



Associazione Sanità Privata Accreditata Territoriale

RASSEGNA STAMPA

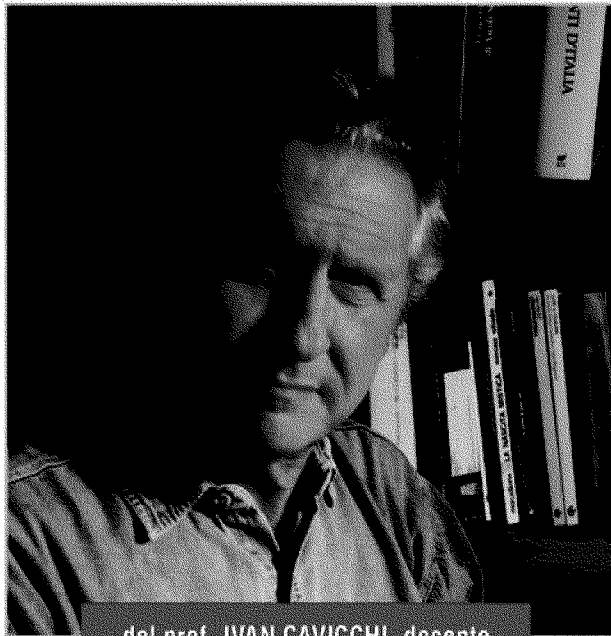
A cura dell'Ufficio Stampa dell'ASPAT



LE MISURE DELLA DECAPITALIZZAZIONE DEL LAVORO NELLA SANITÀ: IL PROBLEMA DEL DEMANSIONAMENTO

Con il termine «decapitalizzazione» del lavoro intendo riferirmi a tutte quelle misure che nella sanità, per ragioni di contenimento della spesa, in modo diretto o indiretto impoveriscono il capitale lavoro e la professionalità degli operatori. Tali misure partono dal presupposto che, nel quadro della spesa pubblica, il lavoro non sia un valore e quindi un capitale, ma un costo che semplicemente si può comprimere. Si comprende la paradossalità di questa linea politica che, anziché fare del proprio capitale un mezzo di investimento e di sviluppo, ma non solo, anche di cambiamento, lo considera un problema se non addirittura un eccesso. La paradossalità consiste nel fatto che il lavoro nella sanità è il vero capitale della sanità; depauperare questo capitale significa depauperare la sanità.

Questa linea politica dimostra che non si ha nessuna idea credibile di come si possa usare il lavoro per risparmiare, per riqualificare la spesa pubblica, per fare la famosa *spending review*; che vi è un problema di incapacità a considerare il lavoro come un fattore di cambiamento, e per questo scopo probabilmente il primo fattore da riformare. Le forme più diffuse di decapitalizzazione sono il blocco dei contratti, cioè l'incapacità ad usare il contratto come fattore di qualificazione; il blocco del *turn over*, ancora l'incapacità ad usare la risorsa lavoro per alzare il livello di qualità dei servizi quale prima condizione per abbassare i costi; il costo zero, cioè il riconoscimento ad alcune professioni di svolgere mansioni non retribuite di altre professioni solo perché costano meno; i rinnovi a costo zero di contratti quindi il precludersi l'uso del contratto di lavoro per cambiare l'organizzazione della sanità; la riduzione e compressione degli standard per la definizione degli organici;



del prof. IVAN CAVICCHI, docente di Sociologia dell'Organizzazione sanitaria di Filosofia della Medicina dell'Università Tor Vergata di Roma

ma soprattutto la pratica del «tappabuchi» cioè la definizione di organici carenti che obbligano chi lavora a svolgere il lavoro anche degli altri; il ricorso al precariato e l'accrescimento sempre più di quello che una volta si sarebbe chiamato «l'esercito di riserva», cioè dei disoccupati.

La decapitalizzazione investe tutte le figure professionali perché riguarda una politica di disinvestimento sul lavoro, in particolare riguarda i medici impoveriti da un eccesso di burocratizzazione del lavoro, da turni spesso massacranti, da riduzione delle competenze, dagli infermieri che sono diventati e stanno diventando dei tutto fare, vale a dire dei jolli da impiegare, per le competenze specialistiche più sofisticate, in luogo dei medici e per le competenze burocratiche più ordinarie.

DEMANSIONAMENTO. Il demansionamento non è né un problema circoscritto né un incidente di percorso e meno che mai l'effetto di un'occasionale disorganizzazione. Il demansionamento è l'effetto combinato di professionalità fortemente condizionate nella loro operatività e della decapitalizzazione del lavoro, cioè delle restrizioni imposte al lavoro inteso come il principale capitale della sanità. Non si risolve il problema se non affrontando tanto i problemi delle professioni quanto quelli del lavoro e della sua ricapitalizzazione. Vale la pena di riflettere sul significato di demansionamento. Nel linguaggio corrente questa parola viene usata per indicare una sottoutilizzazione dell'operatore rispetto alle sue competenze, o un'utilizzazione distorta della sua professionalità, o un suo impiego improprio.

IL FAMOSO «TAPPA BUCHI». Non vi sarebbe tappa buchi se non vi fosse un grande senso di responsabilità da parte dell'operatore. Per il bene del malato egli sacrifica i propri diritti. Questo diventa un grande problema se è una consuetudine. Se, al contrario, l'operatore fosse rigidamente interprete del proprio profilo, rifiutando la consuetudine, tutto salterebbe per aria in un minuto. Quindi il demansionamento ha un triplo significato: deontologico perché è snaturamento della professione; sindacale perché è sfruttamento della professione; giuslavoristico perché lede i diritti di chi lavora e di chi non lavora o è precario.

COLLEGI, ORDINI E SINDACATI. Il dibattito nella sanità sul demansionamento vede da una parte gli Ordini e i Collegi, cioè i tutori della deontologia professionale, sostenere che il problema non è di loro pertinenza ma è del sindacato. E il sin-

dacato è quindi l'unico che tenta di farsi carico di questo problema. Ma questa artificiosa divisione dei compiti non è convincente. Si pensi, ad esempio, che nel codice deontologico degli infermieri la ragionevolezza, che fa di un infermiere un tappa buchi, è addirittura normata laddove, a proposito di disfunzioni e disservizi, cioè di buchi, si dice che l'infermiere si adopererà per tapparli.

Nell'articolo 49 si dice che «l'infermiere, nell'interesse primario degli assistiti, compensa le carenze e i disservizi che possono eccezionalmente verificarsi nella struttura in cui opera», precisando che, nei casi in cui il disservizio sia «abituale o ricorrente», l'infermiere non deve «compensare» cioè tappare i buchi, perché se lo facesse pregiudicherebbe «il suo mandato professionale» (più o meno la stessa cosa si dice nel nuovo codice deontologico dei medici attualmente in discussione). Poi nel successivo articolo 50 si dice che «l'infermiere, a tutela della salute della persona, segnala al proprio Collegio professionale le situazioni che possono configurare «l'esercizio abusivo della professione infermieristica». Infine nell'articolo 51 si dice che «l'infermiere segnala al proprio Collegio professionale le situazioni in cui sussistono circostanze o persistono condizioni che limitano la qualità delle cure e dell'assistenza, o il decoro dell'esercizio professionale».

Il combinato disposto di questi tre articoli ci dice che il demansionamento è un abuso della professione e che, come tale, va segnalato al Collegio professionale. Per cui a mio parere il demansionamento è primariamente un problema dei Collegi e degli Ordini perché, prima di essere un problema sindacale, esso è un problema primariamente deontologico. E poi trovo curioso che tanto gli Ordini che i Collegi, che si occupano a vario titolo di mansioni (atti professionali, competenze avanzate e specialistiche ecc.) siano competenti se si parla di rimansionamento, come per l'appunto per le competenze e mansioni avanzate, e incompetente quando si parla di demansionamento. Delle due una: o gli Ordini e i Collegi si occupano di mansioni o non si occupano di mansioni. Se decidono di occuparsi di mansioni, allora non possono lasciare ad altri le rogne del demansionamento.

DEMANSIONAMENTO SALTUARIO O DURATURO. Soprattutto i collegi degli infermieri sostengono che non si ha demansionamento se l'impiego improprio degli infermieri è saltuario. Personalmente trovo discutibile che, per definire un pro-

Non si ha demansionamento se prima non si ha deprofessionalizzazione e dis-identità. Il demansionamento è sintomo di una grave malattia professionale originata da tanti fattori e che non si risolve con l'aspirina, cioè in modo sintomatico. Per curare davvero la malattia è necessario intervenire su ognuno dei suoi principali agenti patogeni, cioè sulla inadeguatezza delle norme sui contesti organizzativi e sul valore salariale del lavoro

blema come il demansionamento che riguarda la divisione del lavoro e i rapporti carenti tra professioni, si usi il parametro del tempo, come dire che non è una fregatura se dura poco, se dura tanto invece è una fregatura; indipendentemente dal tempo la fregatura resta ontologicamente una fregatura, la cui entità certamente cambia se essa è piccola o grande. Il punto vero è che il demansionamento non riguarda la sua durata e la sua persistenza, ma la divisione del lavoro tra operatori e le dotazioni degli organici.

Indipendentemente dalla sua saltuarietà o meno, il demansionamento è sempre in rapporto ad un lavoro che dovrebbe essere svolto da altri e che gli altri non fanno il più delle volte perché gli organici sono carenti. Il problema del demansionamento è piccolo se è saltuario, ma è grande se le carenze organizzative sono una consuetudine. Ma insisto; sempre demansionamento resta. Poi vi è un'altra situazione nella quale il buon senso suggerisce che le mansioni

normali siano esercitate in modo flessibile e ragionevole. Ma in questo caso la chiamerei flessibilità nell'esercizio del proprio lavoro; se invece si tratta di provvedere al lavoro degli altri, non si ha più flessibilità ma demansionamento. Faccio un esempio: se a competenze correttamente svolte capita una circostanza che richiede che il medico o l'infermiere o l'organizzazione sanitaria facciano qualcosa che in genere esorbita dalle loro competenze, questo certamente non è demansionamento ma è un uso flessibile delle competenze suggerito dalla contingenza. Ma se non è demansionamento, una volta finita la contingenza tutto torna nella normalità. Quindi in sintesi: il demansionamento riguarda le patologie della divisione del lavoro e delle vecchie forme di cooperazione tra professioni dentro organizzazioni carenti.

CONTRADDIZIONI DEONTOLOGICHE. Tutti i codici deontologici in circolazione fanno un grande scialo della parola «responsabilità», ma essa denota che nella sanità stiamo assistendo a un processo di relativo «affievolimento» dell'etica sotto forma di riadattamento dei suoi valori morali ai nuovi imperativi della gestione, del risparmio, del definanziamento. In generale, a proposito di «responsabilità» essa è definita sulla base delle conseguenze degli atti professionali. In questo quadro il demansionamento sarebbe un atto di responsabilità. Ma è evidente che il ragionamento non sta in piedi.

La decapitalizzazione del lavoro sollecita ogni giorno gli operatori a rivedere la loro nozione di «bene», quindi la loro deontologia, imponendo apparati giustificativi pensati sulla base delle «utilità» gestionali. In questa difficile situazione lo scambio «principi-responsabilità» equivale a quello di «bene-utilità». Il demansionamento si trova collocato tra l'uno e l'altro. I codici deontologici cercano di barcamenarsi: da una parte insistono nel richiamarsi ai principi inviolabili che si rifanno alla persona, alla dignità, al bene per il malato, dall'altra tentano, spesso goffamente, di adottare atteggiamenti «realisti», vale a dire di tolleranza nei confronti degli imperativi aziendali, dei disservizi, delle disorganizzazioni e delle carenze di organico.

Il danno principale che ne deriva, a parte la qualità delle cure, è soprattutto alla credibilità della deontologia. Molti principi dichiarati nei codici ormai sono spesso considerati «petizioni di princi-

pio». Oggi gli imperativi categorici morali nella sanità sono fortemente condizionati dagli imperativi finanziari. Tipico è quel pensiero di matrice aziendale secondo il quale per l'efficienza è possibile ragionevolmente sacrificare l'equità (la giustizia diventa così un problema secondario), e nella razionalità economica c'è automaticamente l'etica, quindi è sufficiente razionalizzare la sanità per fare umanizzazione. Per chi sostiene questo pensiero, che vi sia una relazione tra risparmi e disuguaglianze conta poco. Le disuguaglianze continuano a crescere, ma il significato morale è che continua a crescere l'ingiustizia quale condizione della decapitalizzazione. Decapitalizzazione, demansionamento, disuguaglianze e ingiustizie sono un tutt'uno. Il primo garante del malato è chi lavora e, quindi, è il lavoro ben organizzato.

I FINI E I MEZZI. Le etiche deontologiche, che si ispirano ai principi più o meno categorici, enfatizzano il valore dei «fini». Per esse vale l'adagio «I fini giustificano i mezzi». Se il fine è un bene etico (rispettare la dignità del malato, fare il suo bene nel modo migliore, arrecargli il minor danno possibile, scienza e coscienza ecc.), è del tutto ragionevole che, in quanto bene, esso sia anche la propria autogiustificazione. Il fine etico è in pratica una verità che non bisogna dimostrare, ma solo invereare.

Le etiche deontologiche, invece ispirate dai valori della responsabilità, enfatizzano maggiormente la questione dell'impiego dei mezzi. Sono i mezzi che si impiegano a giustificare gli scopi da raggiungere, e il primo mezzo che si impiega è il lavoro. Il lavoro, per spirito di responsabilità, si deve adattare alla decapitalizzazione e quindi si deve accettare oborto collo il demansionamento. L'economicità che questo rappresenta diventa il vincolo più importante per l'etica.

Nella tendenza a riadattare i principi alle responsabilità, quindi alle conseguenze, e, come effetto, a dare valore più ai mezzi che si impiegano per raggiungere degli scopi che il contrario, emerge con prepotenza il valore del «limite» quasi a discapito del valore «dell'atto». È un cambiamento molto significativo tanto per il medico quanto per l'infermiere, che cambia letteralmente il modo di mettere in pratica pratiche e quindi modi di essere degli operatori. L'atto, fin dall'antichità, era quasi sinonimo di «opera» e quindi di «operare» e, per estensione, di «operatore». Interve-



La sede del Ministero della Salute a Roma

nire sull'atto, per subordinarlo al limite significa intervenire sull'opera dell'operatore. Il demansionamento riguarda infatti l'opera di costui. Non è un caso se il sindacalismo medico abbia fatto, della difesa dell'atto medico, il perno della propria rivendicazione. Il demansionamento è null'altro che un impoverimento di un atto professionale.

Va ricordato che l'atto per l'operatore esprime l'essenza della sua professione; lo definisce come agente; è l'operazione che riguarda il malato; l'operazione è la sua capacità di fare; è conoscenza. In questo quadro lo sforzo che compiono le deontologie è soprattutto di mediazione tra i principi e la responsabilità, tra i mezzi e i fini, tra l'atto e il limite. Doveri, principi, obblighi, sanzioni nelle varie deontologie rischiano di apparire retorici, cioè nei codici i principi forti, prescrittivi, imperativi, categorici; si relativizzano, si indeboliscono in enunciazioni per tutto quanto riguarda l'assistenza, la cura.

«Crepuscolo del dovere» è un'espressione che vuole sottolineare una tendenza dell'etica deontologica attuale ad essere sempre meno intransigente e sempre più tollerante nei confronti della decapitalizzazione del lavoro. Gli articoli, per esempio, del codice degli infermieri sulla «compensazione» delle carenze e dei disservizi da parte degli operatori (che nella sanità sono la regola) significano che il problema del disservizio passa dall'organizzazione del lavoro all'operatore, che si deve giustificare per non aver «accettato» il disservizio.

Se si pensa al quadro finanziario in

cui si trova la sanità pubblica, si può capire che ormai il «disservizio» da anni è una pratica normale (per disservizio si intendono i problemi di funzionalità, di sufficienza, di qualità, quindi tutti quei problemi compresi tra il blocco del turnover e le politiche di razionamento delle prestazioni). Le domande che sorgono spontanee sono: quali «politiche etiche» rispetto alla decapitalizzazione? Quale rapporto tra deontologia e risorse? Se la risposta è la tolleranza del demansionamento, siamo alle soglie del declino della nozione di dovere.

DISSERVIZIO E DEMANSIONAMENTO. Per prima cosa vorrei riflettere sulla complementarità tra i due affissi «dis-servizio» e «de-mansionamento». Nella nostra lingua «dis» vuol dire che qualcosa si allontana da una condizione di normalità, quindi nel nostro caso significa «dis-organizzazione» causata principalmente da organici carenti e da una cattiva organizzazione del lavoro; «de» invece vuol dire perdere la propria natura, la propria identità, cioè perdere le proprie caratteristiche professionali. Un esempio pratico: «dis-armonico» vuol dire allontanato dall'armonia; «de-colorato» vuol dire aver perduto il proprio colore.

Demansionamento e decapitalizzazione del lavoro hanno lo stesso significato in quanto vogliono dire togliere al lavoro delle caratteristiche funzionali, cioè impoverirlo. La catena conseguente è la seguente: alle varie forme di decapitalizzazione del lavoro, corrisponde disservizio; a dis-servizio corrisponde de-

mansionamento; a de-mansionamento corrisponde de-professionalizzazione. Cioè ad una de-capitalizzazione del lavoro nelle sue varie forme, corrisponde: uno snaturamento deontologico, e uno sfruttamento sindacale.

L'aspetto che mi impressiona di più è la regressività dell'idea di mansione nonostante in tutto il mondo produttivo essa sia stata messa in discussione. Cioè mi colpisce la pervicace resistenza al cambiamento della mentalità tayloristica che nella sanità non vuole passare la mano. Se parliamo di demansionamento è perché esistono delle mansioni, cioè sussiste il taylorismo. La mia impressione è che la mansione di fatto resta ancora il principale indicatore professionale degli operatori, ma solo perché a tutt'oggi non si è riusciti ad elaborare qualcosa di più attuale. A me il demansionamento dice che è arrivato il momento di cambiare strategia cioè di andare oltre il taylorismo. Esso, con l'aria che tira, è destinato a crescere, non a diminuire. Perché la decapitalizzazione del lavoro con le restrizioni finanziarie è destinata a crescere. Il patto per la salute che si dovrà fare entro questi giorni deve garantire 10 miliardi di euro di risparmi.

COME RIPARARE AI DAMNI DEL DEMANSIONAMENTO? Prima di ogni cosa Collegi, Ordini e Sindacati dovrebbero ritrovarsi intorno ad un tavolo comune e discutere insieme cosa fare. Due per lo meno sono le cose da fare. Ordini e Collegi dovrebbero: ripristinare e garantire da subito le condizioni deontologiche necessarie per lo svolgimento corretto della professione e, contemporaneamente, aggiornare il codice deontologico; proteggere concretamente gli operatori dagli abusi professionali e coprirli nelle loro legittime ritorsioni perché gli avvocati costano. Il sindacato dovrebbe: contrattualizzare la deontologia e le organizzazioni del lavoro ad essa necessarie; difendere l'infermiere dallo sfruttamento, cioè dall'uso sottopagato della sua professionalità difendendo il salario.

Secondo me, oggi più che applicare delle norme che, ad ogni livello per qualsiasi professione, si sono rivelate contraddittorie, si tratta di rimuovere le contraddizioni tra le norme e la realtà. Per cui i codici andrebbero ripensati e in fretta. Ma, oltre alle contraddizioni dei codici, ad appesantire la situazione vi sono quelle legate alle definizioni delle professioni, quindi a come è definito il profilo tanto del medico che dell'infermiere.

Per difendere qualcosa, questo qualcosa deve essere ben definito; se non è

ben definito la sua difesa sarà lacunosa. Inoltre, dal momento che medici e infermieri debbono cooperare, al fine della loro integrazione dovrebbero essere chiari almeno i confini delle loro competenze e delle loro autonomie. E questo ancora oggi è causa di conflittualità. A monte del demansionamento vi sono definizioni poco circostanziate della professione infermieristica e di quella medica, entrambe sono definite con «definizioni circoscriventi», non «circoscritte», cioè generiche. Il medico attraverso l'atto, l'infermiere attraverso il profilo, ma atto e profilo sono modalità definitive equivalenti.

Il persistere del mansionario e il demansionamento sono favoriti dalle definizioni generiche di professioni che proprio per questo sono meno «prescrittive» e più «proscrittive»: prescrittivo vuol dire che tutto ciò che non è esplicitamente consentito è vietato; proscrittivo vuol dire che tutto quanto non è vietato è permesso. La logica con la quale, ad esempio, si è scritto il profilo degli infermieri negli anni 90 è soprattutto proscrittiva, cioè circoscrivente. Ma anche la definizione europea di atto medico è proscrittiva.

Con la logica proscrittiva si pensava di dare all'operatore più possibilità professionali. Per dargli di più, si è pensato di limitare il meno possibile i vincoli descrittivi. Ma la proscrittività, per poter funzionare in positivo, deve avere un contesto espansivo, ma se si ha un contesto decapitalizzante il lavoro, come nel nostro caso, la proscrittività diventa una trappola. Il demansionamento dimostra che la proscrittività è a perdere perché, davanti all'interesse primario del malato, non c'è niente che impedisca a qualsiasi operatore di fare la tappa buchi. Non va dimenticato che il demansionamento, di cui si lamentano soprattutto gli infermieri, è favorito anche da un'asimmetria tra professioni: la figura medica, nell'attuale organizzazione del lavoro, è molto meno flessibile di quella infermieristica, per cui la flessibilità dell'infermiere risulta essere la vera risorsa per ammortizzare la disorganizzazione e la decapitalizzazione.

Non si avrebbe demansionamento se l'operatore non fosse flessibile. In genere, nella disorganizzazione l'operatore «compensa» la mancanza di un altro operatore per contiguità; cioè, quello che sta sopra fa anche quello che dovrebbe fare quello che sta sotto e il contrario, come per le competenze avanzate; ma anche quello che sta sullo stesso livello e che fa quello che non fa il suo collega perché gli organici sono carenti.

Il bocco del turn over riduce il numero degli operatori creando effetti di sovraccarico lavorativo. Questa flessibilità compensativa è inevitabilmente causa di sfruttamento.

IL DEMANSIONAMENTO NEL CASO DEL MEDICO.

Detto ciò, il demansionamento è un problema di tutti gli operatori perché la decapitalizzazione del lavoro non fa sconti a nessuno. Nel caso del medico la forma più diffusa di demansionamento è la burocratizzazione del suo lavoro; il blocco del turn over ha effetti di demansionamento anche su di lui, e poi rientrano nel fenomeno del demansionamento tutti gli abusi che si fanno contro la meritocrazia (concorsi truccati, raccomandazioni, carriere fatte a scapito di altri). Proprio per questo meraviglia che ancora non si sia pensato a mettere in piedi un'azione comune di tutte le professioni contro il demansionamento. Si tratta, tanto per cambiare, di regolare i rapporti tra confinanti e fare lega per garantire innanzitutto professionalità non distorsive e accordarci su una nuova divisione del lavoro e su una nuova forma di cooperazione interprofessionale.

DECAPITALIZZAZIONE, DUMPING, SFRUTTAMENTO. Il costo zero, cioè far svolgere mansioni in più verso qualifiche contigue, o far lavorare di più gli operatori per carenza di colleghi, vuol dire che anche se fai di più, il valore del lavoro non cambia, cioè l'impiego della mansione in più o in meno è a costo zero. Per cui il demansionamento è per definizione a costo zero. Questo aspetto, con mia grande meraviglia, è passato praticamente sotto silenzio: l'uso a costo zero della mansione, come nel caso delle competenze avanzate e del demansionamento, o il sovraccarico lavorativo, è una forma di dumping e quindi di decapitalizzazione del lavoro. Il dumping, come si sa, è un concetto che deriva dall'economia, e vuol dire vendere qualcosa ad un prezzo inferiore rispetto a quello di mercato o di produzione.

Il demansionamento e le competenze avanzate a costo zero, sindacalmente parlando, sono come degli sconti imposti al valore del lavoro infermieristico. Quindi contribuiscono a decapitalizzarlo. Un altro modo per intendere la questione è quello di immaginare un salario, relativo ad esempio a 10 mansioni, che continua ad essere pagato nella stessa quantità salariale anche quando le mansioni in più o in meno diventano 13. Cioè demansionamento vuol dire comunque che si lavora di più, non di me-

no. Il demansionamento o le competenze avanzate a costo zero sono come il mio bagno schiuma sul cui flacone è scritto «+ 150 ml in omaggio». Decapitalizzazione e demansionamento sono sinonimo di sfruttamento, perché l'uso di qualsiasi mansione è sempre a costo zero. Se le competenze avanzate degli infermieri, ad esempio, non sono pagate, saranno gratificanti per chi le compie ma sempre sfruttamento restano. Mentre il sovraccarico non sarà mai gratificante per nessuno.

UNA GRAVE MALATTIA DA CURARE. Demansionamento e decapitalizzazione sono una grave malattia da curare. Il problema del demansionamento in sintesi è un effetto finale che si manifesta a valle di grandi contraddizioni che, a monte, riguardano tanto la definizione deontologica e le normative che definiscono le professioni, quanto le politiche di decapitalizzazione del lavoro. Cioè il demansionamento è il risultato finale di una regressione che procede in tre momenti distinti: nel primo l'operatore, a causa dell'interazione tra norme inadeguate e contesti avversi, è dis-identificato (mi scuso per il neologismo ma non mi vengono in mente altre parole), cioè allontanato dalla propria identità professionale; nel secondo è deprofessionalizzato, cioè l'operatore perde alcune delle proprie caratteristiche professionali; nel terzo è demansionato l'operatore che svolge gratuitamente mansioni improprie che dovrebbero svolgere altri.

Non si ha demansionamento se prima non si ha deprofessionalizzazione e dis-identità. Il demansionamento è un sintomo di una grave malattia professionale originata da tanti fattori e che non si risolve con l'aspirina cioè in modo sintomatico. Per curare davvero questa malattia è necessario intervenire su ognuno dei suoi principali agenti patogeni, cioè sulla inadeguatezza delle norme sui contesti organizzativi e sul valore salariale del lavoro. Per risolvere il problema del demansionamento bisogna passare per un ripensamento del lavoro e mettere in discussione la mansione; se superi la mansione, superi il demansionamento.

LA DISOBEDIENZA CIVILE. Da una parte la decapitalizzazione e dall'altra il demansionamento delle professioni costituiscono una questione che, per essere affrontata, merita una strategia con la «S» maiuscola. Per quello che mi riguarda, dividerei questa strategia in due parti che affronterei però contestualmente:



Interni di un ospedale

per risolvere i problemi attuali degli operatori della sanità non possiamo aspettare di cambiare il mondo della sanità, cioè è necessario intervenire subito con una sorta di politica almeno del contenimento del danno o, perlomeno, del blocco del fenomeno. Mentre si contiene il danno, si deve progettare un sistema che rinnovi e riformi affinché decapitalizzazione e dimensionamento, quali problemi, siano risolti alla radice. Detto ciò, Ordini, Collegi, Sindacati si devono mettere d'accordo se il demansionamento è un'emergenza delle categorie professionali, come io penso; se è un problema individuale del singolo operatore, come io non penso. E capire di chi sono le responsabilità per individuare delle controparti.

Per contenere il danno per prima cosa metterei da parte le dispute tra Ordini, Collegi e Sindacati per lanciare una campagna unitaria, per disobbedire come professionisti; organizzerei la disobbedienza civile, per citare Henry David Thoreau, garantendola con tutti i mezzi finanziari e legali necessari. Nelle Casse di Ordini e Collegi entrano tanti, ma tanti soldi, finanziati dall'imposizione fiscale su professionisti, occupati e disoccupati; ritengo che le spese della disobbedienza debbano essere interamente a carico degli Ordini e dei Collegi.

Si tratta di disobbedire nella legalità, quindi di usare le norme che sono a disposizione, in particolare i codici deontologici, i contratti di lavoro, i diritti sul lavoro e i diritti dei cittadini, dal momento che per quanto teorico il compito dei Collegi e degli Ordini resta la tutela dei cittadini; disobbedire non è solo rifiutarsi di essere complici del disservizio e subire il sopruso, ma è anche creare servizio. La mia proposta è difendere gli organici con degli standard di organizzazione legali, fondati sull'evidenza scientifica, e negoziati con le Regioni,

perché ritengo che difendere gli organici significa combattere la decapitalizzazione del lavoro, dare posti di lavoro, combattere la precarietà e quindi ridurre per lo meno il fenomeno del demansionamento.

Le risorse finanziarie per gli organici si trovano impegnandoci tutti in una lotta contro le diseconomie, le corruzioni e gli abusi, quindi contestando la teoria del costo zero e usando gli strumenti contrattuali per combattere le diseconomie. Disobbedire significa che d'ora in avanti gli operatori non si fanno carico né dei problemi delle direzioni infermieristiche, sanitarie e aziendali; non sono gli operatori che, per togliere le castagne dal fuoco dei dirigenti, accettano di farsi sfruttare. Ognuno faccia la propria parte e si prenda la propria responsabilità. È troppo comodo vantare successi gestionali sulla pelle dei lavoratori e dei cittadini.

La disobbedienza civile va organizzata per cui creerei una task force nazionale contro l'emergenza del demansionamento, che intervenga in tutte le situazioni in cui c'è bisogno di sostegno, costituita da Ordini, Collegi e Sindacati, con dentro esperti di organizzazione e giuslavoristi. Questa task force dovrà sostenere gli infermieri nelle loro richieste, segnalazioni, denunce, nei loro ricorsi, in tutte le azioni di legittimità che intenderanno assumere, preferibilmente in forma aggregata. Invece, per rimuovere alle radici le contraddizioni strategiche, metterei in piedi una convention nazionale per ripensare il lavoro nella sanità nel terzo millennio, sempre fatto da Ordini, Collegi e Sindacati, per definire un progetto forte, nella coevoluitività di tutte le professioni e per ricapitalizzare il lavoro, per uscire dal taylorismo e per emancipare l'operatore, chiunque esso sia, dalla mansione una volta per tutte. ■

Entra oggi in vigore l'obbligo per i fornitori di utilizzare note contabili immateriali

P.a., stop alle fatture cartacee Documento elettronico a ministeri ed enti di previdenza

DI ROBERTO ROSATI

Da oggi, addio alla fattura cartacea per i fornitori di ministeri, agenzie fiscali ed enti nazionali di previdenza e assistenza. A oltre sei anni dalla legge istitutiva, scatta infatti l'obbligo di fatturazione elettronica, accompagnato dal divieto, per gli uffici destinatari, di accettare fatture su carta. Tutte le imprese e i lavoratori autonomi che hanno rapporti con la pa, volenti o nolenti, sono dunque catapultati nell'era della fattura immateriale (l'unica eccezione soggettiva, per il momento, è rappresentata dai fornitori esteri).

Molte le soluzioni tecniche per affrontare questo importante passaggio. È possibile attrezzarsi in proprio, acquistando gli strumenti informatici occorrenti per generare le fatture elettroniche «speciali» per la p.a. e trasmetterle al sistema di interscambio gestito dall'agenzia delle entrate, oppure acquistare il servizio da soggetti specializzati (intermediari). Le piccole e medie imprese, in possesso dei requisiti indicati nella raccomandazione della Commissione europea 2003/361/CE del 6 maggio 2003, possono avvalersi gratuitamente dei servizi di supporto disponibili nel portale degli acquisti della pubblica amministrazione, all'indirizzo www.acquistinretepa.it.

Al di là delle problematiche tecniche che potranno presentarsi nella prima fase, occorre risolvere anche gli aspetti legati alla conta-

bilizzazione delle fatture elettroniche, che per moltissimi contribuenti affiancheranno quelle cartacee che continueranno a essere emesse nei confronti degli altri clienti.

La fattura speciale alla p.a. Il regolamento attuativo dell'obbligo introdotto dalla legge n. 244/2007, adottato con dm n. 55 del 3 aprile 2013, stabilisce che le fatture elettroniche emesse nei confronti delle pubbliche amministrazioni devono essere rappresentate in file Xml e devono contenere le indicazioni riportate nell'allegato A al decreto. L'art. 25 del dl n. 66/2014, ha inoltre stabilito che la fattura elettronica p.a. deve riportare anche:

- il codice identificativo di gara (Cig), tranne i casi di esclusione dall'obbligo di tracciabilità di cui alla legge n. 136/2010
- il codice unico di progetto (Cup), in caso di fatture relative a opere pubbliche, interventi di manutenzione straordinaria, interventi finanziati da contributi comunitari, nonché quando previsto ai sensi dell'art. 11 della legge n. 3/2003.

L'emissione, trasmissione e ricevimento delle fatture elettroniche alla p.a. devono

I fornitori obbligati

Da oggi è obbligatoria la fatturazione elettronica per i fornitori di

- ministeri (comprese le scuole statali)

- agenzie fiscali

- enti nazionali di previdenza e assistenza

L'obbligo sarà esteso verso tutte le pubbliche amministrazioni dal 31 marzo 2015.

avvenire secondo le regole definite nell'allegato B al dm 55/2013. In particolare, l'autenticità delle fatture deve

Pec o analogo sistema basato su tecnologie che certifichino data e ora dell'invio e della ricezione, nonché integrità del contenuto delle fatture).

La fattura elettronica p.a. si considera trasmessa e ricevuta solo a fronte del rilascio della ricevuta di consegna da parte del sistema di interscambio, al quale le fatture elettroniche devono essere inviate per il successivo inoltramento agli enti destinatari, ognuno dei quali è identificato da un

codice univoco che gli stessi enti dovrebbero comunicare tempestivamente ai loro fornitori.

Sono evidenti, quindi, le peculiarità della fattura elettronica p.a. rispetto alla fattura elettronica «ordinaria»,



essere garantita attraverso l'apposizione del riferimento temporale e della firma elettronica qualificata, mentre la trasmissione del file deve effettuarsi tramite uno dei canali espressamente previsti (tra i quali un sistema

che l'art. 21 del dpr 633/72 definisce come la «fattura che è stata emessa e ricevuta in un qualunque formato elettronico», la cui autenticità, in base alla stessa disposizione, può essere garantita anche mediante «sistemi di controllo di gestione», e non necessariamente con la firma elettronica qualificata o digitale oppure mediante sistemi Edi.

Per quanto riguarda la gestione dei documenti, l'art. 39, terzo comma, del dpr 633/72 stabilisce che le fatture elettroniche «sono conservate in modalità elettronica», secondo le disposizioni del dm 23 gennaio 2004 (in corso di revisione). Un obbligo, questo, che si inquadra nella gestione «naturale», completamente automatizzata, dei documenti immateriali. Per la maggior parte dei contribuenti, tuttavia, l'automazione totale del processo gestionale non è, allo stato, attuabile, soprattutto perché la fatturazione attiva continuerà a effettuarsi in modalità cartacea nei confronti dei clienti diversi dalla p.a. In attesa di chiarimenti ufficiali su come gestire operativamente le due diverse tipologie di documenti, i contribuenti dovranno adottare le soluzioni più idonee per contabilizzare anche le fatture elettroniche, ad esempio annotandole insieme a quelle cartacee, oppure in apposito registro, oppure riassumendone le risultanze in un registro riepilogativo, tenuto anche con modalità informatiche, ai fini della corretta liquidazione dell'Iva.

—© Riproduzione riservata—

Digitalizzazione. In vigore le nuove regole sul documento elettronico nelle forniture a ministeri, enti di previdenza e Agenzie

FatturaPa da oggi in 18mila uffici

L'adempimento sarà esteso alla totalità delle amministrazioni dal 31 marzo 2015

PAGINA A CURA DI
Alessandro Mastromatteo
Benedetto Santacroce

La data è arrivata: da oggi, 6 giugno, l'obbligo della fattura elettronica verso la Pubblica amministrazione è diventato definitivamente operativo. Questo nuovo adempimento che rivoluziona l'organizzazione e il modo di lavorare delle Pa, però, non opera immediatamente nei confronti di tutti gli enti pubblici. In effetti, l'obbligo scatta oggi solo per ministeri, Agenzie fiscali ed enti nazionali di previdenza. L'obbligo si estenderà a tutti gli enti ricompresi nel conto economico consolidato dello Stato solo dal 31 marzo 2015.

Attenzione, però: il riferimento alle tre tipologie di orga-

I DATI DA AGGIUNGERE

Con la conversione del Dl Renzi diventerà obbligatorio inserire nel documento il codice identificativo di gara e il codice unico di progetto

nismi pubblici per i quali la fatturazione elettronica scatta oggi, pur se relativo a solo 38 amministrazioni, in effetti riguarda oltre 18.000 uffici disseminati su tutto il territorio dello Stato. Si pensi, ad esempio, alle scuole di ogni ordine e grado, alla Polizia di Stato, ai Carabinieri e alla Guardia di finanza.

Questi enti, secondo le rilevazioni dell'Agid (Agenzia per l'Italia digitale) aggiornate al 5 giugno, sono - almeno in relazione all'accreditamento all'Ipa - del tutto soddisfacenti in quanto per i ministeri risultano censiti 18.340 uffici su 18.349 (per una percentuale del 99,95%); per le agenzie fiscali gli uffici censiti sono 79 su 79 (100%); per gli enti nazionali di previdenza e assistenza sociale gli uffici censiti sono 103 su 103 (100%).

Ovviamente l'identificazione all'Ipa costituisce un elemento importante, ma per verificare l'effettiva tenuta del sistema bisognerà certamente attendere i primi riscontri che si avranno nei prossimi giorni. Comunque tutto sembra pronto all'avvento della fattura

elettronica e se, nei prossimi giorni ci saranno dei problemi, bisogna considerare lo sforzo e guardare al risultato che si potrà ottenere nell'immediato futuro dall'efficientamento della macchina pubblica, che porterà concreti vantaggi sia ai fornitori (nella gestione dei rapporti con i committenti e cessionari pubblici), sia allo Stato (nella determinazione e nel controllo della spesa), sia alle stesse pubbliche amministrazioni (nella automazione e integrazione dell'intero ciclo passivo).

Comunque anche se la prima scadenza per l'invio della fattura elettronica è arrivata e il processo è partito, il cantiere delle riforme e delle semplificazioni relative allo specifico adempimento non si arresta e nei prossimi giorni si attendono almeno due importanti provvedimenti.

In primo luogo, si attende l'emanazione del decreto del ministero delle Finanze per la conservazione elettronica dei documenti fiscali. Il decreto, che sostituirà il precedente Dm 23 gennaio 2004, porta

con se notevoli semplificazioni per i soggetti che gestendo il processo di fatturazione elettronica devono necessariamente provvedere alla conservazione a norma degli stessi. Il nuovo decreto, oltre a estendere notevolmente il termine di conservazione della fattura (si veda a proposito l'articolo in basso), porterà delle semplificazioni in materia di comunicazioni (non sarà più obbligatorio comunicare annualmente all'agenzia delle Entrate l'impronta dell'archivio, ma ci si limiterà a fornire un'informazione in dichiarazione dei redditi); in materia di bollo (l'assolvimento dell'imposta avverrà solo a consuntivo senza più comunicazioni cartacee preventive).

Altro provvedimento in arrivo è la conversione del Dl 66/2014 (decreto Renzi) che, oltre ad aver anticipato al 31 marzo 2015 l'obbligo di fatturazione elettronica per tutta la Pa, ha previsto l'obbligo di inserire nella fattura elettronica il Cig (codice identificativo di gara) e il Cup (codice Unico di progetto). Queste informazioni, in effetti, erano prima del decreto legge n. 66/2014 solo facoltative. È da segnalare che questi codici non sempre sono obbligatori ma si applicano le esclusioni previste dalla legge n. 136/2010.

Il vademecum

AVVIO, STRUMENTI E PROSSIMI PASSI



01 | LA DECORRENZA

Da oggi diventa obbligatoria la fattura elettronica nei confronti di:

- ministeri e loro diramazioni (ad esempio scuole; forze di polizia e forze armate);
- agenzie fiscali;
- enti nazionali di previdenza

02 | GLI STRUMENTI ONLINE

- Sul sito www.agid.gov.it è possibile trovare diversi servizi: il numero verde per le emergenze: 800-299940; gli strumenti per la visualizzazione, la trasmissione e il monitoraggio della fattura; la brochure informativa sulla fatturazione elettronica Pa; i software per la verifica della firma digitale; il link di collegamento al sito sul Mercato elettronico della Pa (MePa) dove i fornitori accreditati fruiscono del servizio di compilazione, emissione, trasmissione e conservazione della fattura elettronica

03 | I PROVVEDIMENTI ATTESI

- L'approvazione del decreto del Mef sulla conservazione elettronica dei documenti fiscali che sostituisce il precedente Dm 23 gennaio 2004
- La conversione in legge del Dl 66/2014 (con definitivo obbligo dell'inserimento del Cig e del Cup)

CONSERVAZIONE ELETTRONICA



01 | ARCHIVIO ELETTRONICO

Adeempimento obbligatorio per fornitori emittenti e pubbliche amministrazioni destinatarie di fatture Pa

02 | NORMATIVA

- Cad - Codice dell'Amministrazione Digitale Dlgs n. 82/2005
- Dpcm 3 dicembre 2013 - regole tecniche sui sistemi di conservazione
- Dm 23 gennaio 2004 - modalità di conservazione dei documenti a rilevanza fiscale

03 | MODALITÀ

Apposizione di firma digitale e marcatura temporale da parte del responsabile della conservazione

04 | TEMPISTICA

Entro 15 giorni da emissione/ ricevimento di fattura Pa

05 | DECORRENZA

L'obbligo scatta dalla data della ricevuta di consegna rilasciata dal sistema di interscambio

06 | PA IN PROPRIO

Questi gli obblighi per le pubbliche amministrazioni che conservano i dati in proprio. Individuazione attori coinvolti nel processo

- Sensibilizzazione su prescrizioni normative (ad es. termini di conservazione)
- Verifica strumenti utilizzati e formati di conservazione
- Individuazione responsabile della conservazione
- Disegno della procedura e delle modalità di apposizione di firma digitale e marcatura temporale
- Predisposizione del manuale di conservazione

07 | PA IN OUTSOURCING

Obbligo di avvalersi di conservatori accreditati iscritti all'albo tenuto da Agid (elenco in corso di formazione). L'obbligo decorre dal termine di adeguamento dei sistemi di conservazione previsto dal Dpcm 3 dicembre 2013

I modelli organizzativi. Un decreto in arrivo porterà il termine a un anno

Conservazione entro 15 giorni

Emissione, trasmissione e ricezione delle fatture elettroniche obbligatorie non completano le attività che fornitori e Pubbliche amministrazioni devono realizzare per non farsi trovare impreparati all'appuntamento di oggi. Occorre infatti anche conservare in modalità elettronica tali fatture. La **conservazione elettronica** è una procedura informatica regolamentata dal Codice dell'amministrazione digitale (Dlgs n. 82/2005) e dalle regole tecniche sui sistemi di conservazione da ultimo dettate dal Dpcm 3 dicembre 2013. I sistemi di conservazione già esistenti potranno essere adeguati alle nuove regole entro e non oltre l'1 aprile 2017 e cioè 36 mesi dall'entrata in vigore secondo un piano dettagliato che va alle-

gato al manuale di conservazione. Le pubbliche amministrazioni, se non hanno strutturato un proprio sistema interno di conservazione, sono tenute, a differenza dei propri fornitori privati, ad avvalersi in caso di esternalizzazione dei servizi, di conservatori accreditati iscritti all'Albo gestito da Agid (si veda l'articolo in alto).

Le fatture elettroniche obbligatorie verso le pubbliche amministrazioni sono ovviamente documenti a rilevanza fiscale. Di conseguenza, per la loro conservazione occorre seguire le prescrizioni, soprattutto quella relativa al termine quindicinale per la conclusione del processo di conservazione, ad oggi contenute nel Dm 23 gennaio 2004 recante le modalità di assolvimento degli obblighi

fiscali. Quest'ultimo decreto dovrebbe essere sostituito a breve, e cioè a ridosso dell'avvio dell'obbligo di fatturazione elettronica, da un nuovo regolamento che porterà una serie di semplificazioni tra cui quella di allineare a un termine annuale, e non quindicinale, il periodo entro cui completare il processo di conservazione delle fatture elettroniche. Sino all'adozione del nuovo regolamento, fornitori e Pubbliche amministrazioni sono tenuti a conservare le fatturepa emesse e ricevute memorizzando il documento e apponendo poi, sui documenti o su un'evidenza informatica che contiene l'impronta degli stessi, la sottoscrizione elettronica e la marcatura temporale a cura del responsabile della conservazio-

ne. Il processo di conservazione deve essere completato con cadenza almeno quindicinale. In altri termini, la conservazione deve essere effettuata entro i quindici giorni decorrenti dal ricevimento per la Pubblica amministrazione e dall'emissione per il fornitore. La data di emissione per le fatturepa coincide con la data della ricevuta di consegna trasmessa dal sistema di interscambio al fornitore. L'articolo 2 comma 4 del Dm n. 55 del 2013 prevede infatti espressamente che la fattura elettronica si considera trasmessa per via elettronica, e quindi emessa ai sensi dell'articolo 21, comma 1 del Dpr n. 633 del 1972 e ricevuta dalle amministrazioni, solo a fronte del rilascio della ricevuta di consegna.

La fatturazione 2.0 è una rivoluzione

ADESSO BISOGNA SEMPLIFICARE GLI ARCHIVI

Da oggi i fornitori dei ministeri, degli enti previdenziali e delle Agenzie fiscali dovranno emettere non più la vecchia fattura cartacea, ma quella elettronica. È un cambiamento epocale, primo passaggio fondamentale nel percorso che porterà a una gestione in modalità esclusivamente dematerializzata dell'intero ciclo degli acquisti e destinato a modificare profondamente le aree gestionali all'interno delle pubbliche amministrazioni e delle stesse aziende fornitrici. Il sistema permetterà tra l'altro un monitoraggio più preciso delle spese sostenute dalla Pa e dei debiti nei confronti delle aziende. Dal 31 marzo 2015 la fatturazione elettronica sarà poi estesa a tutte le altre pubbliche amministrazioni, compresi gli enti locali, mentre a uno o più decreti attuativi della delega fiscale è riservato il compito di estendere, come chiede l'Europa, la digitalizzazione delle fatture anche nei rapporti tra privati. Tutto è pronto, o quasi, per questo primo tassello. Manca solo la semplificazione, promessa ma non ancora attuata, della gestione degli archivi.

La politica, le nomine

(C) Il Mattino

Paolo Mainiero

Sorpresa nella sanità torna Montemarano

L'ex assessore diventa direttore generale Arsan Pd e Fdi all'attacco: «È il simbolo del disastro»



A volte ritornano. E ritornano anche alla grande. Angelo Montemarano rientra sulla scena dalla porta principale. La giunta regionale l'ha nominato direttore generale dell'Arasan, l'agenzia che offre supporto tecnico alle Asl e all'assessorato alla Sanità. «Ho vinto un concorso», si affretta a dire, intuendo che la sua nomina è destinata a scatenare un mare di proteste. Montemarano è stato (anzi, è) un protagonista indiscusso della Sanità in Campania. Per anni, dal 1999 al 2005, è stato direttore generale della Asl Napoli 1, quella che ha alimentato più di ogni altra il debito, quella delle fatture pagate due volte. Nel 2005 fece il grande salto. Ciriaco De Mita, al quale era legatissimo, lo volle assessore nella seconda giunta Bassolino. Il governatore non era tanto d'accordo ma la Margherita nel 2005 era il primo partito e fu costretto ad accettare. A giugno 2009 si candidò alle europee con il Pd, una scelta che segnò la rottura con De Mita. Non fu eletto. Un mese dopo, con il commissariamento sempre più vicino, Bassolino lo sostituì con Mario Santangelo. Da allora si è parlato di lui soltanto quando la Corte dei Conti gli ha contestato i presunti doppi pagamenti per le prestazioni rese all'Asl Napoli 1 all'epoca in cui era direttore.

Se non ci sono state obiezioni sull'indicazione di Luigi Muto alla direzione dell'azienda ospedaliera «Sant'Anna» di Caserta, la nomina di Montemarano ha aperto una forte discussione in una giunta di centrodestra in cui siedono esponenti che per anni, dall'opposizione, hanno attaccato il nuovo direttore dell'Arasan. Solo Fratelli d'Italia si è dissociata. «È un gravissimo errore del quale si assume la responsabilità politica il presidente Stefano Caldoro - attacca Marcello Tagliatela - . Il risanamento della sanità subisce così una brusca battuta d'arresto. Con la nomina di Montemarano si torna indietro di cinque anni». E in effetti, rispetto al 2009, gli anni di Montemarano, con un deficit schizzato a 900 milioni, si è passati nel 2013 al pareggio di bilancio. Caldoro non commenta. Però da Palazzo Santa Lucia si sottolinea che la giunta si è limitata a far proprie le conclusioni della commissione di valutazione, secondo quanto prevede la legge Balduzzi. I risultati della com-

missione sono stati protocollati il 3 giugno scorso. In seguito all'istruttoria relativa alle quarantanove domande la commissione ha assegnato a cinque candidati una valutazione «ottima». I cinque sono Sergio Florio, Antonio Giordano, Lucio Giordano, Roberto Landolfi, Angelo Montemarano. «Per due di essi - si legge - è soddisfatto anche il criterio del contenimento dei costi in quanto in stato di quiescenza». I due sono Lucio Giordano e Montemarano. È stato scelto il secondo perché, filtra da Palazzo Santa Lucia, Giordano proverrebbe dalla sanità privata. E comunque, osservano ancora gli ambienti della presidenza, la nomina è avvenuta secondo i principi di legge, attraverso una selezione pubblica. Se si fosse voluto fare una scelta politica, è il ragionamento, non ci sarebbe mai stata la nomina di Montemarano. Poi, è la linea di Palazzo Santa Lucia, se qualcuno dei candidati ritiene di essere stato penalizzato facesse ricorso.



Il retroscena
Caldoro ha scelto in una cinquina definita in base alla legge Balduzzi All'azienda S. Anna di Caserta andrà Luigi Muto

Ma è chiaro che il rientro in scena di Montemarano non passa inosservato. Il Pd attacca. «Chi è il Caldoro che mente, quel che sceglie Montemarano all'Arasan o quel che lamenta gli sprechi passati e taglia i servizi?», accusa il segretario regionale Assunta Tartaglione. «Caldoro ha gettato la maschera - dice Massimo Paolucci - affidando un settore nevralgico a chi in passato non si è certo distinto per meriti e qualità». Nel centrodestra la presa di distanza di Fdi è durissima. «Motivi di inopportunità politica, professionale e giudiziaria avrebbero dovuto spingere la giunta ad una decisione diversa», incalza Tagliatela. «La nomina di un ex assessore di Bassolino - accusa il capogruppo di Forza Campania Paola Raia - è la compensazione al Pd per il soccorso dato all'elezione di Pietro Foglia». A difendere la scelta della giunta è Giuseppe Maisto, capogruppo di Caldoro presidente. «La nomina ai vertici dell'Arasan - sostiene - è il frutto della corretta applicazione delle procedure di legge, che possono piacere o meno ma che vanno rispettate. Va da sé che chiunque abbia i titoli migliori per essere designato non potrà che attenersi, nello svolgimento del proprio lavoro, alle linee di indirizzo stabilite da chi ne ha la responsabilità politica. Che nel caso di specie è una garanzia assoluta per tutti: il presidente Caldoro. Tutto il resto è polemica strumentale».

I CONTI DELLA SANITÀ MIGLIORANO L'ASSISTENZA AI MALATI PEGGIORA

MARIO SANTANGELO

NON è un ossimoro grammaticale ma politico: i conti della sanità migliorano perché peggiora l'assistenza. La sanità campana rientra dal debito ma è ultima per la qualità delle prestazioni. Nella graduatoria, stilata dal ministero della Salute, la Campania non solo occupa il punto più basso della graduatoria, ma è l'unica Regione a non aver superato i parametri minimi di valutazione per definire l'assistenza erogata, almeno essenziale. La macroscopica contraddizione che i due dati - contenimento della spesa e peggioramento dell'assistenza - pongono, richiede un esame serio ed approfondito che faccia chiarezza su questa insopportabile antinomia. Cercando di utilizzare la stessa pacatezza espressiva e la cortesia di modi, tipiche caratteristiche caratteriali del presidente Caldoro, è giusto partire dal riconoscimento del risultato positivo raggiunto, in tema di pareggio di bilancio. L'aver riportato i conti in regola rappresenta il raggiungimento di un obiettivo di indiscutibile valenza del quale si deve dar atto al presidente-commissario. Non si può, però, ignorare in che modo e a quale prezzo il risultato sia stato raggiunto e quali conseguenze abbia comportato e continuerà a generare. L'attribuzione delle due funzioni - presidente e commissario - ad una stessa persona (funzioni che giuridicamente autonome sono addirittura contrapposte perché il commissario ha poteri sostitutivi sulle inadempienze degli organi istituzionali) può trovare una sola giustificazione: la volontà del governo di consentire un rientro dal debito (compito preminente del commissario) attraverso una riorganizzazione del sistema sanitario (appannaggio del presidente della giunta regionale e del suo assessore alla Sanità che, ahimé, non è stato mai nominato).

La mancata designazione dell'assessore alla Salute, ha concentrato nelle mani del presidente Caldoro sia i poteri di controllo che quelli di programmazione. In questo intreccio di forza e di responsabilità, possedute da un solo uomo, ha prevalso, tout court,

la logica più semplice e meno impegnativa: il rientro dal debito, attraverso tagli indiscriminati della spesa. Non sono stati valutati, infatti, scelte e comportamenti che, se corretti, credibili e politicamente sostenuti, avrebbero portato allo stesso risultato economico attraverso la razionalizzazione ed un miglioramento la qualità delle prestazioni.

In qualsiasi azienda in crisi, per riportare i bilanci in attivo, qualunque amministratore responsabile provvede a riorganizzare la struttura, tagliando i rami secchi e rinvigorendo quelli produttivi, nel rispetto della efficienza e nella salvaguardia dei posti di lavoro. La Regione, invece, ha inteso raggiungere l'equilibrio economico tagliando i posti

di lavoro (si sono persi, complessivamente, oltre 8000 posti), aumentando l'Irpef e l'Irap ed imponendo i ticket sanitari.

Una siffatta contrazione di personale, in una situazione di immobilismo del sistema, non poteva che produrre un peggioramento considerevole dell'assistenza. Né ci si può trincerare dietro il paravento del blocco del turnover imposto dai ministeri delle Finanze e della Salute. In assenza di una programmazione seria, l'obbligo dello Stato è quello di ricorrere a mezzi coercitivi pur di ottenere che la Regione inadempiente, rientri dal debito. Quale norma è stata proposta dalla giunta o dalla maggioranza politica consiliare, capace di rassicurare i relativi ministeri sulla capacità della Campania di sanare il deficit?

La chiusura sporadica di qualche inutile ospedale può considerarsi elemento sufficiente per ottenere un adeguato rientro economico? Quale business plan è stato formulato per rendere la sanità regionale competitiva con quella delle altre aree del paese e nel contempo economicamente auto-sufficiente? Quattro anni di governo sono più che bastevoli per documentare le capacità di governo, per cui diviene veramente poco credibile addossare alle precedenti amministrazioni le attuali colpe. L'immobilismo che ha caratterizzato il quadriennio di governo di questa giunta (non soltanto nel campo dell'assistenza) è la vera causa del degrado assistenziale che i cittadini della Campania hanno dovuto subire e stanno subendo.

Non aver affrontato il problema del rilancio delle attività territoriali, aver rinunciato ad una vera politica di riordino ospedaliero, aver ignorato la inderogabile necessità di organizzare una rete dell'emergenza, non aver preso in considerazione le necessarie modifiche per l'assistenza ai malati cronici e lungo degenti, non aver definito il ruolo del privato convenzionato, non aver rivisto il ruolo dei medici di base, non aver stabilito rapporti corretti con il sindacato, sono solo alcuni degli elementi che dimostrano mancanza di volontà e carenza di idee. La disorganizzazione, l'ignoranza dei problemi, l'incapacità ad affrontarli, il disinteresse verso la cosa pubblica, le varie forme sotto cui si cela un indistruttibile clientelismo, sono le vere ragioni del dissesto. Il risanamento del bilancio con le modalità seguite, ha prodotto un rimedio peggiore del male. Ma il lato peggiore non si è ancora mostrato. Non aver rimosso le cause che hanno determinato il disavanzo provocherà inevitabilmente una sua riproposizione non appena la Campania uscirà dal commissariamento, con l'aggravante che l'erogazione dell'assistenza, oggi ridotta ai minimi storici, tenderà ad un inevitabile peggioramento.



Associazione Sanità Privata Accreditata Territoriale

Notizie dalle Province



La sanità Resta l'attesa per le inchieste giudiziarie e sull'esito della Commissione d'accesso

Ospedale, nominato il manager

Luigi Muto scelto da Caldoro al termine della selezione pubblica. Del Gaudio: strada giusta

Claudio Coluzzi

Dopo un paio di proroghe al commissario generale Paolo Sarnelli la Regione ha scelto. Luigi Muto, 55 anni napoletano, è il nuovo direttore generale dell'azienda ospedaliera di Caserta. La nomina è stata effettuata nel corso della giunta regionale di ieri. La scelta di Muto conclude un iter che va avanti da mesi circa l'individuazione del nuovo manager dell'Ospedale di Caserta, dopo l'arresto, pervicende legate all'Asl di Caserta, del precedente direttore generale Franco Bottino. A Bottino era succeduto nella carica il suo direttore amministrativo, Domenico Ovaio, e successivamente Caldoro aveva nominato commissario Paolo Sarnelli, responsabile del servizio veterinario della Regione Campania. Sarnelli era stato già prorogato due volte nel suo incarico di commissario, in attesa che si concludesse la procedura di scelta in atto. L'ultima proroga nei giorni scorsi, di un mese. Sarebbe scaduta a fine giugno. Soddisfatto per la nomina il sindaco di Caserta, Pio Del Gaudio.

La sanità, la gestione

Ospedale, Luigi Muto nuovo direttore generale

Ieri la giunta regionale ha concluso l'iter. Resta l'attesa per le inchieste giudiziarie

Claudio Coluzzi

Finalmente. Dopo un paio di proroghe al commissario generale Paolo Sarnelli la Regione ha scelto. Luigi Muto, 55 anni napoletano, è il nuovo direttore generale dell'azienda ospedaliera di Caserta. La nomina è stata effettuata nel corso della giunta regionale di ieri. La scelta di Muto conclude un iter che va avanti da mesi circa l'individuazione del nuovo manager dell'Ospedale di Caserta, dopo l'arresto, per vicende legate all'Asl di Caserta, del precedente direttore generale Franco Bottino. A Bottino era succeduto nella carica il suo direttore amministrativo, Domenico Ovaio, e successivamente Caldoro aveva nominato commissario Paolo Sarnelli, responsabile del servizio veterinario della Regione Campania.

Sarnelli era stato già prorogato due volte nel suo incarico di commissario, in attesa che si concludesse la procedura di scelta in atto. L'ultima proroga nei giorni scorsi, di un mese. Sarebbe scaduta a fine giugno. Ma ora viene interrotta dalla scelta del nuovo manager risultato vincitore di un avviso pubblico. La notifica della nomina verrà effettuata probabilmente nella giornata di oggi e, successivamente, ci sarà il passaggio di consegne tra Paolo Sarnelli e Luigi Muto.

In tal modo viene meno una delle incertezze che riguardano l'Azienda ospedaliera di Caserta, quella relativa al suo vertice amministrativo. Ma in corso ci sono ancora le inchieste giudiziarie della Dda di Napoli che riguardano una serie di appalti «attenzionati» dalla magistratura. E inoltre l'esito del lavoro di una commissione d'accesso per valutare possibili infiltrazioni camorristiche che è stata attivata dalla prefettura di

Caserta e decisa dal ministero dell'Interno. L'inchiesta della magistratura penale, in questo caso quella che si occupa di reati associativi, riguarda eventuali singole responsabilità. L'esito dell'accesso invece potrebbe portare allo scioglimento dei vertici dell'Azienda sanitaria. In poche parole la nomina di Luigi Muto avviene con la «spada di damocle» di un possibile scioglimento che comporterebbe la revoca del suo incarico e di quello dei direttori, sanitario e amministrativo, che sceglierà. In questo caso verranno nominati tre commissari prefettizi, come avviene nei Comuni sciolti per infiltrazioni camorristiche, con il compito di ristabilire le condizioni di «agibilità

democratica» all'ospedale di Caserta. Se invece gli accertamenti della commissione d'accesso dovessero risultare negativi resterebbero in carica Muto e i suoi collaboratori.

Per ora la scelta del manager viene valutata con soddisfazione negli ambienti ospedalieri. Paolo Sarnelli era, per la natura del suo incarico, continuamente con la «valigia in mano», ossia in attesa che terminasse una funzione che sapeva essere temporanea. Quindi ha gestito l'ordinaria amministrazione e gettato le basi per interventi strutturali e di riorganizzazione che ora dovranno essere portati avanti da Muto. Ma ha anche assunto iniziative ispirate a criteri di economicità e ottimizzazione delle prestazioni erogate. Il tutto in un contesto difficile dopo l'arresto di Franco Bottino e di attesa per gli sviluppi dell'indagine della magistratura e gli esiti del lavoro della commissione di accesso. Muto troverà lo stesso clima, dal punto di vista delle inchieste, ma ha un mandato pieno senza limiti di tempo. Almeno dal punto di vista strettamente amministrativo.



Gli sviluppi
Terminato il lavoro della commissione d'accesso si attende la decisione

La protesta San Giuliano, minaccia di sciopero

Il pronto soccorso trasferito e dimezzato Infermieri: «Rischio»

Il sindacato: «L'Asl non ci ha dato ascolto»
Dedenze troppo lunghe

=====
Mariano Fellico

GIUGLIANO. Sono pronti ad incrociare le braccia per salvaguardare - dicono - la salute dei pazienti e la loro incolumità. Posti dimezzati al Pronto Soccorso dell'ospedale San Giuliano di Giugliano in quanto il reparto, tra qualche settimana, verrà trasferito per avviare i lavori di riqualificazione. Già un container installato, dove si sarebbero dovuti allocare la polizia e le guardie giurate, è stato ritenuto non idoneo. «Siamo pronti a scioperare visto che l'Asl non ci ha permesso di dire la nostra in un confronto con i dirigenti - spiega il rappresentante sindacale Feliciano Manna - C'è un malcontento generale nei confronti dell'azienda da parte degli operatori infermieristici e degli operatori socioassistenziali per l'imminente trasloco del reparto. Dai 12 posti attuali passeremo a cinque, con una conseguente inefficienza del servizio. Si gioca con la salute della gente e con la nostra incolumità». Oltre al taglio dei posti c'è anche la distanza per raggiungere la Radiologia, reparto che è in questo periodo viene preso d'assalto per l'aumento, purtroppo, degli incidenti stradali, in maggioranza per quelli in moto.

«I tempi per i responsi delle radiogra-

fie aumenteranno - spiega il rappresentante sindacale - a discapito dell'utenza. Noi, nel nostro piccolo, abbiamo colto le problematiche ma l'azienda non ci ascolta e gli infermieri e gli operatori sono senza garanzie. Se qualcuno sbaglia è il primo a pagare le conseguenze e non a caso le aggressioni sono frequenti». Ma gli operatori hanno un'alternativa per superare il problema: potenziare il personale medico, infermieristico e degli operatori socioassistenziali al fine di dimezzare i tempi, accogliere più pazienti dividendoli per codici bianchi o rossi. Le aggressioni all'ospedale San Giuliano, purtroppo, sono all'ordine del giorno: nel mirino medici e infermieri del Pronto Soccorso nonostante siano stati potenziati i controlli. Sono trecento le persone che mediamente ogni giorno si recano nel reparto e il rischio di essere aggrediti aumenta. Nel Pronto Soccorso vi lavorano, divisi in tre turni dalle sei alle otto ore, tre medici, cinque infermieri e tre ausiliari. Sono presenti nella struttura di emergenza quattro box e un filtro, quest'ultimo dovrebbe essere sempre vuoto per le emergenze, i classici «codici rossi», ma a causa dell'elevato numero di persone da servire è spesso occupato.

Sicurezza Medici e sanitari vengono spesso aggrediti malgrado i controlli

«Se serve una mano in qualche reparto qui non si esita a prendere i dipendenti dal Pronto Soccorso - lamentano i dipendenti -. Quando invece è l'inverso, in molti casi, dobbiamo sbrigarcela noi da soli. È evidente che gli altri reparti non hanno i problemi che abbiamo noi». E il «caso» Pronto Soccorso, a breve, potrebbe diventare esplosivo per il

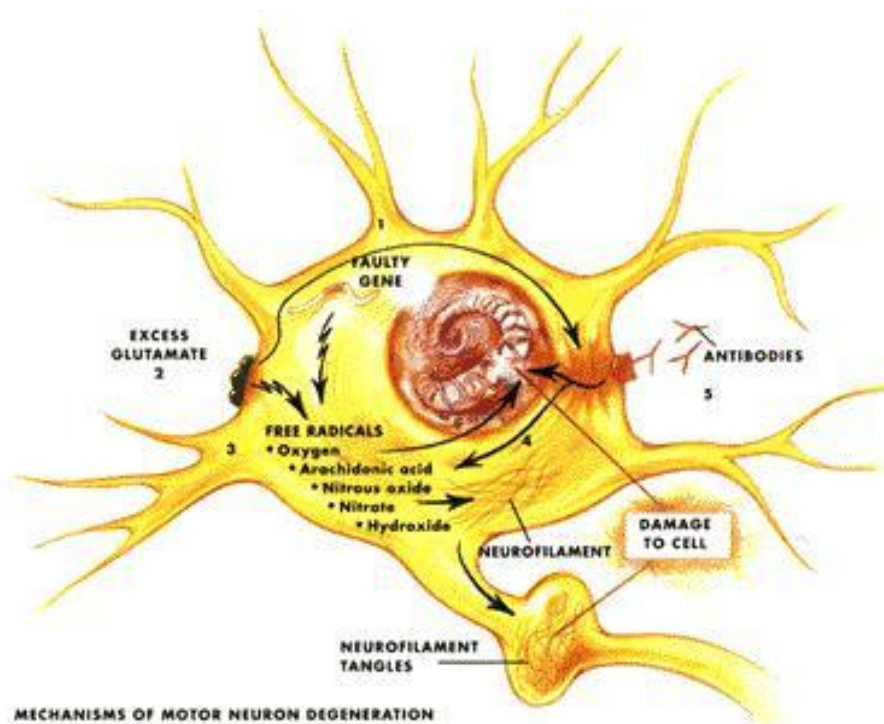
passaggio in altri locali. Poi, altra questione è la «degenza» al Pronto Soccorso per i malati che necessitano di essere ricoverati ai reparti: «Restano qui anche alcuni giorni, senza vitto, e in alcuni casi abbiamo fatto una colletta per comprare dei panini e dell'acqua a queste persone» affermano i dipendenti. Da qualche mese fuori all'ingresso della struttura sono state posizionate due guardie giurate che controllano gli accessi dei malati e dei parenti. Il personale, tuttavia, lancia nuovamente l'allarme per la sicurezza dei degenti. «Sono state attuate solo soluzioni tampone ai problemi del Pronto Soccorso - lamenta il sindacalista Feliciano Manna - noi vogliamo incontrare la direzione sanitaria e quella generale per discutere di fatti concreti e trovare soluzioni ai problemi della struttura. Qui si gioca con la salute della gente e si mette a rischio la nostra incolumità - conclude - e quando ci saranno gli spostamenti per i lavori alla struttura credo che non troveranno in noi, salvo un piano condiviso di idee, la collaborazione che fino ad oggi stiamo portando avanti per il bene dei degenti». Ora si attende che l'Asl faccia il prossimo passo e ascolti le richieste dei dipendenti.

© RIPRODUZIONE RISERVATA



Associazione Sanità Privata Accreditata Territoriale

Medicina News



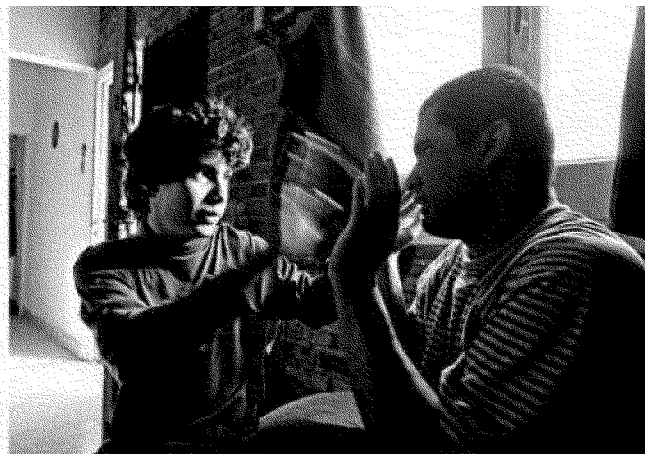
Inquinamento Più smog più autismo

Esiste un legame tra l'inquinamento, le probabilità di dare alla luce un bambino con dei difetti congeniti e il rischio che, se nasce sano, poi diventi autistico. Lo hanno suggerito molte ricerche fatte negli ultimi anni. Ma ora un complicato calcolo esteso a tutte le contee degli Stati Uniti inchioda i contaminanti chimici alle loro responsabilità.

Gli autori dello studio, pubblicato su "PLoS Computational Biology", sono i matematici dell'Università di Chicago, che per giungere alle loro conclusioni hanno analizzato la bellezza di cento milioni di cartelle cliniche. E hanno scoperto che dove nascono bambini malformati, nascono molti più piccoli che saranno autistici (più 283 per cento) e che soffriranno di ritardi mentali (più 94 per cento). Il fatto è che le malformazioni sono associate alla presenza, nell'ambiente, di pesticidi, piombo, farmaci e molto altro. Risultato: più inquinata è una contea, maggiore è il tasso di malformazioni e di autismo. Il legame è molto più evidente per i maschi, che risentono più delle femmine dei contaminanti e vanno incontro ad anomalie nello sviluppo dell'apparato genitale.

Il reddito della famiglia di appartenenza non pare invece influire in misura significativa, così come le vaccinazioni pregresse.

Agnese Codignola



BAMBINO CON AUTISMO.

C'è una tachicardia killer Ma ora si cura con i geni

La rara aritmia uccide all'improvviso Nuove chance con la calsequestrina

Malattia infida

L'anomalia sfugge
agli esami
basta uno choc
e diventa fatale
L'equipe di Pavia
ha trovato il rimedio

di SIMONA DE SANTIS

Si chiama tachicardia ventricolare polimorfa catecolaminergica. E ferma il cuore di adulti e bambini. È una malattia rara, genetica ed ereditaria in grado di uccidere in modo fulminante una persona senza preavviso. Una specie di bomba a orologeria posizionata nel cuore che passa inosservata ma che al minimo sforzo o stress uccide senza pietà. Ed è proprio questo il punto focale. La Cptv è una patologia difficile da diagnosticare visto che l'elettrocardiogramma della persona non mostra problemi e l'organo nessuna anomalia, ma uno shock può portare a fermare il cuore che non ha le basi per poter ripartire. La ricerca è da tempo attiva su questo tema e solo nel 2000 si è riusciti a collegare la patologia al

gene calsequestrina (CASQ2). Oggi

la stessa équipe di ricerca della Fondazione Salvatore Maugeri di Pavia che identificò l'anomalia, ha messo a punto la terapia genica che guarisce da ciò che finora guaribile del tutto non era.

La correzione

I ricercatori sono riusciti a correggere il gene nella forma recessiva della malattia, non solo nei topi neonati ma anche negli adulti che già hanno manifestato i sintomi. I risultati degli esperimenti sono stati pubblicati sulla rivista *Circulation* e aprono a prossimi studi sull'uomo per trasferire nel più breve tempo possibile la cura dai laboratori alla clinica. I pazienti affetti da questa malattia presentano un elettrocardiogramma normale e nessuna anomalia strutturale a livello cardiaco.

Senza sintomi

Una normalità apparente che può essere sconvolta all'improvviso. E pur disponendo di diversi farmaci, spesso non sono sufficienti a proteggerli dall'arresto cardiaco. Così l'impianto di un defibrillatore, terapia non sempre percorribile nei bambini, può non essere in grado di impedire lo scatenarsi delle aritmie fatali. Gli scienziati hanno utilizzato dei virus resi innocui in laboratorio per inserire nei topi un nuovo gene della calsequestrina, capace di produrre una proteina funzionante. Il virus ha raggiunto le cellule cardiache e ha ripristinato i livelli normali di calsequestrina, preservando la normale struttura del cuore. I topi trattati con la terapia genica, infatti, non sviluppano più aritmie letali. Ma la scoperta ancora più importante è stata vedere gli stessi risultati sia nei topi neonati che in quelli adulti.

Scenari futuri

Questo permetterà in futuro di trattare

anche i pazienti in cui viene diagnosticata la malattia in età adulta. Lo Studio mostra che già 6 settimane dopo la terapia in topi adulti la patologia scompare e gli effetti sono ancora presenti anche a un anno dalla somministrazione del virus. Ora, spiegano gli esperti, si dovranno raccogliere dati a lungo termine per chiedere le autorizzazioni a procedere con lo sviluppo di uno studio clinico, per portare così i risultati anche sull'uomo. Sicuramente questa scoperta apre scenari interessanti anche per gli studi su altre forme di malattie genetiche ereditarie che causano morte improvvisa, come la "morte in culla". Ora gli esperti raccoglieranno i dati a lungo termine per chiedere le autorizzazioni a procedere con lo sviluppo di uno studio clinico, per portare così i risultati anche sull'uomo. All'agenzia europea del farmaco intanto è stata già chiesta la designazione di farmaco orfano per questa terapia, così da accelerare l'approdo in clinica di nuovi farmaci anche per altre malattie rare.

Un chip nel cervello controllerà le malattie mentali

Un dispositivo impiantabile nel cervello per controllare le emozioni delle persone con malattie mentali. È il progetto al quale lavorerà negli Usa un team di ricercatori del Massachusetts General Hospital, in collaborazione con l'Università della California. Si tratta di un nuovo programma finanziato dal Dipartimento della Difesa Usa. Il device dovrà servire a captare l'attività anormale nel cervello usando un algoritmo, e poi inviare impulsi elettrici a precise aree cerebrali che dovrebbero sopprimere il segnale anomalo. L'obiettivo è arrivare a trattare circa 7 condizioni psichiatriche inclusi la depressione, il disturbo da stress post-traumatico e la dipendenza. Se una persona è in crisi d'astinenza ad esempio sarà possibile intercettare questo segnale e stimolare il cervello dall'interno per farla smettere. Secondo il programma, chiamato Subnet, i due team lavoreranno insieme ad altre istituzioni pubbliche e private, con i primi test sull'uomo già entro due o tre anni. Per evitare usi impropri di questa tecnologia tutti gli esperimenti sono supervisionati da un comitato etico. Il team si augura di cominciare a studiare il device nell'uomo entro il 2019.