

DIRIGENZA MEDICA

Il mensile dell'Anaao Assomed

SPED. IN. A.P. ART. 2 COMMA 20/b - 45% - L. 662/96 DCB ANCONA

Editoriale

8 SETTEMBRE: AL VIA LA TRATTATIVA

di Serafino Zucchelli

Queste righe sono scritte il 5 settembre alla vigilia della ripresa dell'attività sindacale. L'8 settembre comincia all'Aran la trattativa per il rinnovo del contratto nazionale di lavoro scaduto il 31 dicembre 2001. Il rinnovo è distinto in un quadriennio normativo (2002/2005) e due bienni economici (2002/2003-2004/2005).

L'entità della cifra destinata dal comitato di settore (Governo e Regioni) al rinnovo del primo biennio è pari al 5,66% della massa salariale. Quella decisa per il secondo biennio nel recente Dpef e offerta dal Governo nella trattativa in corso a Palazzo Chigi e che dovrà esser sancita per il 2005 nella finanziaria, è del 3,6% a fronte di richieste di tutto il fronte sindacale dell'8%.

Il clima in cui si apre la trattativa non è stato certo reso né sereno, né favorevole dalle dichiarazioni di Vegas, Sacconi, Mazzella, Siniscalco che si sono succedute negli ultimi due mesi, tutte ostili al Pubblico Impiego accusato di volta in volta di essere esuberante nei numeri, detentore di privilegi pensionistici e destinatario negli ultimi anni di incrementi stipendiali, come dichiarato dall'Istat, superiori al tasso della inflazione reale. Un'offensiva specifica, poi, è stata condotta verso i dirigenti del pubblico impiego che con i contratti individuali avrebbero realizzato incrementi stipendiali spropositati ed improduttivi.

Noi non sappiamo di chi stiano parlando costoro.

I dirigenti medici del Ssn sono forse numerosi come numero complessivo, ma molto spesso scarsi nei luoghi di lavoro per una irrazionale distribuzione della rete ospedaliera (troppi ospedali piccoli e talora insicuri) mai sottoposta a reale riorganizzazione per mancanza di volontà politica, nonostante i nostri ripetuti ed inascoltati richiami.

Di privilegi pensionistici non vi è alcuna traccia. Lamentiamo, anzi, un grave ritardo nella creazione di fondi integrativi, l'esclusione dal novero delle categorie che possono cumulare allo stipendio l'entità dei contributi previdenziali per procrastinare il pensionamento e temiamo un ulteriore peggioramento della nostra situazione previdenziale che potrebbe derivare dai decreti delegati della riforma Maroni e dal destino dell'indennità di rapporto

segue a pag. 3

UN CONTRATTO DIFFICILE

La nostra forza, il nostro impegno

Quando leggerete questo numero del nostro giornale le trattative sindacali per il rinnovo del contratto della dirigenza medica dovrebbero essere finalmente avviate. Si parte in un clima difficile. Per la scarsità delle risorse economiche da destinare al sistema sanitario e in generale al "sistema Paese". Per la scommessa azzardata di fare una finanziaria "senza tagli e senza tasse", annunciata dal Governo il 3 settembre scorso, quando si sa, sempre secondo quanto ribadito dallo stesso Ministro dell'Economia, che serviranno risparmi per almeno 24 miliardi di Euro al netto della promessa riduzione delle tasse, per restare nei limiti di disavanzo europei.

In questo quadro il nostro contratto rischia di restare schiacciato e mortificato nelle sue aspettative.

Di ciò dobbiamo essere consapevoli. Ma proprio per questo dobbiamo essere compatti e fermi nel tener duro sulle nostre proposte. Proposte ben evidenziate nella vertenza salute di primavera. Proposte che, per la prima volta dopo anni, hanno riunito il fronte medico (e non solo) su parole d'ordine essenziali per la stessa salvaguardia del Ssn. Queste proposte le conosciamo. Non sono rivoluzionarie né tanto meno velleitarie. Sono assolutamente in linea con quanto in tutti i Paesi avanzati hanno chiesto (e in gran parte ottenuto) i colleghi dirigenti della sanità pubblica: attenzione alle condizioni di lavoro a partire dalla aree più esposte; ripensare il "modo" di stare negli ospedali riponendo al centro il paziente e conseguentemente il medico che ne è il primo garante di un'assistenza appropriata; trasparenza nei meccanismi di progressione di carriera e nell'assegnazione degli incarichi e delle responsabilità; garanzie da parte delle aziende sulla fattibilità dei programmi di formazione continua liberando il medico dalla giungla di interessi che si è creata attorno all'ecm; avviare le basi per la creazione di un fondo pensioni integrativo che consenta di convivere con il nuovo assetto pensionistico appena riformato dal Governo; garanzie sul mantenimento del potere d'acquisto dopo l'avvio dell'Euro e della crescita esponenziale dell'inflazione reale; avviare finalmente meccanismi premianti anche al di là degli incarichi formali e dell'assunzione di responsabilità organiche. Insomma, come vedete, nulla di così trascendentale da giustificare i tentativi grossolani di molti esponenti politici e di governo, ma anche di qualche economista

"anti-pubblico", che hanno avviato una pesante campagna di delegittimazione del pubblico impiego. Non è la prima né l'ultima volta che assistiamo al balletto delle accuse su privilegi e prebende di cui godremmo ma che nessuno di noi ha mai visto. Ma stavolta la polemica "privato efficiente- pubblico parassita" si inserisce in un contesto economico molto delicato dove qualcuno potrebbe anche essere tentato dalla penalizzazione dei rinnovi in favore di qualche risparmio.

Su tutto questo non basta più vigilare e stigmatizzare. La categoria deve riprendere, e se possibile rafforzare ancora, quella compattezza totale che ha dimostrato di avere negli scioperi dei mesi scorsi e soprattutto nella convinzione di essere nel giusto quando si chiedono risorse adeguate per la salute dei cittadini.

L'Anaao Assomed c'è. E' in prima linea e, siate certi, non sverderà alcunché. Nello stesso tempo, è il nostro ruolo, tratteremo, discuteremo, faremo sempre le nostre controproposte. Ma tutto ciò avrà senso e possibilità di vittoria se dietro ci sarete voi e con voi tutti i vostri colleghi anche non iscritti o iscritti a un altro sindacato. La battaglia è una e la vittoria la possiamo raggiungere solo insieme e convinti della nostra forza.

MANDA LA TUA E-MAIL

Al fine di migliorare i servizi agli associati e rendere tempestiva la diffusione delle comunicazioni Anaao Assomed, invitiamo tutti gli iscritti ad inviare il loro indirizzo di posta elettronica - indicando dati anagrafici e numero di iscrizione - al seguente indirizzo: posta@anaao.it. Sarete iscritti anche alla NEWSLETTER che vi sarà recapitata ogni settimana sulla vostra casella di posta con gli ultimi aggiornamenti sull'attività politica e sindacale e con i link ai principali documenti.

CCNL 2002-2005

Autunno caldo: partita la trattativa per il rinnovo del contratto.

All'interno le integrazioni dell'Anaao Assomed alla piattaforma

ARTICOLO A PAGINA 2

VERTENZA SALUTE

I segretari aziendali di otto realtà ospedaliere, dal nord al sud d'Italia, raccontano come hanno vissuto la Vertenza

SERVIZI ALLE PAGINE 4-6

PRIMO PIANO

Al via il nuovo sistema previdenziale. Cosa prevede la legge delega che riforma la previdenza. Le novità per andare in pensione

ARTICOLI ALLE PAGINE 7-8

ATTUALITÀ

Il rapporto Istat sulla sanità e la relazione della Corte dei Conti sulla finanza regionale nel biennio 2002-2003

ARTICOLI ALLE PAGINE 9-10

SPECIALE REGIONI

Su questo numero focus su: Emilia Romagna. Intervista all'assessore alla sanità Giovanni Bissoni. Il punto di vista del segretario regionale Anaao Assomed Carlo Lusenti

SERVIZIO ALLE PAGINE 12-13

CCNL 2002-2005

Partita la trattativa per il rinnovo del contratto

Alla vigilia della pausa estiva, il 21 luglio è stata inaugurata all'Aran la stagione che porterà al rinnovo del contratto di lavoro della dirigenza medica che resterà in vigore fino al 31 dicembre 2005. Con 31 mesi di ritardo, le parti sono tornate, quindi, a confrontarsi per quella che si preannuncia una trattativa tutt'altro che semplice.

Dopo i convenevoli di rito ed alcune precisazioni introduttive affidate a Guido Fantoni presidente dell'Agenzia, Silvana Dragonetti – il dirigente che guiderà la delegazione Aran nel corso della contrattazione – ha illustrato in maniera puntuale ed esauritiva i contenuti dell'atto di indirizzo sui quali verterà l'intera trattativa. Le organizzazioni sindacali hanno preso atto, riservando le proprie osservazioni ad una

fase successiva, degli indirizzi normativi messi a punto dal comitato di settore (orario di lavoro, contratto individuale, prestazioni aggiuntive, comitato dei garanti, sistema delle verifiche e relazioni sindacali). Allo stesso modo si è preso atto del ruolo più determinante che in questa tornata contrattuale l'atto di indirizzo intenderebbe affidare alle regioni a seguito dell'emanazione della legge 3 del 2001.

Quanto agli aspetti economici l'incremento percentuale del 5,66 per il primo biennio 2002-2003 (pari a 268 euro mensili lordi/medi/pro capite a regime) è previsto dall'atto di indirizzo che venga ripartito a ristoro del trattamento fondamentale secondo il tasso inflattivo, mentre ciò che resta sia da riversare esclusivamente nel fondo di risultato.

Dopo questa esposizione unilaterale dell'Aran dell'atto di indirizzo, le organizzazioni sindacali hanno chiesto di rendere noti nel più breve tempo possibile i dati sulla rappresentatività di ogni sigla sindacale coinvolta nella trattativa. Quindi è stato chiesto di calendarizzare i temi da trattare in modo da poter anche avviare un confronto all'interno di ogni associazione sindacale. La discussione inizia l'8 settembre con gli istituti normativi consolidati degli ultimi contratti di lavoro (ferie, comitato dei garanti). Al fine di non tralasciare alcun argomento, l'Aran ha chiesto ai sindacati di aggiornare le proprie piattaforme contrattuali, presentate ormai più di due anni fa. Di seguito le integrazioni dell'Anaao Assomed, inviate all'Aran il 30 luglio.

Integrazioni alla piattaforma Anaao Assomed per il rinnovo del Ccnl 2002-2005

Riassumiamo le integrazioni Anaao Assomed alla piattaforma contrattuale già presentata nel novembre 2001, in 3 capitoli:

1. tematiche legate alla Organizzazione del lavoro
2. aspetti contrattuali del Governo clinico
3. le questioni economiche

1. ORGANIZZAZIONE DEL LAVORO

L'orario di lavoro deve rimanere definito ed invariato nella sua quantità settimanale (34h+4h) all'interno del quale contenere tutte le attività istituzionali, comprese le guardie garantendo i riposi pre e post guardia a tutela della salute degli operatori e della sicurezza dei pazienti.

Sul piano della remunerazione rivendichiamo una forte rivalutazione economica del lavoro notturno e disagiato, da chiunque prestato e delle reperibilità da ottenere anche attraverso un finanziamento aggiuntivo.

Intendiamo, inoltre, regolamentare con norma nazionale l'eventuale attività volontaria eccedente l'orario contrattuale dovuto individuando i criteri per definire i tetti orari massimi accettabili e le retribuzioni minime da attribuire a costi extra contrattuali a carico dell'Azienda.

Inseriamo in questo capitolo anche il grande tema delle relazioni sindacali con l'obiettivo di sancire un ruolo più incisivo del sindacato nelle materie dell'organizzazione del lavoro, dell'individuazione delle posizioni dirigenziali e dell'affidamento degli incarichi e relativa retribuzione.

Riteniamo necessario ottemperare alla Dichiarazione Congiunta n. 13 del Ccnl integrativo (Code contrattuali) relativo alla lotta al mobbing.

2. GOVERNO CLINICO

Nel secondo sommario capitolo inseriamo tutti gli aspetti contrattuali genericamente attinenti al cosiddetto "governo clinico" nell'intento di creare tutte le condizioni possibili, in tutti i modi e ai vari livelli, per favorire la partecipazione dei professionisti alle scelte aziendali. Intendiamo valorizzare – anche attraverso opportune modifiche – tutti quegli istituti contrattuali che possono promuovere e tutelare l'autonomia e la responsabilità della dirigenza medica rispetto al monocraticismo decisionale del Direttore Generale e cioè:

- rafforzare il ruolo del sindacato nella definizione dei criteri per l'affidamento degli incarichi dirigenziali;
- semplificare il sistema delle verifiche professionali e tecniche, troppo frequenti e burocratiche, mantenendole, comunque, all'interno del dipartimento, predisponendo schemi tipo di contratti individuali che definiscano la durata minima del rinnovo dell'incarico, la tipologia delle responsabilità affidate, l'eventuale budget e i connessi obiettivi, nonché gli indicatori di risultato;

- definire una progressione economica per tutti coloro che, titolari di incarichi professionali, superano positivamente la verifica, attraverso un incremento del minimo di posizione, non riassorbibile dagli incrementi relativi all'affidamento di incarichi di direzione di struttura;
- riaffrontare e congruamente risolvere il problema della copertura assicurativa quale parte di una più complessa risposta al fenomeno del contenzioso medico-legale;
- governare gli obiettivi, le procedure e gli strumenti dell'aggiornamento e formazione permanente sancendo innanzitutto che gli obblighi Ecm devono essere soddisfatti con le risorse rese disponibili dalle Aziende e che solo allora, eventualmente e con modalità da contrattare, sarà possibile individuare e praticare forme di penalizzazione per gli inadempienti;
- ribadire il valore aggiunto, professionale ed economico, della libera professione nelle attuali molteplici espressioni organizzative e gestionali, creando le condizioni normative ed economiche affinché le Aziende cerchino e trovino in questo istituto contrattuale quegli ulteriori elementi di flessibilità quantitativa e qualitativa delle attività mediche, non comprimibili nell'orario di lavoro contrattualmente dovuto. In questo contesto vanno ridefinite norme che rendano più accessibili tutte le forme di attività libero professionale ai dirigenti che operano nell'ambito dei servizi di diagnosi (laboratorio analisi, radiologia etc);
- regolamentare il numero, la tipologia ed i contenuti economici e normativi dei cosiddetti contratti atipici, in funzione di tutela sia di coloro che lo sottoscrivono sia della funzionalità dell'equipès interessate per l'evidente natura anonima di questi professionisti, pagati solo per produrre prestazioni;
- definire modalità applicative della Legge 251/2000 allo scopo di predeterminare le posizioni dirigenziali e relativa attribuzione dei costi, omogeneizzare i requisiti e le modalità di accesso agli incarichi fermo restando il principio di non sovrapposizione delle competenze e delle responsabilità, nell'ambito delle Unità Operative;
- il parere espresso dal Comitato dei Garanti deve mantenere il carattere sovraordinato rispetto all'istanza di recesso.

3. LE QUESTIONI ECONOMICHE

Nel terzo capitolo riassumiamo invece i nostri orientamenti su questioni più spiccatamente economiche e cioè:

- l'indennità di rapporto esclusivo, nella sua entità economica e nelle sue attuali modalità di erogazione, è un punto irrinunciabile della nostra piattaforma contrattuale, non c'è nessuna disponibilità nostra a ricontrattarla a qualsiasi titolo;
- rivendicare un tabellare annuo unico della dirigenza medica pari a quello ad oggi riconosciuto agli altri dirigenti dello Stato e degli Enti Locali;
- istituire un fondo previdenziale integrativo contrattuale della dirigenza medica e veterinaria, eventualmente estensibile alla restante dirigenza del Ssn.

PUBBLICO IMPIEGO: INCONTRO GOVERNO-SINDACATI

Trattativa in salita per il 2° biennio economico

di Domenico Iscaro*

Il 29 luglio si è svolto presso il ministero della Funzione Pubblica il secondo incontro tra Governo e sindacati sul tema del rinnovo dei contratti di lavoro del Pubblico impiego, naturale continuazione del precedente incontro di Palazzo Chigi del 3 giugno.

L'Anaao Assomed ha partecipato all'incontro in quanto componente della Cosmed e sebbene con il risultato acquisito di aver ottenuto il tavolo del rinnovo contrattuale, fortemente interessata (nonché preoccupata), al pari degli altri settori del Pubblico impiego, al finanziamento del secondo biennio economico 2004-2005.

Assente, al solito per motivi politici non rinviabili, il ministro della Funzione Pubblica Luigi Mazzella, il compito di presiedere il tavolo di parte pubblica e di introdurre la riunione è spettato all'avvocato Massimo Massella, Capo di Gabinetto del ministro.

L'introduzione è breve e deludente. Ancora rinviata, a causa della mancata approvazione del Documento di Programmazione economico-finanziaria, la definizione del tasso di inflazione programmata, indispensabile al rinnovo dei contratti di lavoro, il piatto forte del Governo è la proposta di dare vita a due tavoli tecnici Governo-Sindacati.

Il primo dedicato alla materia della contrattazione e del rinnovo dei contratti, nella maggior parte scaduti da circa 9 mesi (ma alcuni come quello della Ricerca da quasi 4 anni) e alla verifica congiunta delle relative problematiche.

Il secondo dedicato alla materia previdenziale, in particolare al capitolo della previdenza complementare ormai necessaria alla luce della riforma delle pensioni appena approvata.

Se dopo l'incontro di Palazzo Chigi del 3 giugno scorso esistevano perplessità da parte sindacale per il comportamento del Governo in alcuni momenti ritenuto addirittura reticente, adesso è molto evidente la delusione, la rabbia, il senso di impotenza di fronte ad una politica governativa che non rispetta i tempi già concordati e che mira a dilazionare, sotto la pressione del debito pubblico e degli impegni di spesa, il rinnovo dei contratti di tre

milioni e mezzo di lavoratori del pubblico impiego.

I successivi interventi delle Confederazioni sindacali rispecchiano questi sentimenti con toni diversi a seconda della posizione e della storia del sindacato. Secondo le maggiori confederazioni i tavoli proposti possono essere accettati se finalizzati a trovare soluzioni e non certo per approfondire o analizzare argomenti ormai ampiamente conosciuti.

La definizione unilaterale del tasso di inflazione programmata è vista come una conferma della politica di contrapposizione scelta dal Governo nella gestione delle relazioni sindacali.

Inoltre tutte le forze sindacali concordano nel ritenere che se il dato dell'inflazione programmata (ufficialmente consegnato solo il giorno dopo - ndr) sarà uguale a quanto filtrato sui giornali e cioè intorno al 1,6% per il 2005, esso risulterà molto inferiore ai dati dell'inflazione reale riportati dall'Istat (2,3% nel mese di luglio) ed insufficiente a coprire il potere di acquisto dei salari.

Inoltre nulla viene detto sui tempi e i modi di reperimento delle risorse per coprire il prevedibile scostamento dall'inflazione reale che già si annuncia dello 0,7-0,8 %.

Stante queste premesse e la grave crisi economica del Paese, per la quale si preannuncia una manovra finanziaria durissima con tagli di 24 miliardi di euro che toccheranno in particolare la Pubblica Amministrazione, appare chiaro in tutti gli interventi che si susseguono in fotocopia che a settembre si andrà incontro ad un inevitabile aumento del conflitto sociale e c'è anche chi si spinge a preannunciare forme di lotta senza il rispetto delle norme di regolamentazione dello sciopero.

L'INTERVENTO DELL'ANAAO ASSOMED

L'Anaao Assomed nel suo intervento ha ricordato che l'apertura del tavolo contrattuale della Dirigenza medica presso l'Aran è stato ottenuto dopo quasi tre anni dalla scadenza e a prezzo di tre scioperi generali e di una grande manifestazione nazionale a Roma, che insomma non è

stato il frutto di una attenta politica di programmazione dei rinnovi contrattuali del Pubblico impiego da parte del Governo, come furbescamente era sembrato di cogliere nella introduzione dell'avvocato Massimo Massella. E inoltre se anche questo successo è motivo di soddisfazione per i sindacati della Dirigenza medica e sanitaria, non è possibile dimenticare e sottovalutare la grave crisi in cui versa il Servizio sanitario nazionale a causa del sottofinanziamento e del grave deficit che pesa sulle Regioni, come peraltro evidenziato dal rapporto dell'Istat sui conti della Pubblica Amministrazione (-5,4 miliardi nel 2003) e dalla relazione della Corte dei Conti sulla finanza regionale ("i livelli di finanziamento e la loro relativa evoluzione non si sono rilevati coerenti con l'andamento dei costi").

Una crisi della sanità pubblica che, ricordava l'Anaao Assomed in quella sede, non può lasciare indifferente la Dirigenza medica che è consapevole di quanto sia miope una prospettiva di rinnovo contrattuale senza un intervento strutturale sul Ssn. Non può esistere una Dirigenza medica forte e all'altezza della professionalità che oggi la scienza medica richiede senza un Ssn rafforzato e adeguatamente finanziato.

Quindi insieme agli altri sindacati confederali l'Anaao Assomed ribadiva la sua posizione contraria al tasso di inflazione programmata indicato dal Governo e confermava la richiesta dell'8% di incremento per il biennio 2004-2005.

La replica dell'avvocato Massella si esauriva in poche battute, un richiamo al senso di responsabilità, una proposta di calenderizzazione del lavoro dei tavoli e buone vacanze a tutti!

In conclusione una sola impressione da conservare e meditare sotto l'ombrellone o passeggiando sui monti: a settembre sarà dura. L'apertura del tavolo contrattuale è solo l'inizio. La strada da fare è ancora lunga, ma la fiducia e le capacità per arrivare alla fine non ci mancheranno.

*Vice Segretario Nazionale Anaao Assomed

segue dalla prima

8 SETTEMBRE: AL VIA LA TRATTATIVA

esclusivo, così imprudentemente modificata.

Quanto poi al mantenimento del potere d'acquisto, dall'ultimo contratto in poi, mentre l'inflazione cresceva nella realtà ben più di quello che l'Istat registrava, la nostra categoria non ha visto un euro e non può essere considerato incremento stipendiale l'indennità di rapporto esclusivo che monetizza la rinuncia di un diritto, tant'è che scompare quando si recupera il diritto.

Non ci lasceremo certo intimidire da queste polemiche estive e porteremo sul tavolo contrattuale ciò che innumerevoli assemblee nei luoghi di lavoro e momenti istituzionali della nostra associazione - ultimo dei quali la conferenza organizzativa di Giovinazzo del 9 luglio scorso - ci hanno assegnato come compito:

- ridiscutere le condizioni di lavoro, a cominciare da quegli istituti nei quali più che in altri si esprime il disagio dei medici quali le guardie e le pronte disponibilità. Età media crescente, organici ridotti e bloccati da due finanziarie, crescita del numero dei medici a rapporto libero professionale, responsabilità sempre maggiori, attese crescenti dei cittadini, coperture assicurative inadeguate, aziende sotto finanziate, costituiscono una miscela che impone un ripensamento ed un riaggiustamento del nostro modo di stare negli ospedali e nelle strutture del Ssn. Questo deve essere il contratto delle condizioni di lavoro;

- recuperare il più possibile il potere d'acquisto perduto favorendo le parti fisse della retribuzione;
- introdurre meccanismi premianti, il crescere delle capacità professionali anche indipendentemente dall'assunzione di responsabilità gestionali;
- difendere l'orario di lavoro e la commissione di garanzia regionale;
- rendere più trasparenti i criteri di conferimento degli incarichi e delle verifiche, semplificate nel numero, garantite nel collegio giudicante, interno al dipartimento per gli aspetti professionali;
- pretendere dalle aziende garanzie economiche e organizzative per poter assolvere gli obblighi Ecm ed opporsi alle penalizzazioni;
- verificare la possibilità di istituire un fondo previdenziale integrativo contrattuale di categoria;
- affrontare il problema dei contratti atipici;
- cercare di accrescere in tutti i modi possibili il potere contrattuale del sindacato nelle aziende.

Non sarà certo facile ottenere risultati significativi in una situazione difficile come quella attuale se non saremo compatti e se i medici non ci seguiranno con attenzione. Cercheremo di gettare sul tavolo contrattuale il peso che la categoria ha acquistato nelle lotte di primavera, ma per non perdere il prestigio conquistato sarà necessario che nel rivendicare ciò che riteniamo ci spetti, non ci dimentichiamo dei problemi dei cittadini e delle gravi difficoltà in cui tuttora versa il Ssn: sottofinanziamento e devoluzione.

Serafino Zucchelli

LA PAROLA AI SEGRETARI AZIENDALI DI OTTO IMPORTANTI REALTÀ OSPEDALIERE DAL PIEMONTE ALLA SICILIA

Non è il momento di smobilitare

La vertenza per la salute ha segnato un importante momento dell'azione sindacale nella prima metà dell'anno, facendo dei quadri sindacali i principali artefici a livello locale del suo indiscutibile successo.

Sebbene da più parti si possa pensare ad un esaurimento della vertenza, forse superata dal sopraggiungere dell'apertura delle trattative per il rinnovo del contratto, in realtà i temi posti, quello del sottofinanziamento e della devoluzione, sono ancora molto attuali e sentiti in periferia. Soprattutto perché questi temi, che molti considerano, a torto, di interesse troppo generale, finiscono inevitabilmente per avere risvolti nella vita professionale quotidiana. Su questi temi e problemi abbiamo raccolto le testimonianze di alcuni segretari aziendali, espressione appunto delle realtà locali, e a loro abbiamo chiesto di raccontarci come è stata vissuta la vertenza, anche nei rapporti con gli altri sindacati, come è visto il futuro nell'ottica della devoluzione e cosa si aspettano dal nuovo contratto di lavoro

Interviste a cura di Paola Carnevale e Silvia Procaccini

"RAFFORZARE LA CONTRATTAZIONE REGIONALE"

CARLO ROMANO
Segretario aziendale Asl 3 Torino

Nella nostra azienda l'applicazione formale delle modalità contrattuali è sempre stata rispettata. Le posizioni sono state fatte in tempi ragionevoli rispetto al contratto nel corso del 2001. È stato redatto un regolamento della libera professione intramoenia che poi è stato incorporato nell'atto aziendale. È stato fatto un atto aziendale che fotografa la situazione dell'azienda, gli incarichi dirigenziali vengono annualmente ridiscussi secondo le modalità contrattuali.

L'aspetto, invece, su cui incontriamo maggiori difficoltà sono le modalità di concertazione, più che di contrattazione, col direttore generale, nel senso che, al di là della sua personalità che fa di lui una persona molto valida, tende a trascurare quei temi che devono essere concertati e su cui bisognerebbe avere una maggiore partecipazione della parte dirigenziale medica alla "mission" dell'azienda.

In effetti, se questa struttura verticistica ed accentrata sulla figura del direttore generale – che di fatto non fa nient'altro che applicare la legge perché è la legge che gli attribuisce queste responsabilità – venisse in qualche modo attenuata da differenti modalità di conferimento degli incarichi e di discussione degli obiettivi in cui fossero coinvolti anche i medici e i rappresentanti sindacali, se, in sostanza, ci fosse una maggiore concertazione rispetto agli obiettivi generali della "mission" dell'azienda, i medici sarebbero soddisfatti di poter considerare accettabile il livello delle relazioni sindacali, pur non potendo disporre di fondi molto alti.

Rispetto al sottofinanziamento e alla devoluzione la regione Piemonte è una delle regioni meno sfortunate.

Le risorse aggiuntive ad esempio le abbiamo e forse in un processo devolutivo saremmo tra quelle che non avrebbero da perdere.

Nonostante questo, non siamo d'accordo nel complesso con la devoluzione applicata alla sanità, mentre, saremmo d'accordo a rafforzare il livello regionale di contrattazione per avere una maggiore perequazione delle risorse tra le aziende. Ci sono alcune aziende ospedaliere ad alta tecnologia che dispongono di molte più risorse, in cui la presenza dell'Università le ha in qualche modo implementate.

Ci sono, invece, alcune Asl territoriali che hanno una minor quantità di risorse.

La differenza sui fondi a volte è notevole: se si introducesse un livello di contrattazione regionale più forte, mentre adesso è tutta spostata tra un livello di contrattazione centrale ed uno aziendale, probabilmente si introdurrebbe da un lato la possibilità per le segreterie regionali di ottenere qualcosa in più a livello regionale e introdurrebbe una perequazione delle Asl e Aso della Regione.

"MAGGIORE CONCERTAZIONE SU OBIETTIVI IMPORTANTI"

JEAN LUIS RAVETTI
Vicesegretario Anaao Assomed Liguria

La vertenza per la salute ha visto un'ampia partecipazione dei colleghi della mia azienda perché ha risposto alla necessità di far emergere problemi sempre più pressanti. Si è riusciti a mantenere uno spirito unitario, superando tutti gli interessi di parte, anche quelli tra i primari e gli altri dirigenti medici. L'unione con gli altri sindacati è stata raggiunta rapidamente e sen-

titamente ed è stata portata avanti con serietà e con rispetto da parte delle varie sigle che non hanno utilizzato questa vertenza in modo particolaristico.

Le esigenze principali rappresentate dagli iscritti sono state, quindi, assolutamente ben rappresentate, anche se alcuni aspetti sono stati maggiormente sentiti dalla categoria come, ad esempio, quello dell'educazione continua in medicina dal momento che i medici si stanno accorgendo di dover impegnare molto tempo all'aggiornamento suppletivo per raggiungere una formazione veramente adeguata.

Ulteriori aspetti su cui ritengo importante soffermarmi riguardano la necessità di una maggiore pianificazione, di una maggiore attenzione all'operato dei medici, di una maggiore finalizzazione del lavoro medico alle esigenze della popolazione della Liguria che è composta da un'alta percentuale di anziani, una popolazione destinata ad aumentare per la forte mobilità.

Chiediamo, in sostanza, maggiore concertazione come modalità operativa di lavoro che vada al di là di incontri sporadici segnati da troppe parole, ma che, invece, impegni le parti nella discussione di obiettivi importanti che abbiano nel tempo la continuità di un confronto serrato.

Rispetto ad un altro tema posto dalla vertenza, quello della devoluzione, posso dire che la regione Liguria si trova solo geograficamente a nord dell'Italia, ma si può posizionare con le regioni del sud per quanto riguarda i finanziamenti. Abbiamo grosse esigenze sulla popolazione che sono state riconosciute a livello nazionale con fondi aggiuntivi. Però, una "deregulation" completa e quindi una finalizzazione del servizio sanitario sulla base di un finanziamento specifico, rischierebbe di ridurre un sistema che già è estremamente sofferente. Da ultimo, ma solo per ragioni cronologiche, alcune riflessioni sul contratto di lavoro.

I medici si aspettano un miglioramento delle condizioni del lavoro e della sicurezza del lavoro, un comitato dei garanti che sia rispettato, una esplicitazione degli obiettivi.

I medici, infatti, si sentono troppo distanti dalle scelte dei direttori generali, il cui strapotere si riflette in programmi che vengono calati sulla componente medica, anche implicando chiusure, aperture, storni di attività verso obiettivi che sono assolutamente slegati da un'ottica complessiva. Quindi questa pianificazione che vogliamo a livello regionale, anche a livello delle aziende riveste molta importanza

"IMPORTANTI SUCCESSI SINDACALI A LIVELLO LOCALE"

GIANCARLO PIZZA
Segretario aziendale Azienda Ospedaliera Policlinico Malpighi Bologna

Il risultato complessivo della vertenza per la salute, dalla manifestazione del 3 dicembre al Teatro Capranica di Roma ad oggi, è stato per quanto riguarda i colleghi uno scatto di orgoglio importante perché è nata una consapevolezza molto forte di una serie di diritti e di aspettative.

Ma l'altro aspetto, forse più rilevante, è stata la grande attenzione dei cittadini sulle cose che proponiamo perché siamo riusciti a far capire (soprattutto la nostra associazione quella trainante all'interno dell'azienda) ai cittadini e ai pazienti che gli scioperi dei medici sono fondati sul tentativo di conservare una conquista sociale che è il Ssn.

Abbiamo, però, avuto modo di constatare che questo è un Governo che non è interessato al Ssn, è un governo che ignora e ha portato allo scontro sociale le diverse categorie.

All'interno della mia azienda, a seguito di una vertenza molto forte conclusasi con importanti successi sindacali, l'attenzione nei nostri confronti è altissima e tale da farci guadagnare un atteggiamento di assoluto rispetto e di considerazione da parte della direzione generale. Per quanto riguarda per esempio istituti contrattuali importanti quali le posizioni, lo stipendio di risultato, i progetti obiettivo nell'ambito dello stipendio di risultato, abbiamo oggi fatto una contrattazione molto avanzata, facendo in modo che l'emolumento di posizione per l'incarico di alta specializzazione che noi intendiamo come una specialità nella specialità, sia pari a quello dell'incarico di unità semplice.

Altro problema risolto è quello dei progetti obiettivo che sono quell'elemento di incoraggiamento a fare su indicazioni, cioè i progetti aziendali.

Abbiamo ottenuto che possono esistere non solo i progetti aziendali, ma anche progetti proposti da singoli gruppi di professionisti che hanno lo stesso valore di quelli aziendali.

Ovviamente i progetti devono essere sottoposti a valutazione, devono passare attraverso il comitato di dipartimento; la proposta va fatta dal direttore del dipartimento al direttore generale e poi il nucleo di valutazione trasmette le proprie

considerazioni al direttore generale. Grazie al sindacato, quindi, abbiamo conquistato non solo un ruolo di contrattazione importante, ma anche di controllo della corretta esattezza e del corretto espletamento delle procedure che portano da un lato all'attribuzione degli incarichi professionali, dall'altro alla partecipazione alla valutazione attenta delle proposte progettuali dell'azienda più nostre nei progetti obiettivo.

Tutto questo, inoltre, viene controllato da un osservatorio composto da sei membri, tre dell'azienda e tre del sindacato. L'azienda in cui opero, inoltre, trattandosi di un policlinico universitario pone tutti i problemi di integrazione già noti, con la persistente grande disparità di trattamento degli ospedalieri rispetto agli universitari.

Questi ultimi, nonostante siano un terzo rispetto a noi, hanno, infatti, maggiori opportunità di ottenere la direzione delle unità operative o di diventare capi di dipartimento.

Ho denunciato più volte questa situazione alla direzione generale e devo ammettere che c'è uno sforzo di comprensione su questi problemi. Vedremo come va a finire.

Ma ritengo che fin quando non sarà modificata la nomina del direttore generale che oggi deve essere fatta di concerto col rettore dell'Università, sarà difficile poter risolvere i problemi.

Rispetto alla devoluzione il nostro no è totale. L'Emilia Romagna riesce a chiudere quasi in pareggio il bilancio sanità ed ancora per uno o due anni ce la farà. I problemi inizieranno quando dovrà tassare i propri cittadini per poter continuare a chiudere in pareggio.

Inoltre la mia Regione vive una realtà di forte emigrazione con la presenza di molti cittadini extracomunitari curati a spese della regione, senza ricevere emolumenti da parte del centro.

Oggi la regione certamente è a difesa del servizio sanitario nazionale universalistico e questo ci trova d'accordo.

"SUPERARE LE DIVERSITÀ TRA OSPEDALIERI E UNIVERSITARI"

LUCIANO GABBANI
Segretario aziendale Azienda Ospedaliera Careggi Firenze

Il problema del rapporto con l'Università e cioè di costruire un sistema di integrazione dove gli ospedalieri possano lavorare assieme agli universitari, diventa l'elemento strutturale.

Uscendo da questo aspetto, gli elementi più importanti sono quelli, innanzi tutto, di poter lavorare in un ambiente dove ci sia la certezza delle risorse di cui si dispone, che è un meccanismo a cascata Stato-Regioni-ospedali, cioè di cosa posso disporre per lavorare.

Mi riferisco alla certezza dei meccanismi di valutazione e delle trattative di budget che noi addirittura abbiamo puntualizzato nell'atto aziendale, la certezza dell'equanimità della suddivisione delle risorse tra la didattica e l'assistenza.

In presenza di queste certezze, probabilmente, si arriverebbe ad un miglioramento dei livelli di integrazione.

Questo è importante perché è noto che

gli ospedalieri fanno assistenza, gli universitari ne fanno meno e questo per gli ospedalieri significa avere un carico enorme di ore non pagate.

Arrivare all'integrazione vuol dire, quindi, che le risorse di personale che vengono inserite nelle aziende devono essere coerenti con i bisogni assistenziali.

In questo quadro la devoluzione sarà un ulteriore problema perché rappresenta un indebolimento delle regole sindacali e del livello della competenza del sindacato.

Per cui se non si riesce a mantenere forte il momento di contrattazione nazionale, credo che a livello delle aziende miste si rischia di andare incontro a problemi grossi.

Solamente alcune realtà, forti per numero di iscritti, per impegno, per sensibilità, per storia degli ospedali, laddove gli ospedalieri sono la maggioranza rispetto agli universitari è difficile portare avanti delle forme di difesa.

Figuriamoci se vengono a mancare gli elementi di forza a livello nazionale!

Il sindacato dovrebbe prestare maggiore attenzione a questi aspetti e, forse, sarebbe opportuno inserire alcuni elementi nel contratto che consentano di superare alcuni squilibri di trattamento.

Per esempio ora con il decreto 517 la legge De Maria non esiste più ed il personale universitario può avere la retribuzione di posizione direttamente sullo stipendio.

Quindi, a parità di funzioni, l'universitario può guadagnare più dell'ospedaliero. Certo, credo che gli elementi forti strutturali del problema e cioè il riequilibrio dei poteri, sia un elemento che da solo il contratto non può superare, ma sarebbe necessario un intervento a livello della conferenza Stato-Regioni.

"I PROBLEMI DI DUE OSPEDALI DI PROVINCIA"

MARCO BENEDETTI
Segretario aziendale Asl Roma F

La mia azienda si occupa degli ospedali di Civitavecchia e Bracciano dove i problemi principali sono legati sia alla presenza, che da temporanea si sta prolungando oltre misura, di un commissario straordinario, sia, paradossalmente, alla vicinanza con Roma dove molti colleghi chiedono di essere trasferiti perché da noi le posizioni sono piuttosto basse.

Negli ultimi due anni abbiamo notato, infatti, che i fondi iniziali erano più bassi rispetto ad altre Asl e quindi i nostri stipendi inferiori.

Di questo si sono accorti finalmente i vertici aziendali che stanno trattando con la Regione un accordo per cercare di migliorare la situazione.

In più esiste il problema del disagio, oltre che logistico, dei turni di guardia e di pronta disponibilità suquali, come ospedali periferici, si fa molto affidamento.

Il personale, infatti, è estremamente scarso, con il conseguente incremento dell'attività lavorativa dei medici di turno. Il risultato è che con il passare del tempo l'età del medico avanza, iniziano le prime patologie legate al turno notturno e molti iniziano ad aver le prime inidoneità a questo servizio, che si ripercuotono sui medici idonei.

In quest'ultimo anno siamo, comunque, riusciti ad ottenere un incremento dell'indennità di circa il doppio di quelle che vengono date per contratto e si spera di incentivarla. Il mio giudizio rispetto alla devoluzione è negativo, personalmente sono contrario. Noi ci troviamo in una posizione intermedia, perché a fronte di grossi centri di eccellenza come le grosse Aziende ospedaliere romane e le aziende universitarie, viviamo una realtà periferica molto sofferente che, quindi, si ripercuote sulla qualità del lavoro del medico di periferia rispetto a quello che vive e lavora nella capitale. Quindi noi saremmo d'accordo nella centralità del servizio sanitario.

"L'ABRUZZO È UNA DELLE REGIONI PIÙ DISASTRATE E LA DEVOLUZIONE PEGGIORERÀ LA SITUAZIONE"

ANTONELLO BERNARDI
Segretario aziendale Asl 4 L'Aquila

Abbiamo portato avanti la Vertenza per la salute con grande entusiasmo, condivisibile e condivisa dalla maggior parte della dirigenza medica, senza essere collaterali a nessuna forza politica, così come si è fatto a livello nazionale e riteniamo che i risultati siano stati ottimi.

Le problematiche più sentite sono state quella della devoluzione e del sottofinanziamento ed è per questo, a mio avviso, che la vertenza deve continuare indipendentemente dai risultati contrattuali. Non dovrà essere il 2-3% di aumento di stipendio ad interrompere la vertenza che va portata avanti per due motivi. Il primo perché è la maniera di fare sindacato, è la maniera di fare politica sanitaria. Non si può prescindere dalla politica sanitaria per cercare la soluzione dei problemi della sanità. Il secondo perché portarla avanti serve ad essere da pungolo a quelle forze politiche che ora sono di opposizione interna ed esterna, ma che dovranno essere le nuove forze di rinnovamento il cui compito dovrà essere quello di rafforzare il Ssn.

Ma il Ssn non si difende solo con azioni di vertice. Ormai la politica della devoluzione ha creato davvero 22 sistemi sanitari. E l'Abruzzo è una delle Regioni più disastrose, è una delle tre o quattro regioni che non è rientrata nel patto di stabilità. Ha bisogno di recuperare economia e deve mantenere il grado di funzionalità delle strutture. Se passerà la devoluzione non sarà facile e ci vorrà un impegno serio da parte di tutti.

Paradossalmente in un contesto di devoluzione, di regione che non è rientrata nel patto di stabilità, abbiamo un'Azienda che rientra pienamente all'interno del patto di stabilità: e questi sono i paradossi del federalismo. Naturalmente è stata necessaria una grande capacità di programmazione, la forza politica esplicitata e non camuffata di dire le cose come stanno, di provvedere alla riconversione degli ospedali.

Il nuovo contratto dovrebbe provvedere proprio a potenziare e rafforzare le capacità con-

trattuali e politiche delle segreterie regionali e delle segreterie aziendali e la possibilità di aver la forza di riportare all'interno di un contesto nazionale tutte le problematiche reali di ciascuna regione senza alcun timore.

"UN CONTRATTO SNELLO CHE SIA COMPRENSIBILE A TUTTI E NON SOLO AGLI ADDETTI AI LAVORI"

GIUSEPPE D'AURIA
Segretario aziendale Asl Bari 5

La vertenza per la salute ha rappresentato un importante momento di aggregazione in termini di attenzione di tutti i colleghi, facendo emergere un profondo senso di appartenenza ad una categoria che ha visto messa in pericolo la sopravvivenza del Ssn e la garanzia per le proprie sicurezze in termini di posti di lavoro e di garanzia dei luoghi di lavoro.

Un clima condiviso con altre sigle sindacali a cui siamo uniti da molti anni conseguendo numerosi successi, nonostante le posizioni ideologicamente distinte e differenti.

I medici pugliesi sono reduci da quattro anni di blocco delle assunzioni e questo ha creato situazioni di disagio lavorativo rilevanti e paurose. I colleghi chiedono almeno tre cose.

Un contratto snello, con passaggi facilmente comprensibili da chiunque e non solo dagli addetti ai lavori. Mi riferisco alle modalità di conferimento degli incarichi e di come si verificano; valorizzazione del disagio lavorativo, in particolare delle guardie e delle reperibilità remunerate in maniera irrisoria; creare modelli organizzativi ed impegnarsi affinché questi svincolino le singole aziende da una specie di anarchia organizzativa per cui in un'azienda si può aver un pronto soccorso con tre soli medici ed in un'altra uno con 13 medici senza che ci sia un criterio né per i tre né per i tredici.

I colleghi vogliono capire, vogliono non solo il denaro, richiesta peraltro legittima dopo tre anni di assenza di contratto, ma vogliono capire a cosa hanno diritto, perché i soprusi da parte di qualche direzione generale si sono verificati e non sempre il sindacato ha avuto le armi per difendersi, in considerazione del fatto che le dinamiche contrattuali non sono così vincolanti e cogenti per essere tutelati ed essere difesi.

Quello che è mancato in assoluto nella Regione è stato un momento concertativo proprio quando si è avuto il coraggio – e lo si deve ammettere – di aver varato il piano sanitario regionale. Nel momento in cui la Puglia ha preso coraggiosamente la strada della svolta, non ha chiamato a raccolta le forze produttive sanitarie, e nel nostro caso specifico le forze sindacali mediche con le quali probabilmente si sarebbe potuto andare più velocemente e meglio in avanti.

Rispetto ai problemi che potrebbe creare la devoluzione non c'è assolutamente dubbio che il prodotto interno lordo pugliese non è né quello emiliano né quello veneto, giusto per indicare due regioni che hanno una po-

polazione simile alla nostra. Quindi è chiaro ed evidente che se il sistema sanitario regionale in regime di devoluzione deve finanziarsi soltanto con l'autonomia impositiva, è altrettanto chiaro che basta pochissimo tempo perché comunque né il trattamento economico degli operatori potrà essere uguale, né l'assistenza potrà essere uniforme su tutto il territorio. La devoluzione rappresenta senz'altro un colpo mortale, e non solo per le regioni del meridione.

"RIVALUTARE COMPLESSIVAMENTE LA FIGURA DEL MEDICO"

GRAZIELLA MALIZIA
Segretario aziendale Azienda Villa Sofia Palermo

Il lavoro svolto dal nostro segretario regionale per rivitalizzare l'intersindacale medica ha portato grossi frutti, e di conseguenza, nelle singole aziende oggi esiste l'unione sindacale che ha decretato il successo della vertenza per la salute.

Abbiamo anche cercato di spiegare nel migliore dei modi le nostre ragioni affinché i cittadini, che si preoccupano esclusivamente del disagio momentaneo, si rendano conto che oltre a motivazioni meramente economiche, esistono altri interessi in gioco che comprendono anche la difesa del diritto alla tutela della salute di tutti.

Nella mia azienda abbiamo avuto anche la fortuna di avere un direttore generale intelligente, con una buona apertura mentale, con cui si può discutere. Ed infatti, proprio grazie a questo atteggiamento, nonostante i limiti della burocrazia e quelli imposti dalle risorse finanziarie, siamo riusciti ad avere corrisposte le code contrattuali.

Di contro abbiamo, invece, un assessore alla sanità cosiddetto tecnico, eccellente professionalmente, ma che non è molto ferrato sui veri problemi alla sanità.

Gli iscritti della mia azienda, infatti, lamentano problemi ben specifici: gli atteggiamenti diseguali e discriminanti, il mobbing, i problemi di demansionamento.

Credo sia indispensabile rivalutare la dignità del medico. Che passa anche attraverso la forza del singolo professionista e cioè dal rapporto con i pazienti. Bisogna riconquistare il rapporto medico-paziente, ma devono darci gli strumenti per poterlo fare.

Nel prossimo contratto punterei proprio su questo. Forse è retorica, non lo so, ma al di là del salario, vorrei chiedere una rivalutazione complessiva della figura del medico. Un accenno anche alle verifiche. Abbiamo creato uno strumento: a questo punto o lo si applica o non ha senso. La Sicilia paga lo scotto della molta burocrazia e ciò che conta non è certo la meritocrazia. E la mia storia personale lo dimostra: ho vinto un posto di ospedaliero dopo cinque anni di ricorso al Tar. Mi arrogo il diritto di poterle dire queste cose. Se una persona vale, allora attribuiamole un ruolo perché oggettivamente verificato e meritevole.

DIRIGENZA MEDICA

Il mensile dell'Anaa Assomed

Sede di Roma: via Barberini, 3
tel. 06.48.20.154 - Fax 06.48.90.35.23
Sede di Milano: via Napo Torriani, 30
e-mail:dirigenza.medica@anaao.it - www.anaao.it

direttore
Serafino Zucchelli
direttore responsabile
Silvia Procaccini

comitato di redazione:
Alberto Andron, Piero Ciccarelli,
Antonio Delvino, Mario Lavecchia
Hanno collaborato:
Arianna Alberti,

Eva Antonioti, Paola Carnevale, Lucia Conti,
Domenico Iscaro, Francesco Mantovani,
Stefano Simoni, Claudio Testuzza

Coordinamento editoriale:
Cesare Fassari
Progetto grafico e impaginazione:
Giordano Anzellotti (art director), **Daniele Lucia**
Abbonamento annuo € 20,66
Prezzo singola copia € 2,50

Editore
Italtromo Esis Publishing
Via dei Magazzini Generali 18/20, 00154 Roma
Telefono 065729981 - fax 0657299821/2
Registrazione al Tribunale di Milano n.182/2002 del 25.3.2002
Diritto alla riservatezza: "Dirigenza Medica"
garantisce la massima riservatezza dei dati forniti
dagli abbonati nel rispetto della legge 675/96
Stampa: Tecnostampa srl - via Lebrece 60025 Loreto (An)
Finito di stampare nel mese di settembre 2004

COSA PREVEDE LA LEGGE DELEGA

Al via il nuovo sistema previdenziale

di Claudio Testuzza

Il Governo ha approvato con il voto di fiducia la legge delega che riforma la previdenza e avrà dodici mesi di tempo per emanare i decreti legislativi. Tutte le novità per andare in pensione

Prima della pausa estiva il Governo ha messo la parola fine, con il voto di fiducia, all'iter della riforma previdenziale. Almeno a questa riforma, dal momento che in poco più di dieci anni, il settore della previdenza ha subito ben quattro modifiche a cominciare dal 1993 con l'allora presidente Amato, per proseguire con la riforma Dini, più incisiva modifica strutturale del sistema che prevede l'introduzione del sistema di calcolo contributivo al posto di quello fino ad allora adottato retributivo, per approdare successivamente alla riforma Prodi, che interviene specificatamente sui criteri delle anzianità.

All'attuale ed ultima riforma appare difficile attribuire una sola paternità: bisognerà chiamarla, verosimilmente Berlusconi-Maroni, dato l'impegno del primo a proporla, e del secondo a portarla a termine. Certo è che il sistema previdenziale, con quest'ultimo intervento, subisce delle indicazioni che porteranno a modifiche significative di tutto il sistema previdenziale sia pubblico che privato. Diciamo indicazioni perché, ed è opportuno sottolinearlo, il provvedimento è una legge di delega, e che come tale dà gli indirizzi che saranno, successivamente, resi attuali e normati dai cosiddetti decreti legislativi. Cioè leggi che saranno proposte dal Governo, e che dopo una lettura nelle Commissioni di merito, diverranno, senza la necessità di un voto del Parlamento, leggi dello Stato.

Poiché i contenuti proposti nella legge delega sono diversi, saranno necessari molti e complessi decreti legislativi. Il Governo ha tempo dodici mesi, dalla data di entrata in vigore della legge, per adottare i decreti legislativi che ritiene necessari. Ma in verità potrebbe utilizzare anche periodi più ampi di tempo in considerazione soprattutto del fatto che il principio base della nuova legge, e cioè i nuovi termini temporali per ottenere la pensione d'anzianità, avranno il loro battesimo dal 1° gennaio 2008. Infatti, fino a quella data restano inalterati i criteri attualmente adottati per ottenere la pensione anticipata. Criteri che consentiranno d'andare in pensione, sino al 31 dicembre 2007, con 35 anni di

contribuzione e 57 anni d'età anagrafica, ovvero, indipendentemente dall'età, con 38 anni di contribuzione, nel 2004 e 2005; 39 anni di contribuzione, nel 2006 e 2007, e 40 anni dal 2008 in poi. Ovviamente, anche nel nuovo sistema rimangono gli attuali criteri per le pensioni di vecchiaia: con la previsione dei 60 anni per le donne e 65 anni per gli uomini. Questo senza negare che possono intervenire condizioni di liberalizzazione dell'età pensionabile (gli attuali 67 o i prevedibili 70), legati alla volontà dei singoli dipendenti che richiedessero di rimanere in servizio oltre i termini indicati per l'ottenimento del pensionamento di vecchiaia. Vediamo in pratica cosa la nuova legge dispone.

Dal 1° gennaio 2008 per ottenere il pensionamento d'anzianità bisognerà avere almeno 35 anni di contribuzione ma saranno necessari almeno 60 anni d'età. Dal 2010 occorreranno almeno 61 anni, e dal 2014 almeno 62 anni d'età. Il conseguimento della pensione sarà anche possibile, indipendentemente dall'età anagrafica con almeno 40 anni di contribuzione. Per le donne sarà possibile, dal 2008 e sino al 31 dicembre 2015, ancora andare con 35 anni di contribuzione e 57 anni d'età, ma la pensione sarà calcolata con il sistema contributivo meno conveniente dell'attuale sistema retributivo. Tuttavia per coloro che entro il 31 dicembre 2007 raggiungono le attuali condizioni per il pensionamento di anzianità – 35 anni di contribuzione e 57 anni d'età –, è prevista una "certificazione", da parte degli enti di previdenza, che consentirà loro d'andare in pensione, anche successivamente, indipendentemente dalle nuove norme. Per i lavoratori, la cui pensione è liquidata, esclusivamente, con il sistema contributivo, il requisito anagrafico richiesto, oggi di 57 anni, viene elevato a 60 anni per le donne e 65 anni per gli uomini. A prescindere dal requisito anagrafico possono, comunque, ottenere la pensione con un'anzianità contributiva di almeno 40 anni, ovvero con 35 anni di contribuzione e i nuovi requisiti d'anzianità previsti per il periodo 2008/2013.

È previsto, per il periodo 2004-2007, al fine di incentivare

il posticipo del pensionamento, un "bonus", dell'importo dei contributi previdenziali nello stipendio, per chi, in possesso dei requisiti per andare in pensione d'anzianità ritarderà l'uscita. Il "bonus" attualmente è indicato solamente per i dipendenti privati, sarà, successivamente, discusso in sede ministeriale con le organizzazioni sindacali perché sia esteso ai pubblici dipendenti. Le quote di retribuzione derivanti dall'esercizio, da parte del lavoratore della facoltà di rinuncia all'accredito contributivo sono esenti da imposta. Tuttavia la pensione dell'interessato sarà, ovviamente, pari a quello che gli sarebbe spettato alla data della scadenza utile per il pensionamento sulla base dell'anzianità contributiva maturata al momento della richiesta del "bonus". In pratica il trattamento pensionistico viene congelato al momento in cui si richiede il rinvio del pensionamento. Le "finestre" d'uscita per le pensioni d'anzianità si ridurranno a due: 1° gennaio dell'anno successivo, se i requisiti si maturano nel primo semestre dell'anno; 1° luglio dell'anno successivo, se i requisiti si maturano nel secondo semestre dell'anno.

Il Governo è inoltre delegato, entro diciotto mesi dalla pubblicazione della legge, ad adottare decreti legislativi finalizzati ad armonizzare i vari regimi previdenziali, tenendo conto delle peculiarità ed esigenze dei rispettivi settori di attività. Di prevedere, inoltre, agevolazioni per le categorie che svolgono attività usuranti, il potenziamento dei benefici agevolativi per le lavoratrici madri, e favorire il pensionamento dei lavoratori cosiddetti precoci.

Un'importante novità, ma tutta da specificare, è l'inserimento del cosiddetto silenzio-assenso per quanto riguarda il conferimento del trattamento di fine rapporto maturando nei fondi pensione. Si tratta di una norma che dovrebbe tendere ad incrementare i flussi di finanziamento verso le forme pensionistiche complementari. Bisognerà, però, che il lavoratore abbia un'adeguata informazione sulle condizioni di tale eventuale scelta e su i suoi stimati rendimenti.

Il futuro della previdenza riguarda anche i medici

La riforma della previdenza, con il suo iniziale innalzamento a 40 anni di contribuzione per ottenere la pensione, aveva trovato la categoria dei medici dipendenti assolutamente contrari. Dover accumulare un così elevato numero di anni era subito parso impossibile per una professione che ha bisogno di un lunghissimo iter preparatorio, laurea di sei anni più specializzazione di altri cinque anni, e soprattutto vede sempre più allontanarsi nel tempo la possibilità di avere un rapporto di lavoro stabile. I blocchi alle assunzioni che si ripresentano da più di un decennio, in tutte le leggi finanziarie, hanno di fatto rallentato fortemente l'ingresso dei "giovani" medici nell'ambiente ospedaliero, e fatto salvo qualche particolare specializzazione, di cui vi è ancora necessità, impedito a molti di iniziare la carriera ad età ancora abbastanza precoci. Il ritorno, da parte del

Governo, al criterio dei 35 anni ha dato un'apparente maggiore tranquillità. Ma se questo è verosimile per coloro che rientrano nel sistema di calcolo previdenziale retributivo o misto, per i nuovi assunti dal 1996, ricadenti integralmente nel sistema contributivo, rimane un innalzamento dell'età richiesta (60 per le donne, 65 per gli uomini) non ancora accettabile. Riguardo a questi importanti parametri, per il conseguimento del trattamento pensionistico, appare necessario, così come anche prevede in generale la stessa legge delega di riforma, rivedere i criteri e le disposizioni agevolative a favore di una categoria che per molte caratteristiche rientra fra quelle che svolgono una attività definibile usurante. In effetti, almeno per alcune specializzazioni, questo, del riconoscimento dell'usura, era stato già previsto da tempo. Ma ritardi legislativi ed an-

che contrattuali hanno impedito che si potessero concretizzare i vantaggi previsti per questa particolare condizione.

Un'altra preoccupazione, che peraltro è stata indicata fra le motivazioni di sciopero a cui la stragrande maggioranza dei dirigenti medici ha aderito nel recente passato, riguarda la cosiddetta "armonizzazione" dei regimi previdenziali. Il problema di una parificazione dei trattamenti fra i due sistemi pubblico e privato – dell'Inps, il primo, facente capo all'Inpdap, il secondo – potrebbe penalizzare i dipendenti delle aziende sanitarie in quanto, per questi ultimi, una quota del trattamento pensionistico (la quota "A", relativa alle anzianità contributive maturate sino al 31 dicembre 1992) è oggi calcolata avendo come riferimento lo stipendio ultimo conseguito dall'interessato. Mentre, per gli iscritti all'Inps, tale quo-

ta prende a base del calcolo la media degli stipendi degli ultimi cinque anni, con evidente minore ricaduta economica sul complessivo trattamento pensionistico.

La previsione legislativa del silenzio-assenso riguardo la destinazione del Tfr maturando ai Fondi pensioni sarà invece, riteniamo, uno stimolo a trovare nella trattativa contrattuale prossima della dirigenza medica delle Asl, le forme per la costituzione di un Fondo previdenziale di categoria. Infatti le attuali normative prevedono una condizione diversificata rispetto a chi, già in servizio prima del 2001, ha attualmente un trattamento di fine servizio, prodotto da versamenti misti, lavoratore e datore di lavoro, e calcolato con riferimento allo stipendio degli ultimi 12 mesi di servizio, e che, ove volesse transitare nel sistema del trattamento di fine rapporto (Tfr: accantonamento a carico del solo datore di lavoro) dovrà contemporaneamente aderire ad un Fondo; e chi, entrato in servizio dal 2001, si trova già nel regi-

me del Tfr. La tematica del silenzio-assenso, e tutto quello che riguarda questo importante settore della previdenza complementare sarà comunque motivo di approfonditi chiarimenti, affinché le eventuali scelte possano essere fatte consapevolmente da parte degli interessati. Accanto ad una serie di interventi sull'universo previdenziale che coinvolge tutto il mondo del lavoro, la legge delega ha previsto due particolari condizioni che hanno uno specifico riferimento nella categoria dei medici. L'Enpam, la previdenza di tutti i medici, ha ottenuto che le società professionali mediche ed odontoiatriche, in qualunque forma costituite, così come le società di capitale, operanti in regime di accreditamento, dovranno versare al Fondo di previdenza Enpam, dei medici specialisti esterni un contributo del 2 per cento sul fatturato. Una boccata di ossigeno per un fondo in gravi difficoltà economiche. Inoltre l'Enpam, così come le altre Casse previdenziali privatizzate, avrà la possibilità di poter istituire sia dei fondi di

sanità integrativa sia dei fondi di previdenza complementare, da gestire direttamente o attraverso gestori autorizzati.

Ma il mondo medico dipendente è in attesa di altri provvedimenti, nel settore previdenziale, che lo riguardano. Il più importante è contenuto nel disegno di legge presentato dal ministro della Salute con cui si prevede, ma solamente per i responsabili di secondo livello, la possibilità di essere mantenuti in servizio sino a 70 anni. Ma forse non bisognerà, per questa particolare condizione, attendere l'approvazione del Ddl Sirchia sul Governo clinico. È, infatti, stata approvata la trasformazione in legge del decreto n. 136, in cui i Senatori hanno introdotto, per tutti i dipendenti della pubblica amministrazione, la medesima possibilità di poter richiedere il prolungamento dell'attuale limite di permanenza in servizio di 67 anni, sino al raggiungimento dei 70 anni!

C.T.

È LEGGE IL DL 136

La pubblica amministrazione va in pensione a 70 anni

Dopo una frenetica staffetta fra Camera dei Deputati e Senato, alla fine la trasformazione in legge del Dl n. 136 è stato approvato definitivamente con la norma che consente ai dipendenti della pubblica amministrazione di chiedere di rimanere in servizio sino al 70° anno d'età.

Che ce ne fosse la necessità, in un momento in cui viene approvata una composita legge delega per il settore previdenziale, ci sembra davvero dubbio. Ma le logiche politiche sono, spesso, da scrutare più con gli occhi dei chironanti che con quelli dei comuni mortali.

Il Senato, approfittando della trasformazione in legge del decreto n. 136, "Misure per garantire la funzionalità in alcuni settori della pubblica amministrazione", aveva introdotto e approvato, nel testo, un emendamento che consente, ai dipendenti pubblici, di richiedere di poter restare in servizio sino all'età di 70 anni. Il decreto, transitato alla Camera nella serata di martedì 27 luglio, aveva subito l'onta dell'approvazione di ben due emendamenti proposti dall'opposizione. Ma questo non aveva bloccato il suo iter. La sera stessa, pena la decadenza, il provvedimento è tornato al Senato dove è stato approvato, ed appena pubblicato sulla Gazzetta Ufficiale diverrà legge dello Stato. La nuova legge, fra tante norme che si riferiscono a diversi settori della pubblica amministrazione – un vero e proprio "omnibus" – consentirà il prolungamento dell'età lavorativa.

Il limite del pensionamento di vecchiaia e quindi l'obbligo di interrompere il rapporto d'impiego, previsto per il 65° anno d'età, era stato già modificato, in passato, dal decreto legislativo n. 503 del 1992 (articolo 16, comma 1). Con tale norma si era data la facoltà, ai dipendenti civili dello Stato e degli enti pubblici non economici, di permanere in servizio per un periodo massimo di un biennio oltre i limiti d'età per il collocamento a riposo, per essi previsti. In pratica il dipendente poteva già chiedere di rinviare il proprio pensionamento sino al compimento del 67° anno d'età.

Con la norma, appena approvata, tale condizione viene ulteriormente estesa, con la possibilità di richiedere il mantenimento in servizio sino al compimento del 70° anno d'età.

Il provvedimento interessa tutti i dipendenti delle amministrazioni pubbliche (in un primo tempo era stato previsto solamente per i dirigenti) così come definite dal secondo comma dell'articolo 1 del decreto legislativo n. 165/2001 (ex art. 1, Dlgs. 29/93, modificato dall'art. 1,

Dlgs. n. 80 del 1998) che annovera, fra le altre, le aziende e gli enti del servizio sanitario nazionale.

Per quest'ultimi si realizza, ampliandolo, quanto era stato indicato in un disegno di legge presentato dal ministro Sirchia, limitatamente ai dipendenti ai responsabili di struttura complessa.

Contrariamente a quanto indicato per la proroga del biennio (67 anni), la disposizione, che consente all'interessato di fare richiesta per rimanere sino a 70 anni, pone una limitazione, in quanto dà la facoltà, all'amministrazione di appartenenza del richiedente, di accogliere o meno, in base alle proprie esigenze, e anche in relazione alla particolare esperienza professionale acquisita dal richiedente, la domanda. Inoltre le amministrazioni dovranno, comunque, rispettare le disposizioni in materia di riduzione programmata del personale. Eventualmente, poi, il dipendente, trattenuto in servizio, potrà essere destinato a compiti diversi da quelli primitivamente svolti.

Ai fini pensionistici, il mantenimento per il periodo del triennio post 67 anni non darà luogo né alla corresponsione degli incentivi al posticipo di pensionamen-

to (il famoso "bonus" previsto dalla legge delega previdenziale) né sarà utile ai fini della misura del trattamento previdenziale, in quanto non sono previsti esborsi contributivi per questo personale. In pratica l'anzianità contributiva e quindi la rendita pensionistica relativa verrà riferita alle medesime condizioni e parametri di calcolo che erano previsti qualora il dipendente fosse andato in quiescenza al raggiungimento del 67° anno d'età. Rileviamo che il Senato non si era limitato solamente a dare l'indicazione per posticipare l'uscita dall'impiego per il futuro, ma aveva cercato, anche di introdurre una vera e propria "sanatoria" per il passato. Infatti alcuni emendamenti, poi bocciati, avevano proposto che il suo effetto potesse essere realizzato a far data dal 30 aprile 2003. Per cui i dipendenti che fossero andati già in pensione da quella data e in tempi successivi, avrebbero potuto richiedere di rientrare in servizio e restarvi per un ulteriore triennio.

Tutto questo con buona pace dei giovani disoccupati!

C.T.

COMUNICATO STAMPA ANAAO ASSOMED

Negativo il giudizio sulla nuova legge

L'Anaa Assomed ha espresso il suo netto dissenso nei confronti della normativa approvata dal Senato che prevede la possibilità, per tutti i dipendenti pubblici, di rimanere in servizio fino a 70 anni. Questo – ha commentato l'Anaa Assomed – testimonia una volta di più le contraddizioni insite nel Governo del Paese: da un lato, infatti, il ministro della salute, con il disegno di legge sul Governo clinico all'esame del Parlamento, fissa a 65 anni il limite massimo di età per il collocamento a riposo dei dirigenti medici del Servizio sanitario nazionale, limite che può essere prorogato a 70 anni, ma solo per i dirigenti di struttura complessa; dall'altro il Parlamento, con questa nuova norma, ha esteso a tutti, indistintamente, la possibilità di raggiungere i 70 anni di servizio. L'Anaa Assomed vede, quindi, concretizzarsi tutte le preoccupazioni sottolineate nel corso della discussione parlamentare del provvedimento ora convertito in legge, ritenendo che rappresenti, da una parte, un'ulteriore limitazione alle speranze occupazionali dei più giovani e, dall'altra, una controproducente cristallizzazione del sistema, in particolare del Ssn, non garantendo il giusto equilibrio tra il mantenimento delle professionalità acquisite e lo sviluppo di quelle emergenti.

Non ci sembra questo il modo migliore di incrementare l'efficacia e l'efficienza della Pubblica amministrazione se si considera, fra l'altro, che eventuali grandi professionalità poste in quiescenza possono essere ricollocate nell'ambito del Ssn attraverso norme già esistenti ed ampiamente utilizzate.

RAPPORTO ISTAT – SANITÀ

È arrivato il conto

Il rapporto Istat sui “Conti e aggregati economici delle Amministrazioni pubbliche relativi agli anni 2000-2003” esprime un giudizio severo sui fondi destinati alla sanità: le risorse messe a disposizione sono, anno dopo anno, insufficienti rispetto alle reali necessità di spesa. Ciò significa che per ripianare i conti in rosso del Ssn occorrerà intervenire non solo adeguando le risorse del Fondo sanitario nazionale sulla base del calcolo inflattivo, ma trovando denari aggiuntivi che possano ripianare i debiti già accumulati. In questo senso, il Dpef di recente presentazione non sembra prospettare interventi significativi in materia

di Eva Antoniotti

Il rapporto Istat sui “Conti e aggregati economici delle Amministrazioni pubbliche relativi agli anni 2000-2003” quest’anno va un po’ più in là del consueto e, come si legge nel documento stesso, presenta “anche un commento delle dinamiche relative ai principali aggregati di tale conto”. Per la sanità ciò si traduce in un giudizio severo, sia pure già ben noto a chiunque si occupi del settore: “Le risorse messe a disposizione della sanità risultano, anno dopo anno, inadeguate rispetto alle necessità di spesa effettivamente manifestatesi a consuntivo; ciò contribuisce alla formazione di un debito che sarà necessario coprire in futuro attraverso trasferimenti in conto capitale”. Ciò significa che per ripianare i conti in rosso del Ssn occorrerà intervenire non solo adeguando le risorse del Fsn sulla base del calcolo inflattivo (sul quale peraltro il Dpef non ha ancora detto quale sia l’effettiva valutazione del Governo), ma trovando denari aggiuntivi che possano ripianare i debiti già accumulati. Il rapporto compie un’analisi precisa delle ra-

gioni che hanno generato questo debito, analisi che si fonda sui dati riscontrabili nella tabella che pubblichiamo in questa pagina. Le spese di parte corrente per la sanità sono in questi anni andate diminuendo o, per meglio dire, hanno registrato un rallentamento della crescita: dal 10,6 % nel 2001 al 5,5 % nel 2002 e al 3,2 % nel 2003. Anche la spesa per l’assistenza sanitaria erogata attraverso le Convenzioni registra un forte rallentamento dei livelli di crescita (+14,1 per cento nel 2001, +5,4 per cento nel 2002 e +0,4 per cento nel 2003), motivata in gran parte dall’introduzione dei ticket farmaceutici regionali e dei tetti di spesa autorizzabili. Senza dimenticare che su questo “raffreddamento” della spesa pesa in maniera consistente il mancato rinnovo di Contratti e Convenzioni mediche, che attendono ormai da anni un adeguamento dignitoso. Anche senza tener conto degli improrogabili rinnovi degli accordi di lavoro dei medici del Ssn, i dati mostrano che il cosiddetto “controllo sugli sprechi” è stato avviato, ri-

ducendo l’incidenza delle spese di gestione della macchina sanitaria. Ma questo non ha prodotto risultati positivi visto che nel 2003 il saldo di parte corrente ha raggiunto il livello di -5417 milioni di euro, contro i -3661 milioni del 2002 e i -3366 milioni del 2001. La spiegazione la fornisce lo stesso rapporto Istat, argomentando che “malgrado il rallentamento della crescita della spesa sanitaria la persistenza di elevati disavanzi è da imputare per il 2003 alla riduzione delle contribuzioni da parte dello Stato (-1,3 per cento) non sufficientemente compensata dall’aumento delle contribuzioni da parte delle Regioni (+3,9 per cento)”, compensazione che peraltro sarebbe risultata difficile dal punto di vista normativo, oltre che per valutazioni politiche di assunzione di responsabilità, visti i vincoli posti all’imposizione fiscale delle Regioni nelle ultime leggi finanziarie. L’allarme lanciato dalle Regioni all’inizio dell’anno, quando per due mesi hanno disertato la Conferenza Stato Regioni chiedendo

un incremento dei trasferimenti destinati alla sanità da parte dello Stato centrale, risulta quindi pienamente giustificato, come peraltro rileva anche la relazione della Corte dei Conti sui bilanci regionali (v. pagina seguente). Al momento del riparto del Fsn 2004 le amministrazioni regionali avevano infatti chiesto circa 5 miliardi di finanziamenti aggiuntivi, necessari per garantire l’erogazione dei Lea a fronte di un aumento di fabbisogno legato soprattutto alla crescita numerica della popolazione anziana da una parte e all’ingresso a pieno titolo tra gli utenti del servizio sanitario pubblico degli immigrati regolarizzati attraverso la legge Bossi-Fini dall’altra. Ma il fumoso Dpef presentato dal Governo, sembra non prospettare interventi significativi in questa direzione ed è facile ipotizzare che i toni del contenzioso tra Stato e Regioni si inaspriranno in vista dell’elaborazione della Finanziaria per il 2005, anche in considerazione dell’ormai imminente voto per le regionali.

Tavola 23 - Conto economico consolidato della Sanità - Istituzioni delle Amministrazioni pubbliche - Anni 2000-2003 (in milioni di euro)				
VOCI ECONOMICHE 2	2000	2001	2002	2003
ENTRATE CORRENTI				
Contribuzioni diverse	63.354	69.872	73.607	74.266
Amministrazione centrale (a)	37.905	40.647	43.239	42.672
Amministrazione locale	23.930	27.481	28.549	29.664
Enti di previdenza	-	-	-	-
Imprese	1.340	1.548	1.641	1.751
Famiglie	179	196	178	179
Redditi da capitale	12	16	16	15
Altre entrate	1.576	1.491	1.541	1.626
TOTALE	64.942	71.379	75.164	75.907
USCITE CORRENTI				
Prestazioni	63.141	69.879	73.676	75.796
Prestazioni sociali in natura	63.141	69.879	73.676	75.796
- corrispondenti a beni e servizi prodotti da produttori market	26.334	30.036	31.663	31.805
- corrispondenti a servizi prodotti da produttori non market	36.807	39.843	42.013	43.991
Redditi da lavoro dipendente	24.252	26.020	26.824	27.105
Consumi intermedi	11.740	12.858	13.966	15.627
Ammortamenti	1.005	1.057	1.111	1.179
Imposte indirette	1.641	1.734	1.874	1.894
Risultato netto di gestione	409	297	306	321
meno: produzione di servizi vendibili e vendite residuali	-2240	-2123	-2068	-2135
Contribuzioni diverse	560	599	608	635
Amministrazione centrale	-	-	-	-
Amministrazione locale	461	514	520	539
Enti di Previdenza	-	-	-	-
Imprese	-	-	-	-
Famiglie	22	25	27	29
Istituzioni sociali varie	52	35	42	47
Resto del mondo	25	25	19	20
Servizi amministrativi	3.402	3.618	3.879	4.149
Redditi da lavoro dipendente	2.033	2.136	2.258	2.340
Consumi intermedi	1.248	1.353	1.481	1.666
Ammortamenti	-	-	-	-
Imposte indirette	141	149	160	162
Risultato di gestione	-	-	-	-
meno: Produzione per uso proprio	-20	-20	-20	-19
Altre uscite	471	649	662	744
di cui: interessi passivi	151	208	188	179
TOTALE	67.574	74.745	78.825	81.324
Saldo	-2.632	-3.366	-3.661	-5.417
(a) Comprende le anticipazioni di tesoreria e i trasferimenti dello Stato agli Enti di previdenza a copertura dei minori contributi da questi riscossi a seguito degli sgravi contributivi.				
Fonte Istat "Conti e aggregati economici delle Amministrazioni pubbliche relativi agli anni 2000-2003"				

LA RELAZIONE DELLA CORTE DEI CONTI SULLA FINANZA REGIONALE NEL BIENNIO 2002-2003

Il Fsn copre solo l'80 per cento della spesa sanitaria

Il documento elaborato dai magistrati che vigilano sui conti pubblici conferma, con la massima autorevolezza, molte preoccupazioni già espresse dalle stesse Regioni e dai sindacati medici, a cominciare dall'Anaa: i finanziamenti statali sono insufficienti a coprire il fabbisogno sanitario del Paese. Il problema è nelle scelte politiche del Governo: stanziare per la salute dei cittadini soltanto il 6,3% del Pil vuol dire scegliere di stare molto al di sotto della media dei Paesi sviluppati e anche al di sotto della media Ocse, costringendo le Regioni ad un progressivo indebitamento che rischia di portarle al collasso finanziario

La relazione della Corte dei Conti sulla finanza regionale nel biennio 2002-2003, trasmessa al Parlamento nel luglio scorso, sembra confermare gli allarmi lanciati più volte dalle stesse amministrazioni regionali: l'indebitamento delle Regioni continua a crescere e ciò riguarda in primo luogo la sanità, visto che è proprio in questo settore che le Regioni hanno le maggiori autonomie e competenze.

Il dato più emblematico fornito dalla Corte è che lo Stato copre soltanto l'80% del fabbisogno sanitario delle Regioni a statuto ordinario, lasciando dunque scoperta una fetta considerevole della spesa, che le Regioni cercano di colmare soprattutto attraverso mutui e dunque incrementando il proprio indebitamento.

Se si considera che nel 2003 la spesa sanitaria italiana è stata pari al 6,3% del Pil, è dunque molto al di sotto della media dei paesi più sviluppati e inferiore anche alla media dei paesi Ocse, appare chiaro come ormai non sia più rinviabile un reale incremento delle risorse pubbliche da destinare alla sanità, come richiedono da tempo le amministrazioni regionali e le forze sociali del Paese a cominciare dalla coalizione dei sindacati medici che ha dato vita in questi mesi alla vertenza salute.

Vediamo ora più in dettaglio i principali argomenti messi a fuoco nella Relazione.

COME SPENDONO LE REGIONI

La spesa effettiva delle Regioni a statuto ordinario è cresciuta nel 2003 di circa il 7% rispetto all'anno precedente. La sanità assorbe il 78,5% della spesa corrente, pari a 65.730 milioni di euro, ed è dunque il capitolo di spesa cruciale di queste amministrazioni. Molto diversificata nelle diverse aree del Paese la capacità di imposizione fiscale in rapporto alla spesa effettiva: le Regioni del Nord contano su una copertura del 67,3%, mentre quelle del Centro arrivano al 69,8% e quelle del Sud solo al 49,2%. Ovunque si registra una crisi di liquidità che, secondo la stessa Relazione, "trova le sue cause principali nella lievitazione dei costi del settore sanitario, nel blocco della fiscalità regionale, nell'aumento delle competenze amministrative senza adeguato finanziamento". Per fronteggiare la situazione cresce l'indebitamento regionale, realizzato prevalentemente attraverso mutui (12.611 milioni di euro nel 2003), ma con un crescente ricorso a prestiti obbligazionari e ad altri strumenti finanziari, in particolare contratti di swap.

LE INCERTEZZE DEL FEDERALISMO

"Il sistema di finanziamento delle Regioni a statuto ordinario continua ad essere condizionato dal permanere di forti incertezze sulla funzionalità dei meccanismi di finanziamento e sui tempi di trasformazione in entrate proprie dei trasferimenti ancora previsti nel bilancio dello Stato". La riforma del Titolo V della Costituzione e il decreto legislativo 56/2000 sul federalismo fiscale hanno, infatti, indicato cambiamenti importanti di sistema, ma

le norme attuative restano ancora lontane dall'essere definite. La recente legge 47/2004, ad esempio, rinvia di un altro anno la trasformazione in entrate proprie regionali dei fondi necessari a coprire le nuove funzioni assegnate alle Regioni, che vengono quindi ancora coperti con un trasferimento da parte dello Stato. Nel 2003 le risorse destinate a questo capitolo di spesa sono state di 4.581 milioni di euro, mentre nel 2002 erano state di 5.293.

IL FABBISOGNO SANITARIO

È necessario rivedere i termini del patto di stabilità Stato Regioni siglato nell'agosto del 2001. Questa, in sintesi la valutazione contenuta nel documento, che sottolinea come "dati recenti pongono seri interrogativi sulle stime e sulla praticabilità di percorso" di quell'accordo, rimarcando che "i livelli di finanziamento e la relativa evoluzione, fissata nella misura del 5,9% del Pil e obiettivo del 6% a partire dal 2005, non si è rivelata coerente con l'andamento dei costi".

In particolare, vengono messe in discussione le stime del Governo espresse nel Dpef 2004-2007, che collegavano la crescita della spesa sanitaria (3,1-3,7%) ad un'analoga crescita del Pil. Secondo la Corte dei Conti la crescita di spesa è infatti maggiore, mentre il Pil registra "recenti revisioni al ribasso". Ciò "impone il reperimento di risorse nell'ambito delle entrate proprie libere da vincoli il cui ammontare, già esiguo, è stato ulteriormente compresso dal recente blocco della fiscalità regionale".

LA SPESA PER IL PERSONALE DEL SSN

"Il capitolo relativo al personale è quello che maggiormente mette a rischio i risultati delle gestioni sanitarie". Questa la valutazione sintetica della Corte, che spiega come questo capitolo di spesa incida per il 35% sull'insieme della spesa sanitaria, arrivando ad essere la metà esatta della spesa ospedaliera.

Il blocco delle assunzioni e i ritardi dei rinnovi contrattuali ne hanno però raffreddato la crescita, almeno nell'immediato: la spesa per il personale è cresciuta infatti del 7,6% nel 2000, del 4,7% nel 2001, del 3,2% nel 2002 e solo dello 0,9% nel 2003.

La Relazione mostra anche qualche preoccupazione riguardo alla ricaduta della nuova disciplina del rapporto di lavoro dei medici (D.l. 81/2004), ipotizzando che la nuova normativa possa produrre un incremento delle opzioni di rapporto esclusivo "con implicazioni finanziarie che sembrano tuttavia ricadere a carico del bilancio dello Stato".

Infine, una sottolineatura sulle differenze esistenti riguardo a questa voce di spesa tra le Regioni, legate ai differenti sistemi di erogazione delle prestazioni (diretta, tramite strutture equiparate, con offerta privata). Ovviamente si spende di più per il personale nelle Regioni dove i ricoveri in convenzione sono meno usati: Umbria (dove la spesa per il personale è del 39,6%), Calabria (41,2%), Toscana (38,9%), Emilia Romagna (36,8%),

Piemonte (36,6%), Molise (36%), Abruzzo (36,2%). Viceversa la tendenza si inverte dove più numerosi sono Irccs, Policlinici universitari, ospedali classificati e altri istituti equiparati: Lazio (28,7%), Lombardia (29,9%), Puglia (33,1%), Campania (33,3%).

LA SPESA PER I FARMACI

La spesa farmaceutica è consistente (15,4% del totale nel 2001, 15,1% nel 2002 e 13,8% nel 2003), ma si registra una netta inversione di tendenza nel suo andamento, visto che era cresciuta di oltre il 30% nel 2001, mentre nel 2003 è calata del 6,8%.

La Relazione sottolinea come sia diminuita infatti la spesa per ricetta (-2,7%) e anche il numero di ricette pro capite (-2,9%). Viene evidenziato come abbiano influito positivamente "sia la misura posta a carico delle farmacie, con lo sconto disposto a favore del Ssn, pari nel 2003 a complessivi 617 milioni di euro, sia i ticket, introdotti dalla maggior parte delle Regioni e che, nel 2003, hanno assicurato oltre 640 milioni di euro", senza però tralasciare di sottolineare la parallela crescita della spesa farmaceutica privata sostenuta direttamente dai singoli cittadini.

LA VARIABILITÀ DEI COSTI DELL'ASSISTENZA OSPEDALIERA

L'assistenza ospedaliera, che complessivamente incide per il 47,9%, ha costi diversi nelle diverse realtà territoriali, ma ciò corrisponde anche a differenze nelle caratteristiche dei ricoveri.

A fronte di una media nazionale di circa 3.000 euro per ricovero, il costo medio è infatti più elevato al Nord (con una punta a Bolzano di 4.251 euro), mentre tutte le Regioni del Sud si collocano al di sotto di questo costo medio. Ma parallelamente differenziata è anche l'incidenza di ricoveri "complicati" (che arrivano al 10,9% in Veneto) che tendono ad associarsi ad una degenza media più lunga, riscontrabile nelle Regioni del Nord e del Centro che trattano casi complessi, e ad un maggior numero di posti letto per abitante, superiore al 5 per mille previsto dalla normativa vigente.

Comune a tutte le Regioni è invece la mancata "riserva" dell'1 per mille di posti letti dedicati alla lungodegenza e alla riabilitazione.

L'indicazione contenuta nella Relazione è quella di "favorire il ricorso generalizzato ad accordi bilaterali fra aziende sanitarie, nell'ambito di intese interregionali ispirate al contenimento, sulla base di criteri definiti, della domanda sanitaria in mobilità"; infine si giudica opportuno prevedere "incentivi all'efficienza, sia tramite adeguate azioni volte a realizzare una sostanziale riqualificazione della rete ospedaliera, con ri-orientamento funzionale dei piccoli ospedali, sia meglio curando il disegno alla base dei meccanismi allocativi".

(E.A.)

ATTRIBUZIONE DI INCARICHI E FUNZIONI

Variazione dell'incarico del dirigente medico

di **Francesco Maria Mantovani***

1. IL SISTEMA DEGLI INCARICHI

La spiccata connotazione manageriale della dirigenza sanitaria che dispone di un'ampia autonomia tecnico-professionale – con conseguente responsabilizzazione in relazione agli obiettivi prefissati – si riflette nella complessa disciplina dell'attribuzione di incarichi e funzioni.

In particolare, la vigente contrattazione collettiva per l'area della dirigenza medica del Ssn (art. 27, comma 1, Ccnl per il quadriennio 1998 - 2001) delinea quattro tipologie di incarico cui corrisponde un progressivo accrescimento del ruolo, e delle responsabilità, del dirigente: l'attività di natura professionale conferibile al dirigente con meno di cinque anni di anzianità; le attività di natura professionale, anche di alta specializzazione (quali la consulenza, lo studio e ricerca, le funzioni ispettive di verifica e di controllo); la direzione di struttura semplice; la direzione di struttura complessa.

Il sistema degli incarichi comporta un'importante implicazione che costituisce uno degli aspetti più innovativi ed interessanti della privatizzazione del pubblico impiego. Esso scinde la struttura del rapporto dirigenziale in due distinti profili: da un lato, il rapporto di lavoro a tempo indeterminato che si instaura a seguito della collocazione nel ruolo della dirigenza, dall'altro, la concreta posizione rivestita dal dirigente per effetto delle attribuzioni conferitegli con l'incarico a tempo.

In sintesi, il rapporto di lavoro dirigenziale instaurato a seguito del superamento del pubblico concorso costituisce il presupposto per la successiva attribuzione di incarichi a tempo, che definiscono la prestazione concreta di volta in volta richiesta.

Naturalmente il rapporto di lavoro rimane unitario e deve pertanto escludersi che l'atto di attribuzione del singolo incarico configuri una novazione oggettiva del rapporto stesso.

In questo quadro si inserisce la sterilizzazione del divieto di demansionamento di cui all'art. 2103 cod. civ., norma resa inapplicabile alla categoria dirigenziale pubblica dal Testo Unico sul pubblico impiego (art. 19, comma 1, D.lgs. n. 165 del 2001, cui l'art. 3 bis del d.lgs. n. 502 del 1992 fa riferimento anche per la dirigenza sanitaria).

Si tratta di un fattore introdotto, in modo evidente, al fine di incentivare la flessibilità della prestazione dirigenziale. Sebbene le finalità di garanzia della professionalità acquisita, di cui all'art. 2103 c.c., si pongano innegabilmente anche rispetto al dirigente pubblico, la centralità del medesimo ai fini dell'efficienza ed efficacia dell'azione amministrativa impone di esonerarlo da tale tutela. In questa prospettiva, appare evidente come la categoria dirigenziale costituisca un'area professionale nettamente distinta ed incommensurabile rispetto alle altre.

2. LA MODIFICA DELLE MANSIONI

Quanto ai limiti della deroga all'art. 2103 ed, in particolare, alla questione se la modificabilità delle attribuzioni riguardi le sole fasi del conferimento dell'incarico, oppure valga anche durante lo svolgimento del medesimo, un orientamento non condivisibile ritiene che una lettura sistematica del complessivo disegno di flessibilizzazione della dirigenza pubblica indurrebbe a ritenere inoperante l'art. 2103 anche all'interno dell'incarico.

In realtà, deve propendersi per la soluzione opposta. Sul punto, appare decisiva la considerazione che la modificabilità dei compiti nel corso dell'incarico contrasta con la stessa ratio dell'inoperatività dell'art. 2103 c.c. rispetto al dirigente pubblico.

Il contenuto di quest'ultima disposizione è, infatti, neutralizzato al fine di introdurre una effettiva rispondenza tra rilievo dell'incarico e capacità posseduta, in modo da responsabilizzare il dirigente dei risultati ottenuti, senza che un simile obiettivo sia impedito dall'obbligo di conservare posizioni pregresse.

All'opposto, la riduzione dei compiti originariamente affidati durante l'incarico, priva il dirigente di dimostrare le proprie capacità, penalizzandolo sotto il profilo dell'eventuale progressione di carriera e, di fatto, rendendo inutile la sua responsabilizzazione rispetto all'attività cui è preposto.

Pertanto, in simili situazioni, i parametri di valutazione del comportamento dell'amministrazione saranno agevolmente riconducibili agli schemi dettati dall'art. 2103 c.c., con tutto il relativo armamentario di rimedi.

3. TEMPORANEA ASSEGNAZIONE DI MANSIONI SUPERIORI

Nessun problema si pone invece rispetto all'ipotesi di temporaneo affidamento di superiori funzioni direttive, rispetto alla quale, peraltro, l'inoperatività dell'art. 2103 c.c. esclude il diritto alla promozione automatica.

Nello specifico, il temporaneo affidamento di superiori funzioni direttive può avveni-

re solo per le esigenze e nelle ipotesi espressamente previste dalla legge e dalla contrattazione collettiva, vale a dire in sostituzione per assenza o impedimento (art. 15 ter, comma 5, d.lgs. n. 502), ferie e cessazione del rapporto (art. 18, del cit. Ccnl), o per delega in presenza di comprovate ragioni di servizio (art. 2, legge n. 145). Qualora la sostituzione avvenga al di fuori dei casi consentiti, essa è nulla, ma il dirigente preposto alle funzioni superiori acquista, in ogni caso, il diritto a percepire la corrispondente superiore retribuzione (ai sensi dell'art. 52, d.lgs. n. 165 del 2001).

4. NATURA DELL'ATTO DI AFFIDAMENTO

Quanto, infine, alla natura dell'atto di attribuzione del un nuovo incarico in sostituzione del precedente, questo è sicuramente ascrivibile nell'ambito dell'autonomia privata.

Una simile qualificazione è imposta dal rapporto interno alla dirigenza del settore sanitario che è configurabile come relazione fra dirigenza minore ed alta dirigenza.

In particolare, al direttore generale, manager legato da un rapporto fiduciario con la Regione, spetta la complessiva gestione della struttura sanitaria, ivi compreso la ripartizione delle responsabilità e delle attribuzioni tra i dirigenti sott'ordinati (medici ed amministrativi) cui spetta l'adozione dei concreti atti nell'ambito delle rispettive competenze.

Non è dunque rinvenibile rispetto al dirigente medico quel rapporto diretto con il vertice politico e quell'immedesimazione organica nell'ufficio pubblico che sono propri delle posizioni dirigenziali – quale appunto quella rivestita dal direttore generale – effettivamente onerate dall'espletamento di vere e proprie funzioni pubbliche.

In tal senso si esprime anche la giurisprudenza di legittimità, secondo la quale la scelta dei dirigenti medici esula dai poteri di "alta amministrazione" in quanto il rapporto di lavoro del dirigente medico si colloca al di sotto della soglia di configurazione strutturale degli uffici pubblici. Ne deriva che i poteri di gestione del personale, ivi compreso quello di attribuzione dell'incarico, rispondono non ad uno schema pubblicistico, bensì a quello dei poteri privati.

Ed il carattere negoziale del sistema degli incarichi non è venuto meno nemmeno per effetto della svolta in senso pubblicistico ed unilaterale operata dalla l. n. 145 del 2002. Quest'ultima non coinvolge la dirigenza sanitaria in quanto su di essa prevale pur sempre, come già detto, la disciplina speciale dettata dal D.lgs. n. 502 del 1992.

La natura privatistica dell'atto di conferimento dell'incarico impone di applicare al medesimo i principi elaborati dalla giurisprudenza in materia di procedure selettive poste in essere dal datore di lavoro privato. In questa prospettiva, l'assegnazione dell'incarico dovrà essere valutata alla luce del rispetto dei canoni di buona fede e correttezza nell'utilizzo dei criteri prefissati ai fini della valutazione comparativa fra i candidati.

5. MOTIVAZIONE E REVOCA DELL'INCARICO

Pertanto, l'atto di conferimento dell'incarico – a prescindere dalla qualificazione privata o pubblica dell'atto di incarico – deve essere congruamente e sufficientemente motivato con riguardo a parametri oggettivi, in modo da permettere la verifica della congruità della scelta in relazione all'obiettivo di assicurare un'erogazione efficiente e altamente professionale delle prestazioni sanitarie.

L'obbligo di motivazione, pur non dovendo estrinsecarsi fino a quella comparazione tecnico-professionale fra i diversi candidati, tipica del concorso pubblico – che impone di indicare le ragioni di esclusione degli altri partecipanti in aggiunta ai motivi di preferenza per il vincitore –, dovrà quindi fornire una valutazione complessiva dell'idoneità del soggetto preferito a svolgere nella maniera più idonea le funzioni assegnate in relazione alle competenze, alle capacità ed all'esperienza professionale possedute. Un cenno merita, infine, la revoca dell'incarico in caso di valutazione negativa. La revoca dell'incarico non determina l'estinzione del rapporto, che è circoscritta ai casi di responsabilità particolarmente grave o reiterata (ovvero per giusta causa riconducibile anche a fatti estranei alla prestazione lavorativa).

Il licenziamento del dirigente dunque risulta una extrema ratio, circoscritta alle più gravi ipotesi di responsabilità, al di fuori delle quali il rapporto prosegue con diritto del dirigente all'assegnazione di un altro incarico che, tuttavia, sarà probabilmente di rilievo inferiore con conseguente "declassamento" anche sotto il profilo economico.

**Anaa Cref
Servizio Tutela Lavoro*

LA SANITÀ NELL'EMILIA ROMAGNA

Emilia Romagna

Offerta di servizi sanitari di qualità contemperati all'equilibrio di spesa

I TRE PRINCIPI SU CUI SI FONDA IL SSN OVVERO: UNIVERSALISMO, UGUAGLIANZA E SOLIDARIETÀ SONO GLI STESSI CHE REGGONO IL SERVIZIO SANITARIO DELL'EMILIA ROMAGNA. SSR CHE SERVE UNA POPOLAZIONE DI OLTRE 4 MILIONI DI ABITANTI DI CUI POCO PIÙ DI UN QUARTO HA UN'ETÀ SUPERIORE AI 65 ANNI. L'AZIONE PER LA TUTELA, LA CURA E IL RECUPERO È VOLTA DA UN LATO A GARANTIRE IN MODO UNIFORME NELLA REGIONE E A TUTTI I CITTADINI I LEA, E, DALL'ALTRO, A REALIZZARE LA QUALIFICAZIONE E IL DECENTRAMENTO DEI SERVIZI

di Lucia Conti

Negli ultimi anni il servizio sanitario dell'Emilia Romagna ha operato una forte riorganizzazione del sistema. La scelta di fondo è stata di realizzare reti integrate di servizi tra ospedale e territorio e nuovi modelli organizzativi per le alte specialità ospedaliere, come ad esempio la cardiocirurgia e i trapianti.

La rete cardiologica e cardiocirurgica regionale - vero fiore all'occhiello del Ssr - è composta da sei strutture accreditate, 2 pubbliche e 4 private, che nel 2003 hanno fatto registrare oltre 5000 interventi. La mortalità post-operatoria in 5 anni si è ridotta del 31%, passando dal 5,2% al 3,6% in linea con i migliori risultati clinici a livello internazionale.

La spesa annuale complessiva del Ssr dell'Emilia Romagna supera i 5,8 miliardi di euro, ed è pari a circa 1,450 euro pro capite.

Quasi il 55% della spesa è oggi assorbito dall'assistenza distrettuale, il 41% da quella ospedaliera. Il riequilibrio della spesa a favore dell'assistenza territoriale e di base e un territorio meglio organizzato hanno consentito anche l'ulteriore qualificazione dell'assistenza ospedaliera, com'è dimostrato - tra l'altro - dall'alto numero di pazienti che continuano ad affluire negli ospedali dell'Emilia Romagna dalle altre Regioni.

Alla riorganizzazione dell'assistenza ospedaliera si è accompagnato il potenziamento dell'assistenza territoriale. Ciò ha determinato il riequilibrio delle attività e della spesa. Si è privilegiata un'organizzazione che avvicina la sanità ai cittadini, che punta sull'assistenza domiciliare e alle forme residenziali di assistenza, lasciando all'ospedale le diagnosi, gli interventi o le terapie complesse che richiedono elevata tecnologia nel processo diagnostico e terapeutico.

I risultati più evidenti di questa politica sono stati: il significativo rafforzamento dell'assistenza distrettuale con la contestuale qualificazione dell'assistenza ospedaliera; il forte incremento dell'assistenza domiciliare e l'incremento degli assegni di cura erogati alle famiglie che assistono malati anziani e non autosufficienti; il sostanziale equilibrio finanziario fino al 31 dicembre 2003.

Ciò ha anche favorito la cooperazione istituzionale, che si è sviluppata a tutti e tre i livelli di programmazione: regionale, provinciale e distrettuale.

ANDAMENTO DELLA SPESA SANITARIA

L'Emilia Romagna è riuscita in questi anni nella difficile impresa di mantenere e sviluppare l'offerta di servizi sanitari di qualità, realizzando al contempo il sostanziale equilibrio della spesa. Negli anni 2001, 2002 e 2003, infatti, i bilanci della sanità emiliano romagnola sono stati, secondo la Corte dei Conti, tra i migliori a livello nazionale. L'equilibrio dei conti non è frutto di tagli alle prestazioni e nemmeno del ricorso a nuovi ticket o tasse; al contrario, è stato ottenuto da un processo di qualificazione della spesa nei diversi settori

ed in particolare dal progressivo potenziamento delle risorse per l'assistenza territoriale. Già da alcuni anni la spesa per i distretti ha superato quella per l'assistenza ospedaliera.

POSTI LETTO E RICOVERI

I posti letto per acuti scendono (dai 4,1 per 1000 abitanti del 2001 ai 4 del 2003) mentre quelli per la lungodegenza e la riabilitazione aumentano passando da 0,7 a 0,9 per 1000 abitanti il riferimento è sempre per il 2003. In calo anche i ricoveri per acuti: da 842.762 nel 2003, cresce invece l'indice di attrazione extra-regionale: dall'11,3 all'11,6%. I posti letto pubblici e privati accreditati utilizzati nel 2003 sono stati 19.558.

Nel territorio aumentano i posti letto per le strutture residenziali e semi-residenziali destinate agli anziani, persone con handicap e dipendenze.

Una vera e propria impennata si è registrata negli ultimi anni nell'assistenza domiciliare: tra il 2001 e il 2002 gli assistiti sono passati da 55.689 a 65.663.

In aumento anche le famiglie che beneficiano degli assegni di cura per assistere i loro congiunti bisognosi di cure: da 11.508 del 2001 sono passati a 12.544 del 2002, anno in cui la regione ha speso per questa attività oltre 18.300 euro.

RETE REGIONALE TRAPIANTI

L'organizzazione della rete dei trapianti dell'Emilia è guidata dal Comitato regionale trapianti che si articola in 9 Commissioni tecniche. Queste gestiscono i trapianti di rene, di cuore, di fegato; la donazione di organi e tessuti, la conservazione e trapianto di tessuti, midollo osseo, la rete informatica, l'informazione e la sensibilizzazione oltre agli aspetti medico legali. La rete integra le attività svolte dai professionisti con quelle realizzate dalle istituzioni locali e dal volontariato. Il Centro riferimento trapianti regionale (Crt-Er) coordina, secondo le 20 rianimazioni sede di donazione, i rispettivi Coordinatori locali, i centri trapianto le banche dei tessuti e delle cellule e il registro regionale dei donatori di midollo osseo.

Per numero di donatori l'Emilia Romagna si colloca ai vertici europei: 34,6 donatori per milione di abitanti e 340 trapianti di organi effettuati nel 2003, senza contare tessuti e cellule.

REGIONE E OSPEDALITÀ PRIVATA

L'accordo fra Regione e associazioni dell'ospedalità privata Aiop-Aris regola i rapporti fra le strutture private di ricovero e il Ssr sia sul piano economico, individuando budget massimi di riferimento per ambiti provinciali e per tipologie di attività specifiche, che sul piano qualitativo, fissando obiettivi individuati per garantire la piena integrazione delle strutture interessate nella rete assistenziale complessiva. L'accordo oltre a regolamentare i rapporti per quanto riguarda l'accesso alle prestazioni, i controlli dei pagamenti ed

altri aspetti di carattere generale, tratta in maniera separata le attività di alta specialità, cardiocirurgica e neurochirurgica, l'attività psichiatrica e le restanti attività di ricovero. Per le prime due tipologie definisce budget di riferimento massimi regionali; per le altre attività (cosiddette di non alta specialità) definisce budget provinciali e un budget complessivo regionale per prestazioni erogate a cittadini residenti in ambiti provinciali diversi rispetto a quello su cui insiste la struttura.

LE AZIENDE SANITARIE

Le Aziende sanitarie rappresentano l'articolazione territoriale del Servizio sanitario regionale.

Le Aziende Unità sanitarie locali - sulla base dei livelli essenziali di assistenza, individuati dal Piano sanitario nazionale e dal Piano sanitario regionale nell'assistenza sanitaria collettiva in ambiente di vita e di lavoro, nella assistenza distrettuale e nell'assistenza ospedaliera - sono articolate in tre macrostrutture territoriali: Dipartimento di sanità pubblica, Distretto, Presidio ospedaliero.

Il dipartimento di sanità pubblica, dotato di autonomia tecnico-gestionale ed economico finanziaria, è preposto all'erogazione di prestazioni e servizi per la tutela della salute e della sicurezza negli ambienti di vita e di lavoro, di sanità pubblica e veterinaria, nonché allo svolgimento di attività epidemiologiche e di supporto ai Piani per la salute, elaborati di concerto con gli Enti locali.

Il Distretto, dotato di autonomia tecnico-gestionale ed economico-finanziaria, assicura alla popolazione di riferimento l'accesso ai servizi e alle prestazioni sanitarie e sociali di primo livello.

Il presidio ospedaliero, che comprende una o più strutture ospedaliere, è dotato di autonomia tecnico-gestionale ed economico-finanziaria, garantisce la erogazione di prestazioni e servizi specialistici non erogabili con altrettanta efficacia ed efficienza nell'ambito della rete dei servizi territoriali.

Emilia Romagna

Popolazione: 4.059.416

Personale dipendente: 40.388

Medici di medicina generale: 3.270

Pediatrati di libera scelta: 495

Aziende Usl: 11

Aziende ospedaliero-universitarie: 4

Aziende ospedaliere: 1

Ircs: 1

**INTERVISTA A CARLO LUSENTI
SEGRETARIO REGIONALE
ANAAO ASSOMED EMILIA ROMAGNA**

La partecipazione nelle scelte sanitarie e un forte senso di responsabilità

Dottor Lusenti, cosa rende l'Emilia Romagna tra le Regioni più virtuose d'Italia in materia sanitaria?

Credo sia il patrimonio culturale degli abitanti, in base al quale ogni cittadino percepisce la sanità come una cosa propria. La partecipazione nelle scelte sanitarie è molto forte: da un lato il cittadino pretende molto; dall'altro, però, se ne sente responsabile. Sono molto diffuse, ad esempio, le associazioni di pazienti che raccolgono sostanziosi finanziamenti a sostegno di servizi per particolari patologie. Non voglio dire che l'Emilia Romagna abbia l'esclusiva su questo patrimonio, ma da noi sono comunque valori molto diffusi.

È questo senso di responsabilità da parte dei cittadini che permette di far quadrare i conti?

Certamente è un elemento fondamentale anche per quanto riguarda i risultati di bilancio. Ma chi amministra la sanità, sia ora che in passato, sa che amministra una cosa

ritenuta fondamentale, su cui si vincono o si perdono le elezioni, su cui i cittadini non fanno sconti. C'è, quindi, una gestione molto misurata e attenta. Questo è possibile anche in virtù della strutturazione, in quanto in Emilia Romagna abbiamo una realtà molto identificata: ogni città ha non "un ospedale", ma "quell'ospedale". Anche le competenze sono molto chiare e questo permette di pianificare con più precisione.

Qual è il ruolo del privato?

A livello quantitativo è un ruolo marginale, ma lavora nel Ssr con pari dignità delle strutture pubbliche. Di recente, poi, in Emilia Romagna è uscita una legge per l'accreditamento delle strutture sanitarie in base alla quale le strutture private, anche se poche, rispondono a dei requisiti che le mettono al pari di quelle pubbliche. Entrano, quindi, a pieno titolo a far parte del Ssr, senza alcuna competizione con il settore pubblico perché ognuno ha le proprie competenze e i propri obiettivi, decisi a livello regionale.

Come è avvenuta la riorganizzazione dell'assistenza ospedaliera e territoriale?

L'Emilia Romagna ha scelto di spostare l'assistenza sul territorio ormai da un decennio, perché, quando le condizioni lo permettono, curare le persone a casa loro è una modalità più gradita ai pazienti e anche meno costosa. Si tratta di un processo avviato ma ancora non concluso, attuato attraverso un'estesa attività di assistenza domiciliare compiuta non esclusivamente dai medici di base, ma soprattutto dagli infermieri. Sono state attivate a domicilio anche una serie di attività specialistiche, seguendo lo stesso criterio di un ospedale un po' più network. A quest'ultimo resta la sua vera vocazione, cioè l'assistenza agli acuti e di alta tecnologia.

La vostra Regione fa ancora riferimento al Psr 1999-2001. Non sentite la necessità di averne uno nuovo?

No, perché ciò che era indicato nell'ultimo Psr resta tuttora attuale e il momento che stiamo vivendo non è di rilancio della pro-

grammazione e di crescita, ma sono anni di lacrime dal punto di vista della disponibilità delle risorse. Poi, molte attività sono state attivate ma non hanno ancora raggiunto il traguardo. Per queste ragioni ritengo più giusto continuare su questa strada, che ha già portato notevoli risultati. Mi sembra una scelta di saggio realismo.

Insomma, quali sono i punti deboli dell'Emilia Romagna?

Bisognerebbe fare uno sforzo in più per superare le divisioni tra direzioni generali delle aziende e amministrazioni locali, ma anche tra medici di medicina generale, specialisti e ospedalieri, aziende, autonomie locali e rappresentanti dei cittadini. Non che qui siano particolarmente evidenti, ma nella mia idea c'è un sistema in cui non devono esistere certi tipi di diffidenze. Vorrei, insomma, che quel valore di partecipazione che caratterizza la nostra Regione si estendesse ancora di più, tra tutti i soggetti, compresi i cittadini e le organizzazioni sindacali.

**INTERVISTA A GIOVANNI BISSONI
ASSESSORE ALLA SANITÀ EMILIA ROMAGNA**

Buon governo, programmazione sanitaria e solidarietà. Queste le radici della sanità emiliana

Assessore Bissoni, quali sono i punti di forza della sanità emiliana?

C'è una storia di buon governo e di programmazione sanitaria alle spalle, una solidarietà non solo come sentimento diffuso ma una solidarietà capace di influenzare sia l'operato dei servizi che le relazioni istituzionali. C'è un forte senso di appartenenza e un grande spirito di partecipazione con cui si opera nell'ambito del Ssr. C'è una buona capacità di relazioni istituzionali tra la Regione e gli enti locali, c'è una tradizione di concertazione anche con le organizzazioni sindacali e questo è il sistema che aiuta a governare meglio la sanità. Senza sarebbe stato molto difficile affrontare la fare di riorganizzazione dei servizi sanitari, che, in particolare per gli anni '96 e '97, hanno visto i piani attuativi locali con la riorganizzazione ospedaliera, con la riconversione e riorganizzazione dei servizi territoriali. E quindi quelle azioni che ci hanno consentito di introdurre una forte innovazione del sistema e anche con una forte efficienza e capacità di utilizzo corretto delle risorse, umane e finanziarie.

E con il sociale?

Sì. La forte relazione con gli enti locali ha consentito di spingere molto avanti l'integrazione socio-sanitaria, fondamentale per il funzionamento dei servizi territoriali, per la cura di particolari categorie di persone, come gli anziani, i cronici e i non autosufficienti.

Oggi il bilancio della sanità ha una spesa territoriale per le cure primarie intorno al 55%, la spesa ospedaliera si è ridotta in maniera significativa ma anche qualificata, e oggi occupa circa il 44% del bilancio sanitario regionale. In un quadro in cui gli ospedali sono stati fortemente riorganizzati, ridotti i posti letto accreditati con un tasso di ospedalizzazione molto ridotto (da 190 ricoveri ordinari a circa 140), forte

sviluppo del day hospital e del day surgery, l'introduzione della lunga degenza e della riabilitazione. Così è stato anche più facile trovare la compatibilità tra la rete ospedaliera e un bisogno di qualificazione in relazione alle risorse finanziarie disponibili. Il piano di investimenti degli ospedali ci mette in condizione di preggiare l'accreditamento anche in tema di qualità alberghiera e assistenza. E contemporaneamente lo sviluppo dei servizi territoriale, come Adi, assistenza specialistica ecc.

Quindi soddisfazione per il cittadino...

Da parte del cittadino c'è l'adesione al servizio e anche le azioni di innovazioni introdotte non sono state vissute come tagli ai servizi ma come fase di riorganizzazione e innovazione.

E ora stiamo passando alle ulteriori fasi, cioè il piano sociale sanitario, l'integrazione tra sociale e sanitario, e la legge di riorganizzazione del Ssr che punta ulteriormente sulla responsabilità dei sindaci, nella programmazione e la partecipazione degli operatori sanitari alla vita dell'azienda. Parole d'ordine per le nuove aziende sono: organizzazione partecipativa, programmazione, governo clinico, innovazione, responsabilità.

Anche alcune innovazioni che noi abbiamo introdotto per primi, come il collegio di direzione aziendale anche se la legge è ancora in corso di approvazione da noi sono metodologie di funzionamento in funzione.

Il nostro sistema è caratterizzato da una bassa conflittualità e competizione, e da una forte collaborazione e integrazione tra tutti i soggetti, anche quelli privati accreditati. Il governo della sanità regionale non sta nel budget fisso, tariffa variabile e collaborazione.

Quali i punti deboli della sanità emiliana?

Innanzitutto in sanità ci sono processi e mai punti di arrivo. Quello delle liste d'attesa è un problema anche da noi, soprattutto nella percezione del cittadino. Abbiamo fatto dei passi in avanti e anche l'avvio delle urgenze e di tempi massimi d'attesa. Questo ormai comincia ad essere a regime ma il cittadino contesta comunque liste d'attesa di 60 giorni anche per attività considerate non urgenti.

Quindi sviluppare il tema delle priorità dell'accesso e sviluppare l'offerta anche specialistica.

Un'altra cosa è l'incertezza per il futuro che è legata alla situazione nazionale e in particolare devoluzione e carenza di risorse, che creano incertezza e preoccupazione anche nella nostra Regione. Noi siamo in grado di chiudere bene fino al 2003, il 2004 può diventare un problema, per non parlare del 2005.

Piani per la salute?

Sono piani realizzati dopo una ricerca sul campo che vanno da quelli sanitari a quelli anche che riguardano ad esempio la sicurezza stradale, in cui noi possiamo migliorare i trauma center ma che in realtà è poco materia sanitaria, anche se richiede un'integrazione di tutte le parti. Anche questi progetti, quindi, tendono a creare collaborazione e risolvere i problemi tra le varie componenti insieme. Ci sono poi problemi che fanno soprattutto riferimento ai sindaci e agli enti locali, ma che hanno bisogno di una convergenza di azioni e di politiche. Si è lavorato ai piani sanitari per la salute, alcuni sono in fase di elaborazione altri sono entrati in piena parte attuativa, caratterizzata da un impegno intersettoriale e alto grado di partecipazione, anche dei cittadini.

IL PUNTO

In Inghilterra la sorte del “vecchio” servizio sanitario nazionale è ormai segnata

di **Alberto Andrion**

Molti non concorderanno, molti si opporranno, molti saranno stupiti. Tuttavia, un fatto è certo: i fautori del “non si cambia nulla” nel welfare sanitario e i nostalgici del sistema inventato da Beveridge alla fine degli anni ‘40 hanno i giorni, o meglio, gli anni contati. Il governo laburista britannico non demorde di un millimetro nel disegnare e promuovere nuovi spazi di concorrenza privata da immettere nel sistema sanitario inglese. E non si tratta di piccolo cabotaggio, di fare il favore al piccolo-medio imprenditore di turno che costruisce la clinica privata o di strizzare l’occhio alla libera professione medica di stampo ottocentesco e “liberale”. Parliamo di una impostazione strategica di ampio respiro descritta in un programma ufficiale del governo (Nhs Improvement Plan) da compiersi nell’arco di cinque anni. Da un lato, si fanno proprie le moderne teorie del “case management”, vale a dire della presa in carico globale dell’evento clinico e della gestione del paziente nella dimensione intra ed extraospedaliera, e dall’altro, sottolineando la forte complessità del nuovo approccio, si afferma implicitamente che il vecchio e sclerotizzato servizio pubblico è impreparato ad affrontare in modo flessibile la nuova dimensione. Di conseguenza, l’esperimento sarà affidato a sistemi privati con consolidate e strutturate esperienze. L’unico paese al mondo che ha sperimentato la gestione di milioni di pazienti secondo questi criteri sono gli Stati Uniti e a questi si è rivolto il governo britannico per favorire l’entrata nel mercato inglese del United Health Group, multinazionale sanitaria designata a sperimentare il “case management” sul suolo inglese. La British Medical Association ha avuto un sussulto, ma i rappresentanti dei giovani medici non si sono dimostrati particolarmente preoccupati. Forse nel giro di qualche decennio il servizio sanitario britannico che si avvicina ai 60 anni subirà la stessa sorte dei medici che vanno in pensione: sostituiti da qualcosa e da qualcuno con meno anni sulle spalle.

GERMANIA

Orario di lavoro: ospedalieri pronti allo sciopero

Lo scontro sull’orario di lavoro negli ospedali tedeschi sale di livello dopo che il maggior sindacato dei medici ospedalieri ha lanciato al Governo l’out-out dello sciopero nel caso gli ospedali dovessero non applicare la direttiva europea che prevede una riduzione delle ore lavorative fino ad un massimo settimanale di 48 ore.

La Marburger Union, il sindacato che rappresenta 80mila dei 122mila clinici tedeschi ha ribadito che i medici ospedalieri lavorano a tutt’oggi fino a 80 ore settimanali nonostante la direttiva europea che, recepita dalla legislazione tedesca, sarebbe dovuta entrare in vigore già dal 1° gennaio di quest’anno. Ma, come ha spiegato il portavoce della Marburger Union, Athanasios Drougias, quasi tutti i 2240 ospedali tedeschi hanno beneficiato di una clausola prevista dalla normativa tedesca che consente a quegli ospedali che prevedono contratti di impiego in cui le ore di guardia sono conteggiate nel normale orario di lavoro di non applicare la direttiva sino alla fine del 2005. “Mentre – polemizza – solo il 10 per cento degli ospedali tedeschi ne avrebbe titolo”. Un altro aspetto non trascurabile riguarda poi la sicurezza dei

pazienti “che corrono il serio rischio di essere curati da medici esausti”.

Secondo il sindacato, la mancata applicazione della direttiva accelera l’esodo dei medici ospedalieri con conseguenze preoccupanti: “gli attuali 5mila posti vacanti nei nosocomi tedeschi difficilmente potranno essere coperti finché le condizioni lavorative saranno tali. Va poi considerato il carico lavorativo non trascurabile che si riversa su quanti rimangono”.

Se la direttiva trovasse piena applicazione, le previsioni ipotizzano 15mila nuove assunzioni, per un costo di 1 miliardo di euro, nel caso invece venissero negoziati contratti con un orario flessibile basterebbero “solo” 6mila medici in più.

“Intraprendere azioni legali contro gli ospedali non è conveniente – dice il portavoce della Marburger Union – in quanto sarà possibile non applicare la direttiva sino a fine 2005. Comunque i medici ospedalieri sono stufo, molti si trovano in una posizione vulnerabile, con contratti temporanei o sotto formazione specialistica, e se gli obiettivi non dovessero esser raggiunti siamo pronti allo sciopero”.

FRANCIA

Sécurité sociale: il nuovo piano salvaspesa non piace ai sindacati

Un nuovo piano di risanamento per la sanità francese, anch’essa alle prese come altri Paesi di Eurolandia con una spesa alle stelle, è stato annunciato lo scorso maggio dal ministro della Sanità d’oltralpe Philippe Douste-Blazy. Il quattordicesimo tentativo di riforma sanitaria, dal 1975, cercherà di ridurre i 12,9 miliardi di euro di deficit annuale del Ssn (tanti sono previsti a fine 2004) e di ripianare un debito di 32 miliardi. La ricetta è quella classica: taglio dei costi e maggiore compartecipazione dei cittadini alla spesa; l’obiettivo è di far risparmiare 15 miliardi l’anno entro il 2007. Le novità più importanti prevedono il contributo di 1 euro a fondo perduto per ogni visita medica che, nelle intenzioni del Governo, dovrà responsabilizzare i cittadini, e un sistema computerizzato in dotazione ai medici di famiglia che archiverà i dati sanitari dei pazienti. Inoltre, sarà il medico di famiglia a indirizzare eventualmente dallo specialista il paziente che, senza questa prescrizione, dovrà pagarsi la visita o richiederne successivamente il rimborso. Questa misura, secondo il Governo, farà risparmiare 3 miliardi di euro entro il 2007. Altri 3,5 miliardi di euro, secondo il ministro Douste-Blazy, li farà risparmiare il sistema computerizzato a disposizione di tutti i medici, che archiverà tutte le visite e gli esami effettuati dal paziente in modo da evitare duplicazioni e sprechi. I pazienti avranno a disposizione una “card” simile all’attuale ma munita di fotografia per prevenire utilizzi fraudolenti. Un miliardo di euro, sempre secondo il governo, verrà dall’introduzione del ticket, che sarà di 1 euro sia per le visite specialistiche sia per gli esami di laboratorio, (radiografici, ecografici, endoscopici, ecc.), esenti le fasce a basso reddito e i bambini. Ai medici è stato chiesto uno sforzo per ridurre le prescrizioni e chi ne farà comunque troppe verrà privato del diritto di rilasciarne ancora. Il Governo continuerà a promuovere l’impiego dei farmaci generici attraverso un piano di rimborso forfetario, iniziato l’anno scorso, ma anche aumentando il numero dei generici sul mercato attraverso una serie di modifiche alle norme sulla protezione dei brevetti dei farmaci e questo anche per allineare il Paese alla direttiva europea sulla durata decennale dei brevetti farmaceutici. Per ridurre il deficit, il ministro della Sanità ha poi proposto di aumentare dello 0,4 per cento la tassazione destinata alla “sicurezza sociale” a carico dei pensionati e per i dipendenti la base salariale cui attingere passerà dal 95 al 97% dello stipendio. Gli aumenti a favore della previdenza toccheranno anche le imprese, mentre il Governo dirotterà a favore della “sécurité” circa 1 miliardo di euro che intende recuperare attraverso una maggiorazione di altri generi di monopolio come le sigarette. La “special tax” dello 0,5% sui salari, introdotta nel 1996 per far fronte al buco previdenziale e che sarebbe dovuta spirare nel 2014, verrà invece prorogata di altri 8 anni per sanare il debito di 32 miliardi di euro. I sindacati hanno, in linea di massima, criticato abbastanza duramente il piano del Governo, definendolo di facciata e incapace di garantire un accesso universale a cure di qualità, anche se non è mancata qualche voce a favore di alcuni punti della riforma. Come quella del presidente del sindacato dei medici di famiglia, Michel Combier, che a proposito del sistema computerizzato per archiviare il percorso assistenziale del paziente, invita a “non considerarlo di primo acchito unicamente come una misura salvaspesa, ma piuttosto, e soprattutto, un provvedimento finalizzato alla qualità, un investimento”. Tra le obiezioni dei sindacati, che hanno indetto una giornata di sciopero il 5 giugno scorso, quella di non essere stati informati su tutti i dettagli del piano, diffusi poi nei giorni successivi alla sua presentazione, pubblicamente, dallo stesso ministro Douze-Blazy, senza ulteriori consultazioni con le controparti.

REGNO UNITO

Gruppo privato Usa affiancherà il servizio sanitario inglese. Partono le polemiche

L’annuncio di un nuovo piano sanitario nazionale che apre ai privati ha fatto subito partire un acceso dibattito in seno alla Bma, l’Ordine dei medici britannico. E per discutere a fondo gli sviluppi futuri della sanità pubblica, così come la potrebbe ridisegnare il “Nhs Improvement Plan”, il piano governativo quinquennale per il miglioramento del National Health Service, reso pubblico lo scorso giugno, la Bma ha indetto una conferenza per il prossimo autunno. Nella riunione annuale svoltasi i primi di luglio, i delegati della Bma hanno approvato all’unanimità una mozione che intende richiamare l’attenzione su alcune proposte contenute nel Piano che incoraggiano il progressivo coinvolgimento delle multinazionali della salute nell’erogazione di molti servizi e puntano a sviluppare il cosiddetto “case management approach”. Termine questo coniato nei primi anni Novanta per definire una strategia assistenziale multidisciplinare, che, attraverso il coinvolgimento attivo di vari soggetti del sistema salute, inclusi i pazienti e le loro famiglie, mira a coordinare il percorso assistenziale per soddisfare i bisogni del paziente con cure di qualità e cost-effective. La mozione congressuale, proposta da Richard Rawlins, uno specialista ospedaliero ortopedico di Bedford e membro del Consiglio della Bma, ha voluto anche evidenziare come una delle compagnie designate a erogare servizi privati nel Paese, lo United Health Group con sede a Minneapolis (un gigante da 28 mld di dollari), abbia affidato a Richard Smith, ex direttore della prestigiosa rivista Bmj, e a Simon Steven, consulente per la sanità del primo ministro (e uno degli artefici del Piano originario sotto l’allora ministro della Sanità Milburn),

la guida della scalata europea del gruppo. Nonostante il presidente del Consiglio della Bma abbia fin da subito accolto positivamente il Piano, ai rappresentanti dell’associazione medica britannica non è stata data l’opportunità di esaminare a fondo i grandi cambiamenti che la riforma potrebbe innescare – ha messo in guardia Rawlins, e, come riportato dalla stampa, ha rincarato la dose: “solo ora ne stiamo realizzando la portata, solo ora ci stiamo addentrando nei dettagli che potrebbero quasi certamente nascondere delle trappole”. Uno dei settori cruciali su cui il piano quinquennale si propone di intervenire è quello dell’assistenza di base agli anziani fragili con patologie croniche (asma, artrite, depressione, insufficienza cardiaca, ecc.). Entro il triennio 2005-2008 in ogni struttura di base inglese verrà adottato il “case management approach” e oltre 3mila infermiere di grado superiore, le “community matron” prenderanno in carico circa 250mila pazienti. Fungeranno da raccordo con i servizi sociali e guideranno il percorso assistenziale di questi pazienti, e nelle intenzioni del Governo dovrebbero alleggerire il lavoro dei medici di famiglia e la rete ospedaliera in generale. Si stima infatti che il 10 per cento di questi anziani cronici costituisca il 55% dei ricoveri ospedalieri. Ma non sono mancate le critiche, anche autorevoli, su questo punto della riforma particolarmente caro al ministro della Salute John Reid, che sostengono come i cittadini preferiscano gli infermieri nei reparti ospedalieri (attualmente sono 129mila quelli di livello superiore) e come queste scelte vadano contro il bisogno del paziente di avere un controllo sempre maggiore sulla propria salute. “Cosa ne sarà di quei

pazienti che preferiscono affidare la gestione della propria salute a un medico, dovranno rivolgersi al privato? Il ministero della Salute ha già pagato 5 milioni di sterline per un progetto pilota di questo tipo, 3,7 dei quali andranno al United Health Group!” ha tuonato Rawlins sempre nel corso della riunione della Bma. Il mosaico che va delineandosi attraverso le molte tessere che riflettono i cambiamenti in atto nella sanità pubblica inglese, pensiamo agli ospedali-fondazione, alla privatizzazione di alcuni servizi di diagnosi e cura, e ora all’importanza crescente delle multinazionali della salute, preoccupa gli addetti ai lavori e forse anche l’opinione pubblica. Il senso della mozione approvata è quello che di per sé questi cambiamenti potrebbero non essere negativi, ma il Piano va letto tutto e digerito, ne vanno considerate attentamente le implicazioni e che la Bma deve aver tempo e modo di sviluppare un suo punto di vista e una conseguente politica. Jacky Davis, specialista ospedaliera in un ospedale londinese, una delle voci a favore della mozione ha così riassunto uno stato d’animo sempre più diffuso: “Non credo che i medici siano contenti di vedere un Ssn finanziato dal pubblico ma gestito da privati, dove gli ospedali potrebbero diventare oggetto di compravendita. Abbiamo bisogno di avviare un dibattito di maggior respiro, altrimenti potremmo svegliarci tra cinque anni e chiederci cosa è accaduto al nostro Ssn. Dobbiamo poter influenzare il contesto che va delineandosi prima di trovarci intrappolati senza via d’uscita”. Non ha appoggiato la mozione il presidente del Comitato dei Junior doctors, Simon Eccles, che si è detto contrario alla Conferenza adducendo un problema di costi troppo elevati.

GIURISPRUDENZA *sentenze e ordinanze*

Corte di Cassazione Sentenza n. 11637/2004

Anestesisti: va rispettato il limite orario

Nel 1998 L'Asl di Rieti propose opposizione all'ordinanza-ingiunzione con la quale la Direzione provinciale del Lavoro ingiungeva l'Azienda al pagamento di una sanzione per violazione delle leggi 473/1925 e 370/1934, su orari e riposi. Nella fattispecie si era fatto eseguire a personale medico addetto al reparto d'anestesia e rianimazione un orario di lavoro superiore alle otto ore giornaliere ed alle quarantotto settimanali senza concedergli il riposo settimanale di ventiquattro ore consecutive. A sua difesa, l'opponente sosteneva che le disposizioni menzionate non trovavano applicazione per il personale dei manicomi, delle case di salute e delle cliniche, né per il personale direttivo, sostenendo altresì che il mancato godimento del riposo era stato determinato dalla necessità indotta dalla grave carenza di organico. In primo grado il Tribunale di Rieti aveva respinto l'opposizione motivando che agli anestesisti non potesse essere applicata l'esclusione prevista dalla normativa laddove ai "fini di tale esclusione la qualifica di dirigente si evince non dalla normativa collettiva vincolante solo sul piano privatistico, ma dalla stessa legge applicata perciò sono dirigenti coloro che sono addetti a compiti d'organizzazione e direzione e tali non risultano gli anestesisti ai quali era stata comminata la sanzione". Ricorso respinto anche dalla Sezione Lavoro della Corte di Cassazione con sentenza n. 11637 del 22 giugno 2004. La generale limitazione dell'orario disposta dall'articolo 1 del Rdl 1923 n. 692 è prevista per il lavoro "effettivo" ed è tale "ogni lavoro che richieda un'applicazione assidua e continuativa". Da questa qualifica sono espressamente escluse le "occupazioni che richiedano, per la loro natura o per la specialità del caso un lavoro discontinuo o di semplice attesa", indicate nella Tabella approvata con Rd 6 dicembre 1923 n. 2657, alle quali non è applicabile la limitazione dell'orario. Nell'ambito di tale limitazione si riporta al comma 13 anche "il personale degli ospedali, manicomi case di salute e delle cliniche", escludendo il personale addetto ai servizi d'assistenza nelle sale dei reparti d'isolamento per deliranti o ammalati gravi negli ospedali; la gravità della malat-

tia costituisce in quest'ultimo caso la ragione dell'esclusione. Gli anestesisti addetti alla cura di ammalati sono pertanto soggetti ai vincoli di orario essendo la gravità della malattia un fatto "imminente al reparto", determinando pertanto un'applicazione assidua e continuativa da parte di tutto il personale addetto. Le eccezionali esigenze e le impossibilità di fronteggiarle attraverso l'assunzione di altri lavoratori, devono essere provate dall'azienda che le invoca, comunicate all'Ispettorato del Lavoro e devono essere di breve durata.

Infine la Suprema Corte esclude la possibilità dell'applicazione dell'articolo 20 del Dpr. n. 748/1972 che ha previsto una maggiorazione di dieci ore settimanali per i dirigenti, quando il normale orario non sia idoneo a garantire il corretto svolgimento delle funzioni attribuite, e dell'articolo 15 del Dlgs 502/1992 secondo il quale il dirigente è responsabile del risultato anche se richiedente un impegno orario superiore a quello contrattualmente definito. L'inquadramento nella categoria del personale direttivo non può derivare dal "mero dato formale del conferimento della qualifica" e dall'esonero dall'obbligo di timbrare il cartellino o di sottostare alle limitazioni di orario. L'articolo 3 del Rd n. 1955/1923, proprio per la sua espressa specifica funzione (escludere il limite di orario massimo normale di lavoro), costituisce nei confronti di ogni altra qualificazione dirigenziale data da norme legislative, una norma speciale, la cui ragione è da rinvenirsi proprio nel rapporto fra mansioni ed orario.

Tale articolo fornisce del personale direttivo una particolare qualificazione legale espressamente diretta agli effetti del secondo comma dell'articolo 1 del Rdl 692 (esclusione della limitazione dell'orario per il personale direttivo).

Per questo ai fini dell'orario massimo di lavoro si considera personale direttivo "quello preposto alla direzione tecnico amministrativa dell'azienda o di un reparto con diretta responsabilità nell'andamento dei servizi", non trovando applicazione ai fini del limite orario l'articolo 15 della 502/1992. È pur vero, conclude la Corte, che indipendentemente da un limite normativo, anche per il personale direttivo deve sussistere un "limite quantitativo globale in rapporto alla necessaria tutela della salute e dell'integrità fisico-psichica garantita a tutti i lavoratori", consentendo al giudice un controllo sulla ragionevolezza della durata delle prestazioni di lavoro con riguardo alle funzioni svolte (nella fattispecie la ragione va commisurata alla salute dell'ammalato che il medico deve assistere).

P.C.

Pubblichiamo di seguito ampi stralci del testo della Sentenza della Cassazione n. 11637/2004

“ (...) la generale limitazione dell'orario (disposta dall'art. 1 del R.D.L. 15 marzo 1923 n. 692 convertito in legge 17 aprile 1925 n. 473) è prevista per il lavoro "effettivo" ed è tale "ogni lavoro che richieda un'applicazione assidua e continuativa.

Da questa qualifica sono espressamente escluse le "occupazioni che richiedono, per la loro natura o per la specificità del caso, un lavoro discontinuo o di semplice attesa" (art. 3), poi analiticamente indicate nella tabella, preannunciata dall'art. 6 del R.D. 10 settembre 1923 n. 1955 che costituiva il Regolamento per l'applicazione dell'indicato R.D.L.) ed approvata con il R.D. 6 dicembre 1923 n. 2657.

Nell'ambito della predetta esclusione la tabella indicata (n. 13) il "personale degli ospedali, dei manicomi, delle case di salute e delle cliniche, fatta eccezione per il personale addetto ai servizi di assistenza nelle sale degli ammalati dei reparti per agitati o suicidi nei manicomi, dei reparti di isolamento per deliranti o ammalati gravi negli ospedali...".

In tal modo, l'esclusione dalla limitazione dell'orario non sussiste per il personale addetto ai servizi di assistenza nelle sale "dei reparti di isolamento per deliranti o ammalati gravi negli ospedali". In questa ipotesi, la gravità della malattia, quale fatto comune a tutti i degenti e pertanto immanente al reparto stesso, determinando "un'applicazione assidua e continuativa da parte di tutto il personale ivi addetto (ed escludendo che possa ipotizzarsi, nell'assistenza di questi specifici ammalati, "un lavoro discontinuo o di semplice attesa"), costituisce la ragione dell'esclusione. È da aggiungere (per completezza) che, nella logica della disposizione in esame, la gravità degli ammalati è anche la ragione della qualifica (agli specifici esclusivi fini dell'indicata norma) di "reparto di isolamento".

Il personale addetto solo alla cura degli ammalati gravi (in quanto assegnati ad un reparto ove solo questi siano ricoverati) non rientra pertanto nell'esclusione dai limiti di orario, prevista dall'indicata tabella, bensì, eccezione a questa esclusione, nei limiti previsti dalla generale normativa in controversia.

In questo quadro, poiché il reparto di anestesia e rianimazione è destinato, per definizione, esclusivamente alla cura

"ammalati gravi", gli anestesisti addetti a questo reparto rientrano fra il personale non escluso dalla limitazione di orario. 5.b. Le "eccezionali esigenze" e "l'impossibilità di fronteggiarle attraverso l'assunzione di altri lavoratori" (che peraltro devono essere comunicate immediatamente all'Ispettorato del Lavoro: art. 5 bis del R.D.L. 15 marzo 1923 n. 692 convertito in legge 17 aprile 1925 n. 473), "i casi di forza maggiore e quelli nei quali la cessazione del lavoro ad orario costituisce un pericolo per le persone" (soggetti ad eguale comunicazione: ivi, art. 7) e lo stato di necessità (art. 4 della legge 24 novembre 1981 n. 689) costituiscono situazioni eccezionali che (oltre ad essere, per loro natura, contingenti e di breve durata), determinando l'inefficacia dei fatti integranti l'obbligo normativo, devono essere provate da colui che le invoca (art. 2697 secondo comma cod. civ.).

Nel caso in esame, non solo il fatto contestato (prolungamento dell'orario oltre il limite normativamente previsto) si è lungamente protratto nel tempo, bensì dell'invocata situazione eccezionale alcuna prova è stata fornita. (...)

8. Con il quarto motivo, denunciando violazione dell'art. 20 del d. P.R. n. 748 del 1972, la ricorrente sostiene che questa disposizione ha previsto una maggiorazione di dieci ore settimanali per i dirigenti, quando il normale orario non sia idoneo a garantire il corretto svolgimento delle funzioni attribuite.

Con il quinto motivo, denunciando violazione e falsa applicazione dell'art. 1 del R.D.L. 15 marzo 1923 n. 692 convertito in legge 17 aprile 1925 n. 473, degli artt. 3 e 5 della legge 22 febbraio 1934 n. 370 e degli artt 15 e segg. del decreto legislativo n. 502 del 1992, la ricorrente sostiene che questa recente disposizione configura la dirigenza sanitaria, riducibile a quella della preesistente disciplina, per cui il dirigente è responsabile del risultato anche se richiedente un impegno orario superiore a quello contrattualmente definito. E' l'art. 20 del decreto legislativo 3 febbraio 1993 n. 29 prevede che i dirigenti sono responsabili del risultato dell'attività svolta dagli uffici, della realizzazione dei programmi e dei progetti loro affidati. E la qualità di dirigente esclude il limite d'orario previsto dalla disposizione applicata nel caso di esame.

9. Anche questi due motivi, che per la loro interconnessione devono essere congiuntamente esaminati, sono infondati.

L'art. 3 n. 2 del R.D. 10 settembre 1923 n. 1955 (quale Regolamento per l'applicazione) fornisce del personale direttivo una particolare qualificazione legale, espressamente diretta "agli effetti del secondo comma dell'art. 1 del R.D.L." 15 marzo 1923 n. 692 convertito in legge 17 aprile 1925 n. 473.

In base alla predetta disposizione, da un canto, come questa Corte ha affermato, è da escludere che "l'inquadramento nella categoria del personale direttivo posso derivare dal mero dato formale del conferimento della qualifica e tanto meno dal solo esonero esplicito dall'obbligo di timbrare il cartellino o, addirittura, di sottostare alle limitazioni di orario" (Cass. 30 marzo 1992 n. 3914).

D'altro canto, per la sua espressa specifica limitata funzione (esclude il limite di "orario massimo normale di lavoro), previsto dall'art.1 del R.D.L. 15 marzo 1923 n. 692), la predetta disposizione (art. 3 n. 2 del R.D. 10 settembre 1923 n. 1955) costituisce, nei confronti di ogni altra qualificazione dirigenziale data da norme legislative e collettive, una norma speciale. La ragione di questa norma è nel rapporto fra mansioni ed orario: queste mansioni sono indicate (ed il dirigente è qualificato) esclusivamente in funzione dell'orario. Ogni altra qualificazione normativa, essendo fondata su una diversa ragione, resta inapplicabile. Ai fini dell'orario massimo di lavoro, deve pertanto farsi riferimento esclusivamente all'indicata disposizione, secondo cui "si considera personale direttivo quelle preposto alla direzione tecnica od amministrativa dell'azienda o d'un reparto di essa con diretta responsabilità nell'andamento dei servizi (e l'elemento della "direzione" trova risonanza nelle specifiche ipotesi normativamente previste: institori, gerenti, direttori tecnici od amministrativi, capi ufficio e capi reparto). In tal modo, ai fini del limite orario in esame l'art. 15 del Decreto legislativo 30 dicembre 1992 n. 502 (nei cui confronti l'art. 1 del R.D.L. 15 marzo 1923 n. 692 costituisce norma speciale) resta irrilevante.

Irrilevanti anche le disposizioni dell'art. 20 del D.P.R. 30 giugno 1972 n. 748 "sullo stato giuridico dei dirigenti statali" e dell'art. 16 della legge 18 maggio 1968 n. 249, in quanto relative ai dipendenti statali (...).

LA VERTENZA E LA FNOMCEO

Del Barone: un corsivo stile “Liala”
Zucchelli: grave l’assenza della Fnomceo

In coerenza ad una linea editoriale rispettosa delle altrui opinioni e del diritto di replica, pubblichiamo la lettera che il presidente della Fnomceo Del Barone ha inviato al segretario nazionale, Serafino Zucchelli in risposta al corsivo pubblicato in prima pagina sul n. 4 del 2004 di “Dirigenza Medica”. Segue la controreplica di Zucchelli

Caro Zucchelli,
ho letto con stupore quanto riportato in prima pagina sul n. 4 del 2004 di “Dirigenza Medica”.
Con prosa stile “Liala” l’articolo ricorda il successo riportato dalla manifestazione del 3 giugno scorso, mentre il fatto che il Presidente fosse a Genova per parlare delle stesse cose e con lo stesso successo è stato segnato con nigro lapillo, e i suoi telegrammi di adesione allo sciopero sono stati vivisezionati quasi desse fastidio riconoscerne il sicuro italiano e l’ancor più sicura adesione alla protesta.
Poi, attraverso la strada dell’arzigogolo menzognero, si è arrivati ad Isernia dove, nel corso di un convegno, ho riconfermato nel mio intervento la validità degli scioperi purchè non politicizzati (concetto che ricordo ad ogni piè sospinto) mentre il segretario regionale dell’Anaa mi “esortava” a non parlare di politica (della quale in realtà non si stava neanche lontanamente parlando).
Esaurito il tutto in trenta secondi, il buon Presidente dell’Ordine di Isernia si è scusato per l’esuberanza di un amico, noto peraltro per questa sua caratteristica, e presente il ricordato simpatico interlocutore, si è andati, insieme, a pranzo.
Quando i problemi inesistenti meritano la prima pagina di un giornale, vuol dire che – astio per il Presidente della Fnomceo a parte – vi è poco altro da riportare. Anche perché ai medici italiani interessano i risultati (pochi) e non le polemiche (troppe).
Questo è quanto è accaduto ed onestamente appare sconcertante il modo in cui tale episodio è stato stravolto e riportato sul Tuo autorevole giornale.
Grato di poter vedere questa mia breve pubblicata, Ti saluto con l’amicizia che, forse stupidamente, continuo a considerare valida.

Giuseppe Del Barone

La controreplica di Zucchelli

Non ho dimestichezza con la prosa di Liala che invece Del Barone dimostra di ben conoscere ma, poiché chiamato direttamente in causa, ritengo che il tono e il contenuto della sua lettera richiedano alcune mie più esplicite dichiarazioni che mi auguro abbiano la forma utile ad avviare un dibattito e non una sterile polemica.

1. Valuto come un atto politico grave il fatto che, in una giornata di grandi sacrifici e intensa partecipazione di migliaia di medici, a rappresentare la massima istituzione professionale ci fossero dei telegrammi ancorché “di sicuro italiano e l’ancor più sicura adesione alla protesta”. Del Barone converrà che questa assenza segna una forte discontinuità con il passato e sicuramente ricorderà che in analoghe manifestazioni non è mai venuta meno la presenza dei Presidenti Fnomceo quali Parodi, Poggiolini e infine

Pagni. Credo che ognuno di questi, nella scelta delle priorità di rappresentanza non ha avuto dubbi e oggi poco importa e poco vale sapere dove fossero e che cosa facessero quel giorno Del Barone e gli altri componenti dell’Esecutivo Fnomceo; non li hanno visti né sentiti migliaia di medici e i tanti Presidenti di Ordine presenti nelle strade di Roma che hanno sfilato con i propri iscritti.

2. Nella replica Del Barone maliziosamente trasforma questa critica politica in un acido esercizio di astio personale, l’abilità consiste nel far diventare questo giudizio un pregiudizio per poi dichiararsene vittima. Dunque il Presidente non c’era, non ha visto, non ha sentito, ma autorevolmente ammonisce nelle platee convegnoistiche a non politicizzare gli scioperi facendo eco all’insulso e qualunquista teorema più volte proclamato dal Ministro Sirchia. Mi vado sempre più convincendo che la sua assenza alla manifestazione di Roma sia stato l’unico atto politico strumentale, forse richiesto e dovuto, in una fase di forti tensioni con il Governo e le Regioni che ha visto invece i medici italiani uniti nella difesa del Servizio Sanitario Nazionale e nelle loro legittime rivendicazioni normative ed economiche.

3. Per quanto riguarda l’ironico richiamo ai risultati e alle polemiche sono perfettamente consapevole del grande disagio professionale, civile e sociale che avvolge i medici italiani. Noi, come altri, siamo un Sindacato Professionale autonomo che deve offrire risposte concrete, con la fatica di saldare interessi e vocazioni di una categoria composita e difficile. In questa arena tutti i giorni ci contiamo e misuriamo; nelle corsie, negli ambulatori, nei servizi. Per esistere, a noi non bastano i boatos delle parole. Intanto tra i risultati metto la preziosa unità delle organizzazioni sindacali mediche, un obiettivo impensabile solo pochi mesi fa e che oggi tiene e per il quale mi sono speso e mi spenderò per come possibile e fin dove possibile, con coerenza e rigore nell’interesse dei medici che rappresento. Continuo invece ad assistere nel mondo Ordinario ad appelli all’unità che si infrangono sugli scogli di un assetto di governo della Fnomceo concepito e nato per dividere e sempre più avvitato in piccole logiche di potere di uomini e di gruppi. Nascono anche da questi vizi genetici, quelle timidezze, quelle paralisi di visioni ed azioni del governo Fnomceo che la pesante condizione della professione richiederebbe invece illuminate, incisive e soprattutto forti di un largo consenso. Sul piano politico generale e su quello comunicativo questa inerzia si affida al gran gioco di prestigio di rivendicare come prudenze Istituzionali quelli che in realtà sono oggettivi collateralismi con il potente di turno, sacrificando l’autonomia e l’indipendenza dell’Istituzione. Confermo dunque con serenità il giudizio politico di quel corsivo riassunto nell’immagine del gioco delle tre carte e, per l’amicizia che ricambio, mi auguro che sia stato perlomeno il Presidente della Fnomceo, il mazziere di quella partita che a mio giudizio non ha aiutato i medici italiani.

Serafino Zucchelli

CORSO DI FORMAZIONE FONDAZIONE “PIETRO PACI”

Curare e Gestire: un nuovo paradigma professionale per la dirigenza medica
Mira (Venezia) 26 e 27 novembre 2004

PRESENTAZIONE

Il Corso di formazione intende fornire le conoscenze di tipo legislativo, giuridico e normativo sulla organizzazione e gestione delle aziende sanitarie, valorizzando quegli elementi delle dinamiche contrattuali relative alla dirigenza medica, idonei a migliorare l’efficacia e l’efficienza delle aziende stesse. Sono previsti lavori di gruppo ed esercitazioni. La verifica dell’apprendimento prevede la distribuzione, ad inizio e termine del progetto formativo, di un questionario nel quale sono riportate domande inerenti i punti salienti oggetto della trattazione dei docenti presenti in aula. Il questionario per la valutazione del gradimento, predisposto dal ministero della Salute, compilato al termine del corso servirà a meglio orientare la metodologia da seguire nei corsi successivi.

PROGRAMMA

VENERDÌ 26 NOVEMBRE 2004
entro le ore 10.00 Registrazione dei partecipanti, firma d’ingresso, consegna materiale didattico e compilazione questionario iniziale di valutazione

10.15 Presentazione del corso
Serafino Zucchelli

I Sessione - Le Aziende Sanitarie

10.30 Federalismo in Sanità: prospettive economiche e sociali
Gilberto Muraro

11.30 Aspetti ordinamentali in sanità tra legislazione riservata e concorrente
Domenico Iscaro

12.30 Criteri e modalità di finanziamento delle aziende sanitarie Il management aziendale
Franco Toniolo

20.00 Chiusura lavori I Sessione

II Sessione – La Dirigenza Medica

14.30 Profili fondamentali del rapporto di lavoro del dirigente medico: incarichi, mansioni, orario, licenziamento e tutela sindacale
Marcello Fracanzani

15.30 Il Governo clinico: aspetti e finalità
Amedeo Bianco

17.00 I gruppi di lavoro o di studio: elementi di analisi e di valutazione
Salvatore Calabrese

17.45 Pausa lavori

18.00 Lavori a piccoli gruppi. Presentazione risultati in seduta plenaria. Analisi, discussione, valutazione e proposte
Salvatore Calabrese

20.00 Chiusura lavori II Sessione

SABATO 27 NOVEMBRE 2004

III Sessione - Il contratto

08.15 Il sistema delle relazioni sindacali e i livelli di contrattazione/La privatizzazione del Pubblico Impiego ed il sistema delle relazioni sindacali.
Antonio Delvino

09.00 Il sistema degli incarichi dirigenziali e delle verifiche professionali
Giuseppe Montante

09.45 Le modalità di esercizio della libera professione
Piero Ciccarelli

10.30 La retribuzione di risultato: operatività e verifiche
Giorgio Cavallero

11.30 Esercitazione a piccoli gruppi su problemi inerenti gli argomenti trattati con produzione di rapporto finale
Mario Lavecchia

13.30 Questionario finale di verifica dell’apprendimento; compilazione questionario valutazione corso

14.00 Chiusura lavori