FORMAZIONE

CIMO-ASMD offre a tutti i propri iscritti l'adesione alla S.P.E.ME, una Società scientifica che consente loro di partecipare, gratuitamente o con forti riduzioni, agli eventi formativi, accreditati E.C.M. da questa organizzati. Il calendario è disponibile sul sito: www.speme.it.

C. LE CONVENZIONI

1. LA COPERTURA ASSICURATIVA R.C. PROFESSIONALE

È stata attivata una nuova convenzione con Previmed, che potete trovare sul sito www.previmed.it. Per avere informazioni sulle condizioni di polizza e le modalità di adesione contattare la propria segreteria regionale o la sede nazionale della CIMO.

2. FONDO DI PREVIDENZA CIMO-ASMD VENETO

È un fondo di previdenza (per i rischi morte, invalidità temporanea o permanente) attivato da CIMO-ASMD Veneto dal giugno 1995, cui possono aderire volontariamente (al costo di 185,92 euro/anno, versato tramite bonifico bancario) anche gli iscritti CIMO-ASMD di altre Regioni. Per informazioni rivolgersi al dott. Marco Frezzato: tel. 347.2301870.

3. CONVENZIONE CON NEOS BANCA (già Finemiro Banca) GRUPPO SAN PAOLO IMI-INTESA

Tutti gli iscritti CIMO-ASMD possono ricevere una **carta di credito MasterCard-CIMO-ASMD** con un massimale fino a 1.600,00 euro, **gratuita per sempre**, per sé ed i propri familiari (per affidamenti superiori la spesa annuale è comunque inferiore a quella delle altre carte bancarie).

La carta ha, tra gli altri, il vantaggio di poter essere utilizzata per l'acquisto di carburante e per il pagamento dei pedaggi autostradali senza costi aggiuntivi.

Per ogni chiarimento o problema occorre rivolgersi a **NEOS Banca Punto Informativo di Firenze. Via Pratese 201. 50145 FIRENZE Tel. 055 302331 Fax 055 3023350** (e-mail: finemiro_firenze@soficre.it).

NEOS Banca offre, inoltre, agli iscritti CIMO-ASMD altri servizi finanziari a condizioni particolari, tra i quali il mini mutuo sulla busta paga, leasing e NoloPass (noleggio a lungo termine con servizio di assistenza globale) di autovetture. Ulteriori informazioni possono essere reperite sul sito www.finemiro.com.

4. CONVENZIONI CON ALBERGHI

Bettoja Hotels

Centro Prenotazioni
Tel. 06.4814798 Fax 06.4824976
E-mail: hb@bettojahotels.it
www.bettojahotels.it

Hotel Mediterraneo **** superiore

Via Cavour 15. 00184 Roma
Tel. 06.4884051

Hotel Massimo D'Azeglio ****

Via Cavour 18. 00184 Roma
Tel. 06.4870270

Hotel Atlantico ****

Via Cavour 23. 00184 Roma
Tel. 06.485951

Hotel Nord ***

Via G. Amendola 3. 00185 Roma
Tel. 06.4885441

Hotel Relais Certosa ****

Via Colle Ramole, 2. 50124 Firenze
Tel. 055.2047171
Sconto del 25% sulla tariffa ufficiale

StarHotels

Tariffe particolari per gli iscritti CIMO-ASMD in tutti gli alberghi della catena. Le prenotazioni devono avvenire esclusivamente attraverso il numero verde 800860200 identificandosi come iscritti CIMO (codice CIMOAS)

Hotel Bonifacio ***

Via B. Lupi 21. 50129 Firenze.
Tel 055 4627133/4 Fax 055 4627132
E-mail hbfflorence@hotelbonifacio.it
www.hotelbonifacio.it.
Sconto 10%

Hotel La Conchiglia Best Western *** Sup

Via Indipendenza, 52. 84064 Palinuro.
Tel 0974 931018 Fax 0974 931030
www.hotellaconchiglia.it
Sconto 19%

5. CONVENZIONE CON TIM TELECOM ITALIA MOBILE

CIMO-ASMD ha definito un'intesa commerciale con TIM, che prevede tariffe scontate a tutti gli iscritti per il traffico di telefonia mobile in abbonamento, sviluppato da voce, servizi a valore aggiunto e trasmissione dati, offrendo sconti progressivi al raggiungimento di volumi di traffico da parte di tutti gli utenti collegati nel gruppo CIMO.

Per ulteriori informazioni occorrerà rivolgersi alla sede nazionale CIMO-ASMD che provvederà ad inviare i moduli di adesione e le condizioni dell'accordo.

6. SERVIZI DI AUTONOLEGGIO CON CONDUCENTE

CIMO-ASMD ha concordato con IP CAR Service una tariffa di 40,00 € per il trasferimento da o per aeroporto Fiumicino - Roma centro. Per prenotare l'auto telefonare al 3475099711.

7. CONVENZIONE CON CLUBMEDICI

Tariffe particolari a tutti gli iscritti CIMO-ASMD che usufruiranno delle offerte di Clubmedici (tutte le info su www.cimoasmd.it e su www.clubmedici.it)

8. CONVENZIONE CON ASSIMEDICI

La CIMO-ASMD ha siglato una convenzione con Assimedici, nota compagnia di assicurazione per il Comparto Medico. Tutte le info su www.cimoasmd.it e su www.assimedici.it



ASSOCIAZIONE
SINDACALE
MEDICI
DIRIGENTI

IL MEDICO OSPEDALIERO E DEL TERRITORIO



ANNO VI (NUOVA SERIE) - N. 6 - NOVEMBRE/DICEMBRE 2008

Direttore

Carlo Sizia

Direttore responsabile

Raffaele Salvati

Collaboratori e consulenti

Rubriche speciali

Carlo Cabula, Umberto Celotto, Maurizio Dal Maso, Gian Carlo Faletti

Comitato di redazione

Carlo Sizia, Mario Colucci, Daniele Amoruso, Stefano Biasioli, Giancarlo Cannella, Rosario Cannizzo, Alberto Catalano, Giulio Cecchini, Luigi Cucugliato, Mario Ferrara, Enrico Hüllweck, Mario Manca, Luciano Mulas, Pierantonio Muzzetto, Antonio Paddeu, Michele Poerio, Ermanno Scognamiglio, Ivo Spagnoli, Renzo Tarchini

Produzione editoriale

Lorenza M. Saini
Progetto grafico Grazia Mannoni
Impaginazione Osvaldo Saverino

Area pubblicità

Roma: Patrizia Arcangioli
arcangioli@gruppcic.it

Area marketing e sviluppo

Antonietta Garzonio: garzonio@gruppcic.it

CIC Edizioni Internazionali s.r.l.

Direzione, redazione e amministrazione:
Corso Trieste, 42 - 00198 Roma
Tel. 06 8412673 - Fax 06 8412688
e-mail: info@gruppcic.it - www.gruppcic.com
Area Nord Italia: Via Matteotti, 52/a
21012 Cassano Magnago - Varese
Tel. 0331 282359 - Fax 0331 287489

Aut. Trib. di Roma n. 709/02 del 30/12/2002
R.O.C.: 6905/28541

Stampa: Litografica '79 srl - Roma
Finito di stampare nel mese di novembre 2008

Copia omaggio.

Il giornale viene inviato da CIMO-ASMD ai propri iscritti.

Ai sensi del Decreto Legislativo 30/06/03 n.196 (Art. 13) informiamo che l'Editore è il Titolare del trattamento e che i dati in nostro possesso sono oggetto di trattamenti informatici e manuali; sono altresì adottate, ai sensi dell'Art. 31, le misure di sicurezza previste dalla legge per garantirne la riservatezza. I dati sono gestiti internamente e non vengono mai ceduti a terzi, possono esclusivamente essere comunicati ai propri fornitori, ove impiegati per l'adempimento di obblighi contrattuali (ad es. le Poste Italiane). Informiamo inoltre che in qualsiasi momento, ai sensi dell'art. 7, si può richiedere la conferma dell'esistenza dei dati trattati e richiederne la cancellazione, la trasformazione, l'aggiornamento ed opporsi al trattamento per finalità commerciali o di ricerca di mercato con comunicazione scritta.

Il contenuto degli articoli rispecchia esclusivamente l'esperienza degli autori. La pubblicazione dei testi e delle immagini pubblicitarie è subordinata all'approvazione della direzione del giornale ed in ogni caso non coinvolge la responsabilità dell'editore.

Ogni possibile sforzo è stato compiuto nel soddisfare i diritti di riproduzione. L'editore è tuttavia disponibile per considerare eventuali richieste di aventi diritto.



© Copyright 2008

CIC Edizioni Internazionali

ASSOCIATO A:

A.N.E.S.

ASSOCIAZIONE NAZIONALE
EDITORIA PERIODICA SPECIALIZZATA



CONFINDUSTRIA

Editoriale

Medici ospedalieri: chi siamo?	4
Tra federalismo sanitario e costo standard	6

Attualità

La scuola problematica	10
Non è tempo di lasciarsi vincere dalla depressione	12

Libera professione medica

La storia della libera professione medica	14
---	----

Rapporto ospedale e territorio

Le nuove frontiere dell'assistenza domiciliare integrata	18
--	----

Economia e sanità

Le criticità attuali della spesa sanitaria	21
--	----

L'angolo della specialità

La comunicazione medico-paziente in oncologia (parte seconda)	23
---	----

La parola agli avvocati

Parere dell'avvocato Fabrizio Scagliotti sull'art. 72 c.11, L. 133/2008	25
---	----

Previdenza medica

Passaggio del sistema retributivo al sistema contributivo	26
Le novità previdenziali della legge 6 agosto 2008, n. 133	27

Storie di ordinaria dis-funzione

Quanto vale un sindacato	28
--------------------------	----

Rischio professionale e tutele

Medici, errori, processi: il fenomeno "malpractice" in grande crescita	32
--	----

Notizie e commenti brevi

	35
--	----

Il Direttore risponde

	38
--	----

Documenti 6/2008

Contratto collettivo nazionale di lavoro dell'Area Dirigenza medico-veterinaria del Servizio Sanitario Nazionale.
Parte normativa quadriennio 2006-2009 e parte economica biennio 2006-2007

MEDICI OSPEDALIERI: CHI SIAMO?



È un dato di fatto: i medici ospedalieri sono da almeno 15 anni nel mirino dell'opinione pubblica e dei mass media. Il riferimento preciso è proprio ai medici che lavorano in ospedale e non, genericamente, ai medici del SSN. Solo gli ospedalieri, infatti, sono sotto scacco; di certo non lo sono i medici di famiglia, i pediatri di libera scelta, i medici dei distretti.

Se la sono presa con i camici svolazzanti nelle corsie e solo con quelli. Non solo, ma mentre alcuni decenni fa Alberto Sordi creava la "macchietta" del medico della mutua, oggi una serie televisiva italiana descrive la vita ospedaliera con toni così cupi da creare, nella gente comune, un clima di sospetto, sfiducia e addirittura di paura nei confronti del nostro mondo.

Negli USA, la medicina televisiva è passata da Mash ad ER ed infine al dott. House, umanamente antipatico ma professionalmente "taumaturgico". In Italia, la telenovela ospedaliera è una specie di horror, perché le corsie sarebbero piene di camici bianchi ignoranti e colpevoli e di équipe mediche prive dello spirito di gruppo e piene di rivalità e di odio: tese più a nascondere i continui errori che a svolgere in modo corretto la loro attività professionale.

In Italia la sanità pubblica è, ancor oggi, migliore di quella garantita dalla maggior parte dei Paesi dell'OCSE, eppure i medici pubblici sono visti sotto una cattiva luce. Chiediamocene il perché.

Trent'anni dopo la prima riforma sanitaria (L. 833/78), non si può non constatare che la pretesa cattocomunista di garantire agli italiani la salute in modo gratuito ed universale, è fallita. L'Italia, lunga e stretta, è piena di sanità

eccellente e di sanità mediocre; il cittadino medio del Centro-nord è, sanitarmente parlando, certamente più tutelato di quello del Centro-sud. Infatti nel Centro-sud l'organizzazione sanitaria è – ancora nel 2008 – largamente carente, con terrificanti sprechi di denaro pubblico. Inoltre il federalismo incompleto e sette Regioni "canglia" hanno minato i presupposti ideologici della riforma del 1978. E così la spesa sanitaria privata è esplosa rispetto ai tempi dell'INAM, ed è destinata a crescere ulteriormente. Nessuno sa, oggi, quale sarà l'impatto del federalismo fiscale "alla Calderoli" sulle sanità regionali.

I cittadini, comunque, si fidano sempre meno del SSN, come è dimostrato dal formidabile aumento delle polizze sanitarie integrative. Chi può si tutela con un'assicurazione sanitaria personale, che gli consenta di scegliere sia il professionista medico che, al bisogno, una struttura sanitaria affidabile e confortevole.

Non sappiamo se il SSN farà la fine di quello inglese, pieno (lo dicono le cronache) di insetti di vario genere... Di una cosa siamo però consapevoli: che il capitale umano costituisce "il cuore" di ogni azienda. Questa regola non vale, evidentemente, per il nostro SSN, i cui professionisti sono costantemente bastonati, senza tregua.

Mancano norme di legge (codice civile e penale) adatte ad una sanità moderna, sempre più estrema e sempre più circondata da aspettative miracolistiche. Manca una cultura sanitaria collettiva che accetti sia la morte (naturale o per malattia), che i limiti della medicina stessa.

Anni di disinformazione mediatica hanno provocato, nella gente comune, una diffusa sfiducia verso l'atto medico, da chiunque espletato. Quaranta anni fa la gente si fidava del medico: fosse quello di famiglia o quello ospedaliero. Oggi il cittadino medio non si fida più del camice bianco ma, paradossalmente, ricerca fiducioso risposte sanitarie impossibili da parte di maghi e cartomanti.

Il medico, sceso dal trono, è diventato "operaio" della medicina, cui si contestano diagnosi (giuste o sbagliate), procedure e terapie (semplici o difficili), i risultati delle cure (largamente ritenuti inadeguati).

Il mondo della medicina, d'altra parte, non ha saputo comunicare ai pazienti (anzi, all'italiano medio) pregi e difetti della nostra sanità. Il mondo della medicina e della politica ha disorientato la gente con le continue modifiche organizzative delle strutture. I malati hanno perso progressivamente i riferimenti certi: dalle figure gerarchiche e

Stefano Biasoli

carismatiche del “primario” e degli “aiuti” si è passati al dirigente sanitario indistinto, tutti operatori in camice bianco, senza differenze tra medici e non e senza una evidente gerarchia.

“Chi comanda, qui?”, “Qual è il primario?": sono domande frequenti, non banali, perché espressione di un'organizzazione non facilmente compresa dall'italiano medio. Comunicazione carente; rottura della aprioristica fiducia verso il professionista; aumento delle conoscenze medie in tema di medicina; quotidiane notizie di malasanità, vera o presunta; astio crescente contro le lungaggini delle liste di attesa; carenze organizzative di vario tipo; ticket; percorsi tortuosi per ottenere l'accesso alla diagnostica e/o alle varie terapie: ecco alcune delle ragioni del malessere. La politica ha accumulato errori su errori: dal D.P.R. 761/79 (che non ha riconosciuto il ruolo del medico) ai decreti legislativi 502/92 e 229/99, con tutte le modifiche successive. Sono stati errori di impostazione, errori di strategia, errori di comunicazione.

Gli effetti sono sotto gli occhi di tutti: l'invasione della politica in ogni scelta amministrativa e gestionale; l'interferenza della politica nella scelta dei professionisti, soprattutto medici. Oggi il malato non ha certezze sulla competenza del medico che lo visita: qual è la sua preparazione, qual è il suo ruolo, in quella certa équipe? È uno dei tanti, anonimi, “precari”, oppure è un medico stabilizzato? È un medico “sponsorizzato” da qualche Partito, un amico della troika gestionale, o è stato scelto per i suoi veri meriti professionali? E, infine, quell'équipe medica è solida e solidale, oppure è sgangherata e zeppa di competitori al suo interno?

Nell'Italia di oggi c'è un diffuso astio nei confronti di chi lavora nella pubblica amministrazione: in Sanità, come nei Ministeri, nelle Regioni, nelle Province, nei Comuni. C'è anche diffusa sfiducia verso chi insegna, verso chi deve controllare e verso chi cura. Il medico subisce una sorte analoga a quella degli insegnanti, ma nel suo caso le contestazioni sfociano in processi infiniti, devastanti sul piano personale e sulla dinamica di gruppo.

Da 15 anni predichiamo, invano: sulla necessità di nuove regole (legislative) e di nuove prassi sul rischio clinico, nonché sulla necessità di una nuova comunicazione tra medico e paziente. Una comunicazione “vera” che implica, da parte di entrambi, una disponibilità di tempo e di ascolto, con conseguente modifica dell'organizzazione del

lavoro e con riposi reali, dopo la turnazione e la guardia notturna.

I medici ospedalieri sono stati invece lasciati soli, stretti (come sono) tra compiti professionali ed obblighi dirigenziali. Soli, rinchiusi come sono tra norme contrattuali teoricamente chiare e garantiste e norme di legge che massacrano, d'imperio, le regole pattizie e la carriera.

Il riferimento esplicito è agli artt. 70, 71 e 72 della legge 133/08, potenti grimaldelli capaci di scardinare ciò che resta del S.S.N. “equo, solidale, universale e gratuito” del 1978. Il pensionamento coatto di migliaia di medici con 40 anni di contributi e 60 anni di età accelererà la fuga dei medici professionalmente preparati verso il privato, verso la libera professione pura, verso la pace di un pensionamento “giovane”. In pochi mesi avremo un massiccio ricambio di figure mediche, con immissione di una nuova generazione di neolaureati, con limitata esperienza e ricchi solo di tanta teoria.

Ma, per motivi economici, centinaia di pensionati potrebbero non essere rimpiazzati, con ovvie conseguenze sulla efficienza e qualità dei servizi resi. Tra le molte, l'ulteriore allungamento delle liste di attesa e la crescita della disistima verso il S.S.N.

Questo Governo pare avere individuato soluzioni possibili della questione Alitalia. Non siamo certi che sia in grado di affrontare e risolvere le criticità attuali del S.S.N.: l'organizzazione (regionale?); il federalismo sanitario; la politica del personale; il cronico sottofinanziamento; gli sprechi e le diseconomie; le liste di attesa; le tariffe; la carriera dei medici; il contenzioso legale; l'esplosione delle cronicità; il costo micidiale delle terapie acute; il pericoloso miscuglio tra assistenza sanitaria e tutela sociale dell'individuo e della famiglia; le malattie mentali e le disabilità; l'approccio equilibrato alle nuove frontiere della bioetica, dalla fecondazione artificiale alle terapie del fine-vita, ecc. A nostro parere, questo Governo dovrebbe elaborare ed attuare tre grandi progetti (sul tipo dei “piani Marshall” di storica memoria) per: i trasporti, la casa, la sanità. Solo così l'Italia eviterebbe la stagnazione, economica e morale. Perché è immorale non tutelare i deboli, poveri o malati che siano.

Ma un dubbio sorge spontaneo: la nostra politica, i nostri politici, sono attrezzati, oggi, per un impegno così titanico?

TRA FEDERALISMO SANITARIO E COSTO STANDARD

Stefano Biasoli

Gettate le basi per una soluzione, ci si augura definitiva, dell'annoso problema Alitalia, il Governo ha messo le mani sul federalismo, varando un DDL abbastanza generico che dovrà essere convertito in testi concreti, attraverso successivi decreti delegati. Tempi, temi e modalità del federalismo fiscale sono – oggi - estremamente incerti. Il tempo (24 mesi?) dirà se la sequenza normativa ed applicativa di questo DDL ricalcherà o meno quello della riforma 502/92, ancora incompiuta dopo 16 anni abbondanti. Il federalismo fiscale interessa a noi medici ed a chi opera in sanità perché – citiamo testualmente dal Prof. Mario Bertolissi – “la sanità è il punto nevralgico del sistema pubblico italiano ... ed il federalismo fiscale è un effetto della Sanità”.

È una riflessione fondamentale perché se il FSN (fondo sanitario nazionale) costituisce circa il 7% del PIL e vale il 70-83% della spesa regionale e se nel corso degli anni (nonostante il pesante aumento dei finanziamenti) il bilancio della sanità nazionale ha accentuato il suo deficit cronico, ora le criticità del settore dovranno – finalmente – essere affrontate e risolte.

Federalismo fiscale come effetto della sanità, quindi. Federalismo fiscale anche come soluzione dei maxi-deficit delle 7 Regioni “canaglia”.

Non è possibile continuare (Sacconi, 23/7/08) con il pagamento a piè di lista dei cronici sforamenti di bilancio sanitario, occorre passare ad un finanziamento regionale basato sul costo standard delle prestazioni. Dall'epoca, dalla mania, dei DRG passeremo – oggi – alla parola d'ordine “costo standard”? Da 3 mesi, sui giornali economici e su quelli di settore, sono comparsi decine di articoli dedicati a questo tema.

Noi vorremmo qui sottolineare alcuni aspetti particolari. La salute è un bene primario dell'uomo, un valore fondante per la nostra Costituzione.

Il “valore salute” non potrà non restare tema primario per lo Stato: primario anche se la sua gestione sarà, sempre di più, affidata alle singole Regioni.

Allo Stato spetta e spetterà di definire una serie di regole all'interno di un quadro nazionale, mentre alle Regioni verrà affidato il pesante mandato di utilizzare al meglio le risorse sanitarie, sia quelle “proprie” (originate cioè dal territorio di riferimento) che quelle “altrui”, frutto di un federalismo solidale.

Ma la solidarietà non può mascherare il piè di lista, nè può essere di durate indefinita.

Alle Regioni spetterà, quindi, il compito di usare al meglio le risorse, di non coprire l'inefficienza e di incentivare i “buoni operatori” (Bertolissi).

La logica dei DRG e delle tariffe ha contribuito a creare, sia nei medici che negli operatori sanitari in genere, la coscienza del costo dei singoli atti sanitari, delle diverse Unità operative, delle ASL e delle AULSS.

La cosiddetta aziendalizzazione ha portato ad una maggior responsabilizzazione degli attori del sistema, ma con risultati – purtroppo – disomogenei, soprattutto al Centro-Sud. Lo testimoniano i numeri e le vicende politico sanitarie di questi mesi: nel Lazio, in Campania, in Abruzzo, in Calabria. Ma non solo...

Lo spreco di risorse e le sacche di inefficienza non possono essere ulteriormente consentite. “Nel DNA del SSN va valorizzato il principio di responsabilità, ancora oggi – spesso – trascurato” (Bertolissi).

Non è più possibile l'accettazione passiva dei rimborsi a piè di lista nei confronti di soggetti inadempienti ed inaffidabili sul piano economico. Ancora una volta (CdM del 3/10/08) sono stati concessi denari a fondo perduto sia al comune di Catania che alla Sanità laziale, perché? Perché viviamo in un Paese strano, nel quale un organismo, teoricamente asettico e super partes come la Corte Costituzionale, ha affermato che la Regione Veneto non ha alcun interesse nei confronti dei 3 miliardi regalati alla Sanità laziale perché (semplifichiamo Ndr) sono “soldi nazionali”.

E con logiche perverse come questa che l'Italia ha accumulato il suo spaventoso debito pubblico. A noi viene da pensare che l'art. 119 della Costituzione sia rimasto lettera morta, per lunghissimi decenni. Nessuno, comunque, può negare una verità. Quella che questo Paese ha l'esigenza, immediata ed assoluta, di spendere meglio in ogni campo, anche in quello sanitario: soprattutto nelle famose 7 Regioni che poco o nulla hanno fatto, dal 1996 ad oggi, per assestare i conti sanitari. La sanità e la salute sono valori da salvaguardare, con comportamenti corretti, trasparenti, controllabili e comparabili. Ancora una volta, occorre riaffermare la relazione profonda che esiste tra etica e sanità.

Gli sprechi sanitari rendono iniqua la sanità, soprattutto

segue a pag. 8

NELLA TERAPIA DELLE LESIONI CUTANEE

Katoxyn[®]

BOMBOLA SPRAY - POLVERE ASPERSORIA

*Argento metallico
catadnico micronizzato
ad azione antibatterica*

- Contiene argento chimicamente puro che non viene assorbito.
- Non induce resistenze batteriche, intolleranza, assuefazione.
- Riduce i tempi di guarigione.
- Non unge, non macchia la cute e la biancheria.



DEVERGÈ M.&M. - TORINO

C.so Casale, 206 - Tel. 011.89.93.844 r.a. Fax 011.89.95.514 e-mail: deverge@itbox.net

segue da pag. 6

nelle Regioni più povere, più disorganizzate, più “lasse” nei controlli. La contabilità sanitaria testimonia che i precedenti patti per la salute sono falliti, quantomeno in 7 Regioni.

Tutte le altre si sono variamente sforzate di mettersi in linea di galleggiamento, quelle 7 no: confidavano che il rimborso a piè di lista fosse sempiterno, ma “La festa, anche sanitaria, è finita”, sostiene Bertolissi.

La festa è finita ma i valori vanno salvaguardati. Va protetta e garantita la prima parte della Costituzione, quella che regola i principi cardine di una società civile. Stretti tra stagflazione (gli economisti sono fantasiosi!) e debito pubblico immenso, gli italiani stanno giocando la partita finale del campionato OCSE. Quelle 7 Regioni citate, in 4 anni, hanno prodotto un deficit colossale: almeno 9,5 miliardi di euro.

Nella teoria i loro conti erano in ordine. Ma quei conti erano invece falsi (Bertolissi) e basati su dati non comparabili. Come evitare che questi comportamenti si ripetano? Con regole chiare e rigide; con controlli automatici, frequenti ed esterni al sistema; con un approccio contabile diverso; con il riordino dell'intero settore amministrativo sanitario; con il ricorso al costo-standard per prestazioni identiche.

Le soluzioni proposte non sono di chi scrive ma del Ministro Sacconi (23/07/08). La parola d'ordine del Ministro del Lavoro e della Salute è quella di “non ripianare ma di troncane i comportamenti sbagliati”, ricorrendo alla leva fiscale integrativa regionale (in caso di debito) ed al commissariamento della Regione (in caso di mancata e drastica correzione della spesa sanitaria).

Fin qui, Sacconi. Ma il Ministro ben sa che regole siffatte sono presenti nella legislazione sanitaria fin dal 1992. La cronaca, però, conferma che poche volte – e solo per situazioni estreme – si è arrivati al commissariamento regionale, con nomina di commissari “esterni” al sistema. Non lo si è fatto (ad esempio) in Campania, ma solo nel Lazio ed in Abruzzo, dopo mille tentennamenti.

Sacconi ha ripetutamente affermato: che crede allo stato sociale di diritto; che vuole porre uno stop al possibile declino sanitario; che il SSN deve realizzare un mix tra responsabilità personale, solidarietà e volontariato; che solo il passaggio dal costo storico al costo standard può favorire un riequilibrio del sistema; che occorre ottimizzare le risorse anche con il taglio dei piccoli ospedali, soprattutto al Sud (Sacconi, 30/09/08), Convegno Sanità di FI/PDL, Roma).

Si tratta di affermazioni nette e di impegni precisi, da parte di un Ministro “di peso” all'interno del più forte Governo che mai abbia avuto questa Repubblica.

E le affermazioni del Ministro veneto ricordano quelle del

Governatore Draghi (31/05/08) che – dopo aver ricordato che al Sud erano state date “risorse imponenti” – aveva affermato che il federalismo fiscale è uno stimolo di efficienza e di gestione delle priorità. “La perequazione è un atto politico ma l'uso delle risorse deve essere trasparente perché lo squilibrio economico viene posto a carico dei cittadini di quella certa rRegione”.

Facile a dirsi, più difficile a farsi. Il diritto alle cure (ex art. 32 della Costituzione) rischia di infrangersi contro i limiti di spesa (nazionali e regionali) e contro l'assioma che la spesa va rapportata alla capacità contributiva delle singole Regioni (ex art. 53 Costituzione, nonché D.Lgs. 502/92 e successive modifiche).

DALLA SPESA ALLE REGOLE GESTIONALI

In questo Paese avvengono le cose più strane. Tra queste, l'interpretazione delle regole relative al ruolo ed ai compiti del direttore generale (DG) nelle aziende sanitarie. In pochi anni la Corte Costituzionale (C.C.) ha cambiato idea sul ruolo e sulle fusioni dei D.G.: da dirigenti con rapporto fiduciario con la Regione (quindi rimuovibili se tale fiducia viene persa) a soggetti con funzione tecnico professionale, quindi non rimuovibili senza una concreta verifica del loro risultato. È la sentenza n° 104/2007 della C.C., che così sancisce la totale autonomia dei D.G., nominati che siano dal Governatore regionale. E il modello toscano? È o non è in linea, nella prassi e nella sostanza, con questa sentenza?

E che dire degli aspetti relativi al personale sanitario ed al modello burocratico-amministrativo? L'art.98 della Costituzione afferma che “il pubblico dipendente è al servizio della Nazione”. Fino al 1990 la Corte Costituzionale vedeva nel pubblico ufficiale l'articolazione delle competenze e dell'organizzazione del lavoro e nella graduatoria concorsuale una garanzia di imparzialità.

Oggi l'aziendalizzazione e la pseudoprivatizzazione del personale sanitario hanno significativamente modificato i principi costituzionali (Giovanni Sala). L'organizzazione aziendale è basata su un atto di diritto privato e la gestione del personale è analoga a quella delle aziende private, ossia svincolata dalle regole rigide del pubblico ufficio e basata frequentemente su interpretazioni soggettive delle norme e delle regole contrattuali. Conseguenza inevitabile: la flessibilità del rapporto di lavoro, con un'ulteriore complicazione prodotta dal D. Lgs. 165/2001 (art. 63) che suddivideva le competenze relative alla giurisdizione del lavoro tra giudice amministrativo (cui spetta la tutela concorsuale) e giudice ordinario (cui competono i restanti aspetti).

Da ciò, un netto cambiamento della tutela lavorativa, a partire dalla normativa concorsuale. Recenti sentenze della Cassazione hanno stabilito, infatti, che le attuali modalità

di assunzione a tempo indeterminato non siano concorsi (perché identificano gli idonei e non producono una graduatoria), e che pertanto – in merito – la competenza spetti al giudice ordinario. Con un ovvio effetto: la riduzione della tutela individuale perché il Giudice ordinario verifica solo il rispetto degli aspetti formali (procedure) e non la sostanza degli atti (titoli e capacità professionali).

“Il giudice civile non è preparato ad affrontare i problemi legati alla pseudoprivatizzazione del personale sanitario” (M. Fracanzani). Da ciò, sentenze tra loro contraddittorie, con interpretazioni fantasiose della normativa sanitaria e delle regole contrattuali. Un tema, su tutti: l’effettuazione di lavoro aggiuntivo durante le giornate di ferie o di riposo, interpretato di volta in volta come truffa, danno erariale, danno dell’immagine aziendale (Corte dei Conti del Veneto n°238/02 e 340/03).

Un ulteriore tema: la mancata applicazione, in numerose aziende venete, della DGRV n° 2464/06, relativa alle linee guida regionali sull’organizzazione del lavoro, guardie e pronte disponibilità incluse.

Ancora: l’interpretazione difforme del Giudice ordinario in tema di aziende miste, appalti esterni di servizi, assunzione di personale, compensi agli amministratori, ecc.

CONCLUSIONE

Dopo 30 anni, il Servizio sanitario nazionale (SSN) risulta largamente disomogeneo per costi, organizzazione, qualità, prestazioni erogate, tempi di attesa, risposta all’emergenza.

Si è passati da un rapporto di impiego di tipo pubblico (ovvero omogeneo per tutte le pubbliche amministrazioni; art. 47 Legge 833/78) ad un rapporto privatizzato, flessibile e contrattualizzato. Si è passati dall’assunzione “al posto” a quella di “tipo funzionale”; da una gerarchia medica rigida (D.P.R. 761/79) a due livelli dirigenziali (D.Lgs. 502/92) ed infine ad un unico livello dirigenziale, articolato per funzioni professionali e per aspetti gestionali (D.Lgs. 229/99).

Ne è derivato un assetto professionale confuso, poco condiviso ed applicato in modo disomogeneo nelle diverse realtà aziendali, anche all’interno della stessa Regione. Contratti di lavoro (5/12/96; 8/6/00; 5/11/05; 1/08/08) largamente disattesi (si pensi agli incarichi) sia a livello regionale che aziendale, nonostante la presenza di un TAVOLO DI CONFRONTO REGIONALE.

Identificati i problemi, conosciamo anche le soluzioni. Innanzitutto, nuove politiche del personale in grado di premiare realmente i percorsi professionali, la qualità e la funzionalità. Il coinvolgimento dei professionisti, per risolvere non solo le nuove sfide organizzative della medicina moderna (ADI, DH, DS, specialistica territoriale,

Dipartimenti, Aree vaste, etc.) ma anche il conflitto (sempre meno latente) tra autonomia gestionale e ruolo professionale. L’attenzione ai risultati, prima ancora che ai costi. L’identificazione del rischio clinico individuale.

Il percorso formativo (ECM e non ECM) specialistico, all’interno di una programmazione relativa ad una nuova distribuzione regionale della specialistica. Gli ospedali per intensità di cure. Il ripristino della gerarchia, pur in un sistema organizzativo basato sul confronto.

Problemi e soluzioni implicano un confronto tra i diversi interessi, tra agonisti ed antagonisti.

Confronto, reale e leale. Le risorse sono la benzina, ma la macchina non si muove in assenza di un guidatore e di una strada.

Chi sarà il guidatore e dove porterà la strada?

Stefano Biasioli

Presidente nazionale CIMO-ASMD

dott. prof. Mario Bertolissi
professore ordinario di diritto
amministrativo presso Università di Padova

dott. prof. Giovanni Sala
professore di diritto amministrativo
presso l’Università di Verona

dott. prof. Marcello Fracanzani
professore di diritto amministrativo
presso l’Università di Udine