



Il ministro dell'Economia Tremonti e il presidente dell'Emilia Romagna Errani: sulla sanità posizioni ancora lontane tra Governo e Regioni

SLITTA IL PATTO SULLA SALUTE

## IL NODO È TREMONTI

La data prevista era il 31 ottobre. Ma le polemiche sui Lea e sul fabbisogno finanziario per il triennio hanno fatto slittare a data da destinarsi il nuovo Patto sulla Salute tra Governo e Regioni

↳ Eva Antoniotti

Il nuovo Patto per la Salute tra Governo e Regioni si sarebbe dovuto chiudere entro il 31 ottobre, così come prevedeva la Finanziaria anticipata di luglio. Ma i rapporti tra le parti in causa sono sempre più tesi, soprattutto perché le Regioni giudicano gli stanziamenti previsti da Tremonti del tutto insufficienti a coprire il fabbisogno. Al centro della discussione, oltre che l'accordo sulla materia sanitaria, anche il Piano Casa e l'applicazione del decreto Gelmini sulla scuola. Tutti temi sui quali le Regioni chiedono maggiori risorse, anche in vista dell'avvio del federalismo fiscale. Infatti, quello che oggi viene assegnato alle Regioni verrebbe ad essere la base di partenza, garantita dallo

Stato centrale, anche per il futuro. Dunque, accettare ora risorse ridotte creerebbe una premessa squilibrata anche per il futuro.

L'ultima Conferenza dei Presidenti, che si è svolta a Roma lo scorso 30 ottobre mentre la città era "occupata" dalla manifestazione contro il decreto sulla scuola appena varato, ha ovviamente riservato gran parte dell'attenzione proprio a questo tema. Ma non ci si è dimenticati del resto. "Per il Patto della salute - ha dichiarato il pre-

sidente della Conferenza regionale, Vasco Errani - voglio ribadire il nostro concetto: dobbiamo condividere i Lea e il fabbisogno 2010-2012 per fare il nuovo Patto. Le Regioni - ha aggiunto Errani - hanno più volte dimostrato la piena volontà e determinazione di costruire una leale collaborazione e cooperazione. Non sempre è avvenuto e abbiamo preso anche non pochi schiaffi". Proprio sui Lea il tavolo tecnico, cui partecipano rappresentanti delle Regioni e del mini-

stero, sembra abbia trovato un'intesa, accantonando i tagli chiesti dal ministero e puntando invece sull'appropriatezza delle prestazioni. Anche la posizione della Lombardia, che aveva chiesto che i vincoli fossero applicati alle sole Regioni in deficit di bilancio, pare essere rientrata. In sostanza, dunque, dovrebbero esserci poco più di 50 prestazioni cancellate dalla lista dei Lea perché obsolete, e su questo concordano tutti. Poi alcune prestazioni la cui erogazione viene ristretta a

specifiche patologie e infine un gruppo molto più ampio sottoposto a controllo, in quanto considerate ad alto rischio di inappropriata. Tra queste ultime si trovano in particolare gli elenchi di Tac e Rmn, che in un primo momento il Governo aveva chiesto fossero erogate esclusivamente per le patologie oncologiche o sospette oncologiche.

Nell'accordo raggiunto la restrizione è caduta, e quindi queste indagini diagnostiche possono essere prescritte in tutti i casi in cui il medico lo ritenga opportuno, ma saranno sottoposte a monitoraggio e a misure che ne scoraggino il ricorso eccessivo e dunque inappropriato: accordi con i medici pre-

segue in ultima ↳

### Sommario

#### FEDERALISMO FISCALE

A un mese dall'approvazione del Ddl Calderoli le prime valutazioni sull'impatto delle nuove norme sulla Sanità  
*pagine 2-4*

#### IL DIRITTO AL RIPOSO

Il Parlamento europeo boccia le ipotesi del Consiglio dei Ministri Ue che volevano ridurre i tempi di riposo per i medici  
*pagina 5*

#### MEDICI SEMPRE MENO GIOVANI

Un'analisi dell'Anaa Assomed Liguria sul trend del pensionamento dei medici da qui al 2013  
*pagina 13*

## GLI SCENARI FUTURI DEL FEDERALISMO FISCALE

## IL NODO DEI COSTI STANDARD

Cominciano a circolare le prime simulazioni sugli effetti del provvedimento Calderoli. Per la sanità la spesa si potrebbe ridurre da un massimo di 8 a un minimo di 2,2 miliardi. Ma resta il nodo su come calcolare i costi standard

Un taglio secco del 10%. Quasi 8 miliardi di euro in meno rispetto alla spesa sanitaria storica per le 15 Regioni italiane a statuto ordinario. È questo il dato più eclatante che si desume da una simulazione curata dal Centro Studi Sintesi di Venezia per il Sole 24 Ore, su cosa potrebbe accadere con il federalismo fiscale per quanto riguarda il finanziamento del Ssn. Il ddl delega approvato dal Governo prevede che per la sanità il finanziamento pubblico sia erogato sulla base di costi standard ottimali secondo determinati indicatori. L'obiettivo dichiarato è quello di finanziare, tra risorse proprie e fondi frutto della perequazione statale, servizi e prestazioni al costo ottimale. In altre parole solo il costo "giusto" e nulla di più per ogni prestazione o servizio. Partendo dal principio, teoricamente

inecepibile, che se una stessa prestazione costa 100 nella tal Regione, non c'è ragione al mondo, se non quella di finanziare sprechi o cattiva gestione, di pagarla 150 in un'altra. In attesa di avere in mano gli indicatori reali che dovrebbero essere utilizzati per il calcolo dei prezzi ottimali da finanziare, il Centro Studi Sintesi ha elaborato propri indici dividendo le Regioni in gruppi omogenei dal punto di vista demografico e analizzando i costi pro capite individuando la performance migliore in termini di costo. Ne è nata una classifica che mostra una sostanziale differenza tra spesa storica e costo ottimale in quasi tutte le Regioni con l'eccezione di Lombardia, Abruzzo, Campania e Puglia (Cfr. tab. 1). La somma finale presenta appunto un saldo negativo del 10%, pari a circa 8 miliardi di euro di spesa ingiustificata

perché fuori dagli standard e quindi non più finanziabile. Letta così la partita del fede-

ralismo fiscale in sanità sembrerebbe avere come risultato principale quello di un ta-

glia secco ai finanziamenti lasciando aperti molti punti di domanda sulle ricadute in termini di prestazioni ai cittadini. Tolate le quattro regioni indicate sopra, infatti, tutte le altre, a meno di non ricorrere a nuove tasse o ticket, si vedrebbero costrette a tagliare i propri budget in misura considerevole, con punte del 29,1% nel Lazio, del 24,3% in Liguria e del 20,8 in Emilia Romagna. Sono dati senz'altro sorprendenti che fanno riflettere, ponendo molti interrogativi. Soprattutto perché, se è vero che da quest'analisi emerge uno spaccato della sanità italiana dai mille volti con spese molto diverse tra una realtà e l'altra per prestazioni che sulla carta dovrebbe essere uguali. È altrettanto vero che il costo "giusto" in sanità non può prescindere anche da parametri di qualità e modalità di erogazione (accessibilità e frui-

**Tabella 1 - Federalismo fiscale e costi standard in sanità**

Simulazione riparto fondo sanitario sulla base di costi standard ottimali applicata alle sole Regioni a statuto ordinario. In questo caso la simulazione prende a riferimento i costi minori pro capite per funzione all'interno di gruppi di Regioni di dimensioni omogenee, misurando poi la distanza tra questi valori e quelli ottenuti dalle altre Regioni del gruppo

Regione	Spesa storica 2006 (milioni di euro)	Riparto standard (milioni di euro)	Differenza %
Piemonte	7.027	6.036	14,1
Lombardia	12.843	12.820	0,2
Liguria	3.023	2.288	24,3
Veneto	6.861	6.587	4,0
Emilia Romagna	7.350	5.821	20,8
Toscana	5.834	5.032	13,7
Umbria	1.596	1.503	5,8
Marche	2.456	2.173	11,5
Lazio	10.122	7.177	29,1
Abruzzo	1.855	1.855	0,0
Molise	580	556	4,2
Campania	7.835	7.835	0,0
Puglia	5.660	5.600	0,0
Basilicata	1.029	1.029	0,0
Calabria	3.477	2.849	18,1
<b>Totale</b>	<b>77.548</b>	<b>69.220</b>	<b>10,7</b>

Fonte: Il Sole 24 Ore 8 settembre 2008, su dati elaborati dal Centro Studi Sintesi

Parla il PRESIDENTE ANAAO ASSOMED

# I LEA, DA SOLI, NON BASTANO

Domenico Iscaro

Fino ad oggi la Riforma del Titolo V aveva affidato alle Regioni le competenze, ma non gli strumenti, ossia la capacità fiscale, che permette di svolgere il proprio lavoro. Il decentramento era dunque incompleto e infatti, in questi anni, abbiamo assistito, da parte degli enti locali, a continue richieste e contrattazioni per la ripartizione del fondo necessario ad assolvere le competenze.

Il problema del federalismo fiscale va dunque risolto perché questo sistema che finora ha marciato a doppia velocità oggi è insostenibile per tutti, è una continua fonte di conflitto e in sanità un problema di risorse economiche.

Detto questo le mie perplessità riguardano il cambiamento del sistema. Uno dei perni fondamentali è il principio di territorialità per cui buona parte delle risorse prodotte autonoma-

mente dalla Regione resteranno in sede. Questo in linea di principio è perfetto, però inevitabilmente determinerà Regioni più ricche e più povere. I fautori del federalismo sostengono che la sanità, bene essenziale, sarà sempre finanziata dal centro con una compartecipazione del Fsn che però non sarà più ripartito secondo la spesa storica, ma secondo il costo standard ovvero il costo medio della prestazione eseguita in migliore efficienza. E qui introduciamo il secondo elemento di novità: il costo standard. Lo snodo che definirà una quota capitaria, la somma dei costi standard delle varie prestazioni, secondo il massimo di efficienza possibile per erogazione di prestazione.

Il principio del costo standard può determinare problemi perché pensiamo ad una Regione

*segue a pag. 4*

bilità) delle prestazioni e dal contesto socio-demografico (indice di anzianità della popolazione in primo luogo).

Una prova indiretta dell'aleatorietà di questi calcoli viene tra l'altro da una recente simulazione effettuata dal Ministero del Welfare e pubblicata dal Sole 24 ore sanità, che ipotizza risparmi molto diversi da quelli ventilati dal Centro studi Sintesi.

La simulazione del Welfare si basa su due ipotesi. La prima prende a riferimento (riparto standard) la media della spesa procapite in Lombardia e Veneto registrata nel 2007 e pari a 1.692 euro. La seconda assume come riparto standard la media della spesa procapite di Emilia Romagna e Toscana. Nel primo caso il differenziale tra spesa storica e riparto standard porterebbe a un taglio di 4,4 miliardi di euro, mentre nella seconda il risparmio scenderebbe a 2,2 miliar-

di. In ogni caso un bel salasso per le casse delle Asl di quasi tutte le Regioni.

Tutte le altre regioni si attestano su quote a una cifra, dal 9,6% della Calabria al 2% del Molise (Cfr. Tab. 2).

Per quanto riguarda invece il fondo di perequazione, l'obiettivo del Ddl Calderoli è quello di far sì che le Regioni diventino "autonome" dal punto di vista finanziario, trattando a casa la quota parte degli introiti derivanti dalle imposte versate a vario titolo dai propri cittadini (Irap, Iva regionalizzata e Irpef). Tale quota servirà a coprire il fabbisogno per le spese sociali devolute alle Regioni (sanità, assistenza sociale e istruzione). Dato che le basi imponibili variano di molto, sarà appunto creato un fondo perequativo per colmare i gap regionali e garantire a tutte le realtà finanziamenti adeguati ai bisogni standardizzati.

Cosa prevede il disegno di legge delega sul federalismo fiscale

## La riforma "Calderoli" in pillole

Dopo il via libera del CdM, il 3 ottobre scorso, è partito il confronto in Senato sul testo del Ddl elaborato dal ministro Calderoli che apre le porte al federalismo fiscale. Una riforma su cui si discute da anni e che si realizzerà con una serie di interventi volti ad affidare sempre più autonomia alle Regioni e agli Enti locali, ma all'interno di un sistema di verifica e accompagnamento da parte dello Stato.

### Autonomia finanziaria di Regioni ed Enti locali.

Ma senza aggravii del carico fiscale nei confronti dei cittadini. La pressione fiscale complessiva dovrà anzi ridursi, grazie all'esclusione di ogni doppia imposizione sullo stesso presupposto, fatte salve le addizionali previste dalla legge statale. Ogni attribuzione di risorse autonome alle Regioni e agli Enti locali sarà effettuata secondo il principio di territorialità e sussidiarietà, differenziazione e adeguatezza necessaria. Ad ogni trasferimento di funzioni dallo Stato alle autonomie, inoltre, dovrà corrispondere trasferimenti di personale, per evitare duplicazioni di funzioni o costi aggiuntivi. Previsti, infine, sistemi di premialità per le

amministrazioni virtuose ed efficienti, e meccanismi sanzionatori per gli enti che non rispettano gli equilibri economici-finanziari o non assicurano i livelli essenziali delle prestazioni.

### Dalla spesa storica ai costi standard.

Si passerà gradualmente al finanziamento per costi standard corrispondenti ad una media buona amministrazione sulla base dei risultati di spesa delle Regioni. Le Regioni disporranno, per il finanziamento delle spese connesse ai livelli essenziali delle prestazioni (in specie: sanità, istruzione, assistenza e in modo analogo trasporto pubblico locale), di tributi regionali da individuare in base al principio di correlazione tra il tipo di tributo ed il servizio erogato; di una aliquota o addizionale Irpef; della compartecipazione regionale all'Iva; di quote specifiche del fondo perequativo. In via transitoria, le spese saranno finanziate anche con il gettito dell'Irap fino alla data della sua sostituzione con altri tributi.

### Perequazione.

Sarà istituito un fondo perequativo a favore delle Regioni con minore capacità

fiscale: per le spese riconducibili ai livelli essenziali per le Regioni, ed alle funzioni fondamentali per gli Enti locali. Il fondo perequativo per i livelli essenziali delle prestazioni sarà alimentato, per le Regioni, dalla compartecipazione all'Iva; per le altre spese dall'Irpef.

### Coordinamento dei diversi livelli di governo.

Dovrà essere garantita la trasparenza delle diverse capacità fiscali per abitante prima e dopo la perequazione, per rendere evidente i diversi flussi finanziari tra gli enti. È stabilito il concorso all'osservanza del patto di stabilità per le Regioni e gli Enti locali. L'attuazione della legge dovrà inoltre essere compatibile con gli impegni finanziari assunti con il Patto europeo di stabilità e crescita.

### Regioni a statuto speciale.

Le Regioni a statuto speciale concorreranno al conseguimento degli obiettivi di perequazione e di solidarietà e all'esercizio dei diritti e doveri da essi derivanti. Specifiche modalità saranno individuate per queste Regioni i cui livelli di reddito pro-capite siano inferiori alla media nazionale.

**Tabella 2 - Simulazione riparto Fsn sulla base della migliore spesa storica pro capite applicata a tutte le Regioni**

Regioni	Spesa storica 2007 (mil. di euro)	Quota capitaria storica (euro)	Prima ipotesi Differenza tra quota capitaria storica e quota capitaria standard di 1.692,01 euro calcolata sulla media Lombardia-Veneto		Seconda ipotesi Differenza tra quota capitaria storica e quota capitaria standard di 1.767,33 euro calcolata sulla media Emilia Romagna-Toscana	
			Differenza pro capite (euro)	Differenza totale* (mil. di euro)	Differenza pro capite (euro)	Differenza totale* (mil. di euro)
Piemonte	7.900	1.798	105,64	465	30,32	133
V. D'Aosta	252	2.137	445,41	56	370,09	47
Lombardia	16.430	1.659	-32,78	-	-108,10	-
P.A. Bolzano	1.069	2.152	460,48	227	385,16	190
P.A. Trento	976	1.935	242,67	125	167,35	86
Veneto	8.446	1.725	32,77	158	-42,55	-
Friuli V.G.	2.195	1.786	94,27	115	18,95	23
Liguria	3.149	1.966	274,46	442	199,14	321
E. Romagna	7.822	1.757	65,28	279	-10,04	-
Toscana	6.642	1.777	85,35	314	10,3	37
Umbria	1.523	1.704	11,97	-	-63,35	-
Marche	2.572	1.684	-7,65	-	-82,97	-
Lazio	1.198	2.001	309,03	1719	233,71	1.300
Abruzzo	2.386	1.796	10,81	137	28,49	38
Molise	635	1.919	227,45	73	152,13	49
Campania	9.873	1.748	55,62	323	-19,70	-
Puglia	6.788	1.710	18,23	-	-57,09	-
Basilicata	990	1.744	52,07	31	-23,25	-
Calabria	3.272	1.736	44,29	89	-31,03	-
Sicilia	8.471	1.724	32,06	161	-43,26	-
Sardegna	2.727	1.673	-19,20	-	-94,52	-
<b>Italia</b>	<b>105.316</b>	<b>1.766</b>	<b>74,47</b>	<b>4.715</b>	<b>-0,85</b>	<b>2.223</b>

\* escluse eccedenze inferiori a 20 euro

Fonte: Il Sole 24 Ore-Sanità 7-13 ottobre 2008, su dati elaborati dal ministero del Welfare

Intervista al Sottosegretario al Welfare **FRANCESCA MARTINI**

## IL FEDERALISMO FISCALE? Una grande chance per il Ssn

Sottosegretario Martini, la sanità italiana si sta avviando verso grandi cambiamenti soprattutto in vista del federalismo fiscale. In questo scenario che ruolo avrà il ministero del Welfare?

In un sistema sanitario universalistico che mantiene come caposaldo i Lea, in cui vige il principio sacrosanto del diritto alla salute per tutti, serve una guida. Un punto di partenza per arrivare a sistema omogeneo di innalzamento generale della quantità e della qualità delle prestazioni nell'ambito dell'equilibrio di bilancio. Soprattutto in un momento in cui l'assunzione di responsabilità da parte delle Regioni presenta una disomogeneità inaccettabile e genera due Paesi con differenti qualità di prestazioni.

Ma sicuramente non ci saranno ingerenze che sarebbe peraltro anacronistiche e anticostituzionali alla luce della riforma del Titolo V la quale ha già definito il governo sanitario in capo alle Regioni. Anzi, questo scenario verrà rafforzato dal federalismo fiscale il quale dispone il principio della responsabilità di spesa per le realtà locali come un principio inderogabile su cui, a mio avviso, si gioca l'unica possibilità di tenuta non solo del Ssn, ma anche del Paese.

Per arrivare ad sistema omogeneo ci assumeremo delle precise responsabilità accompagnando tutte le Regioni verso modelli virtuosi già attuati sul territorio. E il nostro punto di riferimento saranno i modelli sanitari adottati in Lombardia e in Veneto. Dalla media delle performance raggiunte in queste due Regioni intendiamo ricavare un costo standard, ossia il costo

delle pratiche migliori offerte ai cittadini. Un sistema che ci consentirà di passare dal finanziamento attraverso la spesa storica a quello attraverso il costo standard.

**Perché prendere come punto di riferimento per l'individuazione del costo standard solo Lombardia e Veneto?**

Questo è un tavolo di lavoro che stiamo perfezionando, siamo quindi disponibili all'ascolto e al ragionamento. Ma la nostra valutazione nasce dal fatto che i modelli di riferimento hanno già dato i

frutti in termini di equilibrio di spesa e nella capacità di risposta ai bisogni dei cittadini, ed anche in materia di sperimentazione di modelli gestionali avanzati. Quindi nell'includere modelli diversi potremmo correre il rischio di inficiare questa azione di rin-

novamento. Questa è una scelta di coraggio, perché se non si sceglie in maniera definitiva non si raggiungeranno mai gli obiettivi prefissati.

**In che tempi dovrebbe avvenire questa trasformazione?**

Il Federalismo fiscale e l'obiettivo dei costi standard saranno raggiunti in maniera non traumatica. Ci sarà un inserimento morbido e rispettoso delle identità regionali, che verrà supportato da un fondo di accompagnamento. Questo mi sembra un modo di operare intelligente e rigoroso perché, senza derogare dagli obiettivi stabiliti, tiene conto del fatto che il cambiamento se imposto dalla sera alla mattina diventa irraggiungibile. Quello che stiamo attuando è quanto vogliono i cittadini.

Inoltre è la strada giusta per fermare anche la mobilità interregionale dei pazienti che non aiuta nessuno: dare risposte a casa propria è fondamentale.

È chiaro che alla luce del federalismo fiscale va stressato il principio del fallimento politico, ossia la ineleggibilità dei politici che sbagliano. Con questo progetto diventiamo un po' anche il sindacato del cittadino. Quello che chiede il cittadino è di vedere le cose vanno avanti.

La malasanità è un reato, come ha ricordato anche il ministro Sacconi, e non ci riferiamo a quella che va perseguita penalmente, ma a quelle cattive "abitudini" che trasformano il cittadino in una vittima di un sistema che non funziona. (E.M.)

Intervista al Coordinatore delle Regioni **ENRICO ROSSI**

## Troppa confusione sui costi standard

**Assessore Rossi, pensa che ci saranno problemi sull'iter della legge sul federalismo fiscale?**

Si è convenuto sul procedere a discutere, adesso bisognerà vedere i conti, a partire dal fatto che la spesa sanitaria complessivamente in Italia è ancora al di sotto dei Paesi più avanzati dell'Europa. Il Governo, invece, sembra orientato a contenere i finanziamenti proprio nell'applicazione del federalismo fiscale.

**Dunque il nodo è ora la definizione dei costi standard?**

Quando parliamo di costi standard siamo molto preoccupati, perché si continuano a confondere costo standard e media procapite, che invece è cosa diversa.

La Lombardia ha sicuramente una buona capacità di controllo della spesa, ma soprattutto ha molti giovani e questo spiega perché la sua spesa media procapite sia più bassa.

Discuteremo con le altre Re-

gioni, ma noi siamo convinti che si debba correggere la spesa media tenendo conto della popolazione anziana. Che le persone con più di 65 anni di età abbiano un maggiore consumo di prestazioni sanitarie lo capiscono tutti, è nell'esperienza di ciascuno di noi.

E tutte le analisi ci dicono che la popolazione anziana assorbe circa il 70% delle prestazioni sanitarie.

Noi abbiamo fatto uno studio e abbiamo visto che i consumi degli anziani in Lombardia sono quantitativamente gli stessi degli anziani in Toscana. Se la Lombardia avesse in percentuale lo stesso numero di anziani che ci sono da noi, avrebbe la stessa spesa media della Toscana. Anzi, per essere puntigliosi, spenderebbero otto euro in più.

**Si può pensare di dare un valore economico alle singole prestazioni sanitarie?**

È un calcolo pressoché im-

possibile, sono 40mila le prestazioni sanitarie.

Si possono isolare alcune best practice, anche sotto il profilo economico, ma visto che la sanità si basa anche sulla relazione tra persone, pesare le prestazioni singole come fossero un prodotto industriale è assai difficile. E peraltro sarebbe sempre a prescindere dall'appropriatezza.

**Cosa comporterebbe l'applicazione a tutte le Regioni dei costi standard o della spesa media più bassa?**

Necessariamente si dovrebbero ridurre le prestazioni e in questa direzione sembra muoversi anche il ridisegno dei Lea. Ma è una vera follia, in tempo di crisi economica, tentare di ridurre un capitolo di spesa così importante per i cittadini. Con spirito di collaborazione, le Regioni discuteranno con i rappresentanti del Governo per valorizzare l'appropriatezza, riducendo gli sprechi senza penalizzare i cittadini. (E.A.)

➔ segue da pag. 3

che ha una popolazione a maggioranza anziana, qui le prestazioni avranno un costo di erogazione differente: per quanto appropriate, per quanto efficien-

ti le prestazioni offerte comunque comportano una maggiore spesa. Ciò vuol dire che avremo Regioni che per stare al passo avranno come alternative: tagliare prestazioni o caricare i

cittadini di ulteriori tasse. Secondo alcuni i Lea sono la garanzia dell'universalità del Ssn. Però anche questo è opinabile in quanto già adesso, sui farmaci piuttosto che sui vaccini l'of-

ferta, a seconda delle Regioni è diversificate. Credo dunque che per quanto i Lea siano fissati la paura è che non siano materialmente erogabili al punto da mettere in crisi il sistema.

Insomma a mio modo di vedere il meccanismo è tale che può produrre delle divaricazioni nell'erogazione dei diritti della tutela della salute a seconda della residenza.

## L'EUROPA DÀ RAGIONE AI MEDICI

## IL DIRITTO AL RIPOSO

La Commissione per l'Occupazione e gli Affari Sociali del Parlamento europeo boccia le ipotesi del Consiglio dei Ministri Ue che volevano ridurre i tempi di riposo per i medici

↳ **Carlo Palermo** - Coordinatore della Conferenza permanente Anao Assomed dei Segretari delle Regioni e Province autonome

Lo scorso 9 giugno 2008, il Consiglio dei Ministri del lavoro dell'Unione Europea aveva raggiunto un accordo per superare il limite di lavoro massimo settimanale (48 ore) previsto dalla Direttiva Ce 88/2003 e per considerare, durante la guardia medica in ospedale, come tempo di lavoro solo quello "attivo". Queste proposte sono state respinte a larga maggioranza (35 voti contro 13, con 2 astensioni) dalla Commissione per l'Occupazione e gli Affari Sociali del Parlamento europeo lo scorso mercoledì 5 novembre. In particolare, la Commissione ha stabilito che la cosiddetta clausola di "opt-out" per cui il lavoratore può scegliere di lavorare fino a 65 ore settimanali, come media calcolata su 3 mesi, dovrà essere abrogata nel giro di 3 anni dall'entrata in vigore delle nuove norme, la cui approvazione da parte del Parlamento europeo in seduta plenaria è prevista entro il prossimo dicembre. Pertanto, la durata massima del tempo di lavoro settimanale dovrà essere limitata a 48 ore in tut-

ti i Paesi dell'Ue e le deroghe a questo limite soppresse nel giro di 3 anni.

In relazione alla guardia medica, il Consiglio Ue dei Ministri del Lavoro aveva stabilito che il periodo "inattivo" della guardia non fosse calcolato nel tempo di lavoro, a meno che la legislazione nazionale o un accordo tra le parti sociali non disponesse diversamente. Si tratta, più precisamente, del periodo durante il quale il medico è di guardia in ospedale ma non esercita concretamente e attivamente le sue funzioni. I deputati della Commissione, pur riconoscendo la differenza tra il tempo di guardia "attiva" e il tempo di guardia "inattiva" e che quest'ultimo in linea teorica potrebbe essere calcolato diversamente, giudicano che in ogni caso tutto il periodo di guardia, incluso quello "inattivo", debba essere considerato come tempo di lavoro. Il nostro Ccnl prevede in modo inequivocabile che la guardia notturna e quella festiva rientrino integralmente nell'orario di lavoro.

La Commissione ha anche confermato che, nel caso il la-

voratore per cause eccezionali e non preventivabili non possa godere del riposo previsto dalla Direttiva Ce 88/2003, il riposo compensativo maturato debba essere goduto immediatamente dopo il servizio attivo, conformemente alla legislazione applicabile o agli accordi tra le parti sociali.

Infine, la Commissione ha definito più puntualmente le categorie di dirigenti che non sono coperti dalle tutele della direttiva sui riposi: si tratta dei direttori generali (o figure a loro comparabili), dei dirigenti direttamente subordinati ad essi, ovvero del personale direttamente nominato dal consiglio d'amministrazione di un'azienda. Vengono così dissipati tutti i dubbi in merito all'applicabilità delle norme europee sui riposi ai Dirigenti medici, con l'esclusione dei soli direttori di dipartimento.

Le ricadute in Italia di questi indirizzi, una volta definitivamente approvati dal Parlamento europeo, sono rilevanti.

Infatti, diventano non conformi alle integrazioni della Direttiva Ce 88/2003 sia l'art. 3 com-

ma 85 della Legge Finanziaria 2008 (Governo Prodi), che l'art. 41 comma 13 della Legge 133/2008 (Governo Berlusconi) con i quali è stato abrogato il diritto al riposo e il limite del tempo di lavoro massimo settimanale per tutti i medici dipendenti del Ssn proprio in virtù del ruolo dirigenziale posseduto giuridicamente. La stessa contrattazione decentrata per la definizione dei riposi prevista dall'art. 7 del Ccnl sottoscritto il 17 ottobre 2008, non potrà che muoversi nell'alveo designato dalla direttiva europea e nel rispetto delle unità di tempo indicate per i riposi.

L'Anao Assomed, da sempre in prima linea nella difesa dell'integrità psicofisica dei Dirigenti medici del Ssn e della sicurezza delle cure per i pazienti, come dimostra anche la recente richiesta avanzata dalla Segreteria nazionale al Commissario europeo Vladimír Špidla di apertura della procedura d'infrazione nei confronti del Governo italiano per il mancato rispetto delle direttive europee, plaude alle disposizioni assunte dalla Commissione per l'Occupazione e gli Affari sociali del Parlamento europeo ed auspica che esse siano approvate nella prossima seduta plenaria.

### ↳ Cosa prevedono le leggi italiane

#### Legge Finanziaria 2008

ARTICOLO 3, COMMA 85.

All'articolo 17 del decreto legislativo 8 aprile 2003, n. 66, è aggiunto, in fine, il seguente comma:

« 6-bis. Le disposizioni di cui all'articolo 7 non si applicano al personale del ruolo sanitario del Servizio sanitario nazionale, per il quale si fa riferimento alle vigenti disposizioni contrattuali in materia di orario di lavoro, nel rispetto dei principi generali della protezione della sicurezza e della salute dei lavoratori ».

#### Legge 133/2008

ARTICOLO 41, COMMA 13 (MODIFICHE ALLA DISCIPLINA IN MATERIA DI ORARIO DI LAVORO)

Al personale delle aree dirigenziali degli Enti e delle Aziende del Servizio Sanitario Nazionale, in ragione della qualifica posseduta e delle necessità di conformare l'impegno di servizio al pieno esercizio della responsabilità propria dell'incarico dirigenziale affidato, non si applicano le disposizioni di cui agli articoli 4 e 7 del decreto legislativo 8 aprile 2003, n. 66. La contrattazione collettiva definisce le modalità atte a garantire ai dirigenti condizioni di lavoro che consentano una protezione appropriata ed il pieno recupero delle energie psico-fisiche.

### ↳ Commissione Ecm ai nastri di partenza

Si è insediata il 30 ottobre scorso alla presenza del sottosegretario alla Salute, **Ferruccio Fazio** la nuova Commissione nazionale per la formazione continua che ha il compito di assicurare il riordino e la continuità del sistema di Ecm. La Commissione, che avrà una durata triennale, è stata ricostituita presso l'Agenzia nazionale per i servizi sanitari regionali (Agenas) con Decreto ministeriale del 24 settembre 2008. A presiederla il ministro del Lavoro, della Salute e delle Politiche Sociali, **Maurizio Sacconi**. Vice presidenti sono Enrico Rossi, coordinatore Commissione Salute e

**Amedeo Bianco**, presidente della Fnomceo. A **Maria Linetti** del Ministero del Welfare l'incarico di segretario e responsabile del supporto amministrativo-gestionale. Ecco la lista degli altri membri che compongono la neonata Commissione: **Paolo Messina**, **Riccardo Vigneri**, **Melchiorre Fidelbo**, **Claudio Cricelli** del Ministero del lavoro, della salute e delle politiche sociali; **Andrea Lenzi** e **Gloria Sacconi Jotti** del Ministero della lavoro, della salute e delle politiche sociali su proposta del Ministro dell'istruzione, dell'università e della ricerca; **Nora**

**Coppola**, **Alberto Ferrando**, **Sandro Oddi**, **Roberto Petescia**, **Felice Ungano**, **Alberto Zanobini**, **Alessandro Rossi**, **Pietro Stellini** della Conferenza Stato-Regioni; **Luigi Conte** e **Salvatore Onorati** della Fnomceo; **Giuseppe Renzo** della Commissione nazionale albo Odontoiatri; **Felice Ribaldone** della Federazione nazionale degli Ordini dei Farmacisti; **Gaetano Penocchio** della Federazione nazionale degli Ordini dei Veterinari; **Armando Zingales** della Federazione nazionale degli Ordini dei Chimici; **Giuseppe Luigi Palma** della Federazione nazionale degli Ordini degli Psicologi; **Alberto Spanò** della Federazione nazionale degli Ordini dei Biologi; **Marcello Bozzi** e **Gennaro Rocco** della

Federazione nazionale dei Collegi degli Infermieri Professionali; **Maria Santo** della Federazione nazionale dei Collegi delle Ostetriche; **Claudio Ciavatta** della Associazioni delle Professioni dell'area della Riabilitazione; **Salvatore Guinand** della Associazioni delle Professioni dell'area Tecnico - sanitaria; **Angelo Foresta** della Associazioni delle Professioni dell'area della Prevenzione; **Antonio Patrizio** Federazione nazionale Collegi dei Tecnici di Radiologia Medica. Componenti di diritto: il direttore generale dell'Agenas (attualmente in attesa non nominato); **Giovanni Leopardi**, Direttore generale delle Risorse umane e delle professioni sanitarie del Ministero del lavoro, della salute e delle politiche sociale.

MANOVRA ECONOMICA – Legge 133/2008

# ASSENZA PER MALATTIA E PERMESSO RETRIBUITO: i chiarimenti della Funzione Pubblica

La legge 133 del 2008 all'articolo 71 contiene una nuova disciplina in materia di assenze per malattia e di permesso retribuito dei dipendenti delle pubbliche amministrazioni. La Funzione pubblica è intervenuta a luglio con la circolare n. 7 e successivamente a settembre con la circolare n. 8 per spiegare la portata normativa e gli ambiti di applicazione della disposizione.

In linea generale la nuova disciplina si applica nei confronti dei dipendenti a tempo indeterminato contrattualizzati e non contrattualizzati nonché, in quanto compatibile, anche ai dipendenti assunti con forme di impiego flessibile del personale

↳ a cura di Paola Carnevale

## Assenze per malattia (Legge 133, articolo 71 commi 1-3)

La normativa stabilisce il trattamento economico spettante al dipendente in caso di assenza per malattia (comma 1), definisce le modalità per la presentazione della certificazione medica a giustificazione dell'assenza (comma 2), definisce le modalità per i controlli che le amministrazioni debbono disporre (comma 3). Non può essere derogata dai contratti collettivi. Resta escluso dall'applicazione di tale disciplina il personale del comparto sicurezza e difesa per le malattie conseguenti a lesioni riportate in attività operative ed addestrative (comma 1 bis). La retribuzione è ridotta per i primi dieci giorni di assenza in caso di malattia, a prescindere dalla durata.

Quanto al trattamento economico la disposizione stabilisce che "nei primi dieci giorni di assenza è corrisposto il trattamento economico fondamentale con esclusione di ogni indennità o emolumento, comunque denominati, aventi carattere fisso e continuativo, nonché di ogni altro trattamento economico accessorio", con le eccezioni previste nello stesso comma (trattamenti più favo-

revoli eventualmente previsti per le assenze dovute ad infortuni sul lavoro o a causa di servizio, oppure a ricovero ospedaliero o a day hospital o a terapie salvavita).

## Circolare n. 7

Chiarisce che rientrano nel trattamento fondamentale (definito dai contratti collettivi) le voci:

- del trattamento economico tabellare iniziale e di sviluppo economico;
  - della tredicesima mensilità;
  - della retribuzione individuale di anzianità, e gli eventuali assegni *ad personam* per il personale del comparto ministeri e analoghe voci per il personale dipendente da altri comparti.
- Inoltre, per il personale dell'area I si considerano:
- lo stipendio tabellare;
  - la retribuzione di posizione di parte fissa;
  - la tredicesima mensilità;
  - la retribuzione individuale di anzianità ove acquisita;
  - eventuali assegni *ad personam* e analoghe voci per il personale dirigenziale appartenente ad altre aree.

Per la qualificazione delle voci retributive, le amministra-

zioni dovranno comunque far riferimento alle eventuali definizioni fornite dai contratti collettivi per ciascun comparto o area di riferimento così come stabilito dall'articolo 45 del D.lgs n. 165 del 2001 "Il trattamento economico fondamentale ed accessorio è definito dai contratti collettivi".

Secondo l'interpretazione dell'Anao Assomed, si ritiene che, "oltre al trattamento tabellare, all'indennità di specificità medica e all'indennità di incarico di direzione di struttura complessa, non debbano essere oggetto di alcuna decurtazione la retribuzione di posizione minima contrattuale – fissa e variabile ovvero retribuzione di posizione unificata – e l'indennità di esclusività di rapporto. Infatti, ai sensi dell'art. 33, comma 1, lett. a) del Ccnl per il quadriennio 2002-2005, l'indennità di esclusività e la retribuzione di posizione minima contrattuale appartengono al "trattamento economico fondamentale" dei dirigenti medici, e, quindi, rientrano tra quelle voci per le quali la legge esclude espressamente la decurtazione. In effetti, la retribuzione di posizione minima contrattuale e l'indennità di

esclusività di rapporto non sono correlate alla produttività ed alla presenza in servizio, parametri alla luce dei quali le decurtazioni sono corrispondenti al dettato legislativo. A riprova di ciò, basta segnalare che le predette voci retributive vengono percepite per intero anche dai dirigenti con rapporto di lavoro part-time (art. 4 comma 6 e 7 del Ccnl integrativo dell'8 giugno 2000). Le decurtazioni potranno, pertanto, essere applicate unicamente sul trattamento accessorio, ovvero sul salario di risultato (salvo diversa valutazione a livello di contrattazione decentrata in caso di raggiungimento degli obiettivi) e sulla retribuzione di posizione variabile aziendale eccedente la retribuzione di posizione unificata".

I risparmi conseguenti all'attuazione della norma costituiscono economie di bilancio per le amministrazioni dello Stato e per gli enti diversi dalle amministrazioni statali concorrono al miglioramento dei saldi di bilancio. Secondo la norma tali risparmi "non possono essere utilizzati per incrementare i fondi destinati alla contrattazione collettiva".

## Circolare n. 8

Precisa che la norma intende prescrivere una decurtazione "permanente" nel senso che la trattenuta opera per ogni episodio di assenza (anche di un solo giorno) e per tutti i dieci giorni anche se l'assenza si protrae per più di dieci giorni. Pertanto, nel caso di assenza protratta per un periodo superiore a dieci giorni (ad esempio per undici giorni o più) i primi dieci giorni debbono essere assoggettati alle ritenute prescritte mentre per i successivi occorre applicare il regime giuridico-economico previsto dai Ccnl ed accordi di comparto per le assenze per malattia. In particolare, i vigenti Ccnl già disciplinano una decurtazione retributiva che è di diversa entità a seconda dei periodi di assenza. Queste decurtazioni non sono state soppresse dalla nuova disciplina legale e permangono, cosicché la trattenuta di cui al comma 1 dell'art. 71 opera per i primi dieci giorni sovrappoendosi al regime contrattuale relativo alla retribuzione in caso di malattia.

La decurtazione retributiva opera in tutte le fasce retributive previste dai Ccnl in caso di assenza per malattia.

Alla terza assenza per malattia nell'arco dell'anno solare e per le assenze superiori a dieci giorni, a prescindere dalla durata, i dipendenti pubblici sono tenuti a presentare all'amministrazione un certificato medico rilasciato dalle strutture sanitarie pubbliche o dai

medici convenzionati, in quanto parte del Ssn. La norma sicuramente esclude che nelle ipotesi descritte la certificazione a giustificazione dell'assenza possa essere rilasciata da un medico libero professionista non convenzionato con il Ssn. L'interpretazione della disposizione va operata nel più ampio quadro delle norme costituzionali e dell'organizzazione dell'assistenza sanitaria delineata dal D.lgs. n. 502 del 1992 per cui, superando il dato meramente testuale della norma, deve ritenersi ugualmente ammissibile la certificazione rilasciata dalle persone fisiche che comunque fanno parte del Servizio sanitario e, cioè, dai medici convenzionati con il Ssn (art. 8 D.lgs. n. 502 del 1992), i quali in base alla convenzione stipulata con le Asl e all'Accordo collettivo nazionale vigente sono tenuti al rilascio della certificazione (Accordo del 23 marzo 2005, art. 45). Le amministrazioni, per opportune motivazioni di privacy, non possono chiedere che sui certificati sia indicata la diagnosi, essendo sufficiente l'enunciazione di una prognosi. Inoltre, le amministrazioni hanno l'obbligo di richiedere la visita fiscale anche nel caso di assenza per un solo giorno. L'orario per la reperibilità è più ampio rispetto al passato (dalle ore 8.00 alle ore 13.00 e dalle ore 14 alle ore 20.00 tutti i giorni, compresi i non lavorativi e i festivi).

Le assenze per visite specialistiche, terapie e accertamenti diagnostici continuano ad essere imputate come in precedenza (circolare n. 8), nel senso che gli istituti cui il dipendente può ricorrere per la giustificazione dell'assenza sono i permessi brevi, soggetti a recupero, i permessi per documentati motivi personali, l'assenza per malattia giustificata mediante certificazione medica (ed in questo caso si applica il nuovo regime sia per quanto concerne le modalità di certificazione, sia per quanto riguarda la retribuzione), altri permessi per ciascuna specifica situazione previsti da leg-

gi e contratti, le ferie.

La nuova normativa ha tenuto in particolare considerazione le assenze per malattia dovute a specifiche patologie gravi che richiedono terapie salvavita. A questo proposito la circolare n. 8 precisa la vigenza dell'articolo 12bis del D.lgs. n. 61 del 2000 (considerata *lex specialis* approvata in favore di una specifica categoria di soggetti) nonostante la successiva entrata in vigore dell'art. 73 del D.l. n. 112 del 2008 (che ha innovato il regime della trasformazione da tempo pieno a tempo parziale): si accorda al dipendente del settore pubblico o privato interessato un diritto alla trasformazione del rapporto da tempo pieno a tempo parziale in caso di richiesta e, successivamente alla trasformazione, un diritto alla riconversione a tempo pieno, dei rapporti di lavoro con le amministrazioni.

#### **Il calcolo ad ore dei permessi retribuiti (Legge 133, articolo 71, comma 4)**

Il comma 4 dell'art. 71 contiene dei criteri per la contrattazione collettiva. In particolare, si esprime la direttiva che i permessi retribuiti che possono essere fruiti a giorni o alternativamente ad ore, debbano essere quantificati comunque ad ore. Inoltre, si stabilisce che "nel caso di fruizione dell'intera giornata lavorativa, l'incidenza dell'assenza sul monte ore a disposizione del dipendente, per ciascuna tipologia, viene computata con riferimento all'orario di lavoro che il medesimo avrebbe dovuto osservare nella giornata di assenza". La norma risponde all'evidente esigenza di impedire distorsioni nell'applicazione delle clausole e delle disposizioni che prevedono permessi retribuiti, evitando che i permessi siano chiesti e fruiti sempre nelle giornate in cui il dipendente dovrebbe recuperare l'orario. La norma è rivolta alle parti negoziali e deve essere applicata in sede di contrattazione integrativa.

Le amministrazioni sono tenute ad applicare immediatamente la nuova disciplina se i contratti collettivi fissano già stabiliscono l'alternatività tra la

fruizione a giornate e quella ad ore dei permessi.

#### **Incidenza delle assenze dal servizio ai fini della distribuzione dei fondi per la contrattazione collettiva (Legge 133, articolo 71, comma 5)**

La norma vuole rispondere ad un criterio di efficienza ed economicità poiché impedisce che le amministrazioni possano considerare l'assenza dal servizio come presenza ai fini della distribuzione delle somme dei fondi per la contrattazione integrativa vale a dire delle somme destinate a remunerare la produttività, l'incentivazione ed i risultati. In buona sostanza, la norma vincola le amministrazioni in sede negoziale e, in particolare, in sede di contrattazione integrativa, impedendo di considerare allo stesso modo la presenza e l'assenza dal servizio ai fini dell'assegnazione di premi di produttività o altri incentivi comunque denominati, delle progressioni professionali ed economiche, dell'attribuzione della retribuzione di risultato per i dirigenti (la norma non riguarda invece la retribuzione di posizione, che non ha carattere di incentivo ma di corrispettivo connesso alle responsabilità derivanti dalla titolarità dell'incarico).

Partendo dal principio che nell'erogazione dei compensi incentivanti debba essere esclusa ogni forma di determinazione automatica (restano fermi gli ordinari principi in materia di premialità), i lavoratori devono essere valutati per l'attività di servizio svolta e per i risultati effettivamente conseguiti ed hanno titolo a percepire i compensi di produttività solo in misura corrispondente alle attività effettivamente svolte ed ai risultati concretamente conseguiti. Per questo motivo sono equiparate alle presenze solo le assenze per congedo di maternità, compresa l'interdizione anticipata dal lavoro, e per congedo di paternità, le assenze dovute alla fruizione di permessi per lutto, per citazione a testimoniare e per

*Le amministrazioni, per opportune motivazioni di privacy, non possono chiedere che sui certificati sia indicata la diagnosi, essendo sufficiente l'enunciazione di una prognosi*

l'espletamento delle funzioni di giudice popolare, nonché le assenze previste dall'articolo 4, comma 1, della legge 8 marzo 2000, n. 53 (diritto ad un permesso di tre giorni lavorativi all'anno in caso di decesso o di documentata grave infermità del coniuge, di un parente entro il secondo grado o del convivente, purché risulti da certificazione anagrafica), e per i soli dipendenti portatori di handicap grave, sia i permessi giornalieri (tre giorni interi di permesso previsti all'articolo 33, comma 3, della legge 5 febbraio 1992, n. 104), sia quelli orari (due ore di permesso al giorno, previsti dal comma 2 del medesimo articolo).

Premesso che i permessi accordati alle persone con handicap sono istituiti dalla legge, le eventuali limitazioni con fissazione di un monte ore sono rimesse alla disciplina legislativa. È opportuno aggiungere che in alcuni contratti collettivi (ad esempio per il comparto Ministeri), le clausole prevedono la possibilità di fruire, in maniera frazionata ad ore, le tre giornate intere di permesso fissando allo scopo un contingente massimo (18 ore di permesso).

In tali casi è data facoltà al dipendente di scegliere se fruire di una o più giornate intere di permesso oppure di frazionarle a seconda delle esigenze. Considerato che i tre giorni di permesso sono accordati direttamente dalla legge senza indicazione di un monte ore massimo fruibile, la limitazione a 18 ore contenuta nei Ccnl vale solo nel caso di fruizione frazionata. Naturalmente, la modalità di fruizione dei permessi mensili deve essere programmata in anticipo al fine di consentire al servizio del personale il calcolo dei giorni o delle ore spettanti e accordabili. Tali previsioni non incidono sulla possibilità alternativa per il

dipendente di fruire delle due ore di permesso al giorno in quanto, come già detto, sono accordate direttamente dalla legge e quindi restano salve. Resta inoltre fermo che le indennità o le retribuzioni connesse a determinate modalità della prestazione lavorativa (ad es. turno, reperibilità, rischio, disagio, trattamento per lavoro straordinario ecc.) possono essere erogate soltanto in quanto la prestazione sia stata effettivamente svolta.

#### **La circolare n. 10/2008 chiarisce il contenuto dell'articolo 72 della Legge 133/2008 "Personale dipendente prossimo al compimento dei limiti di età per il collocamento a riposo"**

Le disposizioni dell'art. 72 della legge 133, entrata in vigore la scorsa estate, rientrano tra le misure per la stabilizzazione della finanza pubblica e si inseriscono nel disegno di riorganizzazione e di razionalizzazione delle pubbliche amministrazioni.

Le innovazioni contenute nell'articolo in esame possono essere distinte in tre parti:

1. disposizioni relative all'esonero dal servizio per il dipendente pubblico con 35 anni di contribuzione (commi da 1 a 6);
  2. disposizioni relative al trattamento in servizio per un biennio (commi da 7 a 10);
  3. disposizioni relative alla risoluzione del rapporto di lavoro per coloro che hanno raggiunto l'anzianità contributiva di 40 anni (comma 11).
- Le modalità applicative dell'articolo 72 sono state illustrate dallo stesso Ministro Brunetta con la circolare n. 10 della Funzione Pubblica firmata il 20 ottobre scorso.

#### **1. Disposizioni relative all'esonero dal servizio (commi da 1 a 6)**

Per gli anni 2009, 2010, 2011, esclusivamente il per-

sonale in servizio presso le amministrazioni dello Stato, anche ad ordinamento autonomo, le agenzie fiscali, la presidenza del Consiglio dei Ministri, gli enti pubblici non economici, le università, le istituzioni ed enti di ricerca e gli enti di cui al comma 4 dell'articolo 70 del D.lgs 30 marzo 2001, n. 165 (fra questi ricordiamo gli Enti autonomi lirici, l'Agenzia spaziale italiana, l'Istituto Poligrafico e Zecca dello Stato, l'Enea, il Coni, il Cnel, l'Enac, le Camere di Commercio, Industria, Artigianato e Agricoltura), che abbia maturato almeno 35 anni di anzianità di servizio a prescindere dall'età anagrafica, può chiedere l'esonero (dunque la sospensione dal servizio) per un periodo massimo di 5 anni.

La norma non si applica al personale della scuola, né alla dirigenza medica. Nell'elenco previsto dalla disposizione e dalla circolare non compaiono, infatti, le amministrazioni pubbliche a rilevanza locale come le Regioni, le Province ed i Comuni, le comunità montane, né le Aziende o Enti del Ssn, né tali soggetti pubblici sono annoverabili fra le Amministrazioni dello Stato, essendo dotati di una propria autonomia normativa contabile nel quadro del riparto delle competenze tra Stato, regioni ed Enti locali stabilito dalla Costituzione.

## 2. Disposizioni relative al trattenimento in servizio per un biennio (commi da 7 a 10)

I commi da 7 a 10 dell'articolo 72 della legge 133/2008 hanno innovato il regime dei trattenimenti in servizio (precedentemente regolati dall'articolo 16 comma 1 del D.lgs. 503/1992) e si applicano a tutte le amministrazioni.

In base alla normativa previgente alla manovra d'estate, il dipendente pubblico aveva un diritto potestativo al trattenimento in servizio: era sufficiente la semplice presentazione della domanda all'amministrazione che

non poteva rifiutare l'applicazione dell'istituto.

In base alla normativa vigente, il trattenimento in servizio viene disposto in relazione alle esigenze dell'amministrazione che hanno piena discrezionalità di accettare o respingere la domanda in base a valutazioni che devono tener conto di alcune condizioni oggettive (quali ad es. le esigenze organizzative e funzionali dell'amministrazione, la particolare esperienza professionale acquisita dal richiedente etc.). Il trattenimento può avere una durata massima di un biennio, ma lo stesso può essere motivatamente accordato anche per un periodo inferiore al biennio. La nuova disciplina fissa i termini per la presentazione dell'istanza da parte dell'interessato e cioè dai 24 ai 12 mesi antecedenti il compimento del limite di età per il collocamento a riposo previsto dal proprio ordinamento. Si prevede il riesame da parte delle amministrazioni delle richieste già concesse in quanto riferite a trattenimento in servizio con decorrenze spostate nel tempo, che quindi devono essere rivalutate anche in base alle esigenze organizzative dell'amministrazione, che dovrà compiere una valutazione a medio termine nell'ambito della programmazione dei fabbisogni professionali. La nuova disciplina distingue una fase transitoria da una a regime. La disciplina relativa alla gestione della fase transitoria rende possibile la presentazione della domanda di trattenimento entro il termine del 27 dicembre 2008 anche a coloro che compiranno il limite massimo di età entro il 27 dicembre 2009, se non hanno già provveduto in precedenza a presentare la relativa domanda. La previsione espressa della deroga durante la fase transitoria, consente ai dipendenti che compiono il limite massimo di età entro il 25 giugno 2009 e che intendono chiedere il trattenimento

*È opportuno ricordare che per quanto riguarda il personale dirigenziale, le amministrazioni devono tener conto delle nuove disposizioni al momento in cui conferiscono l'incarico a favore di dirigenti prossimi alla pensione*

in servizio, di presentare la relativa domanda all'amministrazione di appartenenza entro il 27 dicembre 2008 (sono casi in cui il trattenimento in servizio può iniziare a decorrere nell'anno 2008 o nell'anno 2009).

Inoltre le domande presentate nel periodo antecedente all'entrata in vigore del decreto legge non ancora evase dall'amministrazione e quelle presentate entro i 6 mesi successivi l'entrata in vigore del decreto stesso debbono essere valutate a seconda della data di decorrenza del trattenimento:

- se la decorrenza del trattenimento è precedente al 31 dicembre 2008, la domanda deve essere accolta e l'amministrazione non ha discrezionalità nel concedere il trattenimento trovando applicazione il precedente regime;
- se la decorrenza del trattenimento è successiva al 31 dicembre 2008, allora la domanda di trattenimento va valutata con la nuova normativa e la decisione in ordine al trattenimento sarà il frutto di una valutazione discrezionale, ma ponderata, dell'amministrazione alla luce di parametri individuati dalle norme.

Infine i trattenimenti in servizio già disposti con decorrenza 1 gennaio 2010 decadono automaticamente e le relative domande debbono essere ripresentate nei termini previsti dalla nuova normativa.

L'applicazione delle norme deve comunque essere ricordata con la nuova disciplina sulla risoluzione del contratto di lavoro contenuta nel comma 11 dello stesso articolo 72.

## 3. Disposizioni relative alla risoluzione del rapporto di lavoro per coloro che hanno raggiunto l'anzianità contributiva di 40 anni (comma 11)

La disposizione accorda all'amministrazione una facoltà di risoluzione del contratto di lavoro, nel rispetto del termine previsto di sei mesi, dopo che il dipendente ha raggiunto l'anzianità massima contributiva di 40 anni. La norma si applica al personale dipendente di tutte le amministrazioni pubbliche di cui all'articolo 1, comma 2, del D.lgs n. 165 del 2001 (ivi comprese le Aziende e gli Enti del Ssn) sia dirigenziale che non dirigenziale, ad esclusione dei magistrati e dei professori universitari. La norma non stabilisce criteri o limiti per la facoltà di risoluzione, ponendo quali uniche condizioni il requisito del compimento dell'anzianità contributiva e la necessità di rispettare il termine di preavviso di sei mesi. La facoltà in capo all'amministrazione deve essere esercitata nel rispetto di criteri generali (tale può essere considerata l'esigenza di riorganizzazione di strutture in relazione a progetti di innovazione tecnologica e ammodernamento con riferimento all'utilizzo di nuove professionalità, la rideterminazione dei fabbisogni del personale, la razionalizzazione degli assetti organizzativi e le eventuali situazioni di esubero che potrebbero crearsi a seguito di processi di riorganizzazione e razionalizzazione anche in applicazione di quanto previsto dall'articolo 74 della stessa legge "riduzione di assetti organizzativi"). Una volta che il requisito contributivo si è maturato, la risoluzione può essere operata durante l'intero cor-

so del rapporto. Dunque, il potere dell'amministrazione non si esaurisce *una tantum* al momento del compimento dei 40 anni di contribuzione, ma può essere esercitata una volta che la condizione legale si sia realizzata, sempre nel rispetto del termine di preavviso.

La risoluzione del contratto non incide sulla decorrenza legale della pensione anticipandola, ma tale decorrenza rimane ferma, con la conseguenza che l'amministrazione deve esercitare la facoltà tenendo conto di tale decorrenza evitando che, cessato il rapporto di lavoro, il dipendente possa trovarsi privo del trattamento retributivo e di quello previdenziale.

È opportuno ricordare che per quanto riguarda il personale dirigenziale, le amministrazioni devono tener conto delle nuove disposizioni al momento in cui conferiscono l'incarico a favore di dirigenti prossimi alla pensione. Quindi, se l'amministrazione intende avvalersi della risoluzione del rapporto di lavoro al momento del raggiungimento dei 40 anni di contributi, deve evidenziarlo nell'atto dell'incarico altrimenti deve astenersi dall'esercitare tale facoltà per tutta la durata del contratto. Considerato che la legge non ha previsto un regime transitorio, la disposizione è immediatamente applicabile. Nella circolare si raccomanda alle amministrazioni di non porre in essere dei comportamenti contraddittori o incoerenti, nel rispetto dei principi di buona fede e di correttezza, in considerazione anche di quanto già delineato nello stesso articolo in ordine al trattenimento in servizio (le amministrazioni devono evitare di concedere il trattenimento in servizio per un certo periodo e successivamente esercitare la facoltà di risolvere il contratto). Tale disposizione non si applica al personale del comparto della scuola.

*I testi delle circolari su: [www.anao.it](http://www.anao.it)*



I dati preliminari del Rapporto annuale **SULL'ATTIVITÀ DI RICOVERO OSPEDALIERO (SDO 2007)**

# CURE SEMPRE APPROPRIATE... O QUASI

L'ospedale migliora le sue performance, ma nel Sud i tassi di ospedalizzazione per acuti sono ancora elevati. Ancora eccessivo il ricorso al parto cesareo. È quanto emerge dall'analisi preliminare delle Sdo 2007

L'ospedale italiano continua a mutare i propri connotati e a migliorare le sue performance. I ricoveri diminuiscono sempre di più, così come continuano a calare le giornate di degenza. Si contrae invece in maniera incisiva il Day hospital. Certo nelle regioni del Centro Sud i tassi di ospedalizzazione per acuti sono ancora troppo alti, ma anche in queste realtà locali, ad eccezione del Molise, la situazione è in netto miglioramento. Se la qualità quindi si impone sempre più nelle corsie ospedaliere, l'eccessivo ricorso al parto cesareo continua a rimanere una macchia indelebile nell'appropriatezza delle cure. È questa la "diagnosi" sulle strutture italiane effettuata dal Rapporto sull'attività di ricovero ospedaliero 2007 elaborato, dal Dipartimento della qualità Direzione generale della programmazione sanitaria, dei livelli di assistenza e dei principi etici di sistema del Ministero del Lavoro, della Salute e delle Politiche Sociali, attraverso la lettura del flusso informativo sulle schede di dimissione ospedaliera (Sdo) delle strutture ospedaliere pubbliche e private. Una diagnosi ancora "preliminare" in quanto, nonostante tutte le Regioni abbiano trasmesso i dati relativi al primo semestre del 2007, per quanto riguarda i numeri degli ultimi sei mesi dell'anno mancano all'appello quelli della Provincia Autonoma di Trento, del Friu-

li Venezia Giulia, delle Marche e del Molise. Quindi, avverte il Ministero, i dati non pervenuti sono stati stimati e pertanto si consiglia cautela nella loro lettura e interpretazione.

## IL QUADRO GENERALE

Qual è il quadro emerso da questa prima analisi delle Sdo? L'attività ospedaliera dell'anno 2007 si consoliderebbe su 12 milioni e 319 mila 301 ricoveri, in diminuzione del 4,2% rispetto al 2006. Una contrazione del numero dei ricoveri complessivi che si evidenzia in tutte le tipologie di attività dagli acuti alla riabilitazione e lungodegenza, dal regime ordinario a quello diurno. Ma a differenza di quanto avvenuto negli anni precedenti, il Day hospital si ridurrebbe in misura più incisiva. Va però sottolineato che la stima di una riduzione di oltre il 7% del ricovero diurno è sicuramente sovrastimata per effetto della mancanza dei dati delle Regioni citate e relativi al secondo semestre 2007.

Le giornate passate dagli italiani in ospedale sono 76 milioni e 569 mila in diminuzione dell'1,8% rispetto all'anno precedente, quindi in misura minore rispetto al numero dei dimessi e prevalentemente nelle discipline per acuti, sia nella modalità ordinaria che in quella diurna.

Il tasso di ospedalizzazione del 2007 per tutte le tipolo-

gie - acuti, riabilitazione e lungodegenza, ordinario e day hospital - può essere stimato a 199 per mille abitanti, in discreta diminuzione rispetto ai dati emersi nel 2006 (211 per mille abitanti) e a quelli del 2005 (erano 213).

La riduzione più evidente si registra nel tasso per acuti che passa da 138 per mille abitanti del 2006, a 131 per il ricovero ordinario del 2007, mentre per il ricovero diurno passa da 65 a 60 per mille abitanti.

Per quanto riguarda la composizione del ricovero tra modalità diurna e ricovero ordinario e nei volumi di presta-

zioni le differenze regionali sono ancora marcate e parlano di un'Italia che continua a marciare a differenti velocità. I ricoveri ordinari continuano a prevalere rispetto a quelli in Day hospital in undici Regioni: superano la media nazionale Trento e Bolzano, Marche, Lazio e Abruzzo, Campania, Puglia, Calabria, Sicilia e Sardegna. Fanalino di coda, il Molise.

In sostanza, tutte le Regioni appartenenti all'area centro meridionale del Paese ed in particolare quelle sottoposte ai Piani di rientro si presentano ancora con tassi di ospedalizzazione per acuti superiori o prossimi al 200 per mille. Comunque, qualcosa si sta muovendo. Infatti, segnala il Rapporto, per tutte queste Regioni, ad eccezione del Molise, sono già registrabili consistenti margini di miglioramento che portano ad evidenziare un avvio del processo di deospedalizzazione.

## COMPLESSITÀ, EFFICIENZA ED APPROPRIATEZZA

Le dimissioni con Drg chirurgico raggiungono complessivamente il 40,6%, e sono in lieve aumento rispetto ai dati registrati negli anni precedenti (40,2% nel 2006 e 38,9 nel 2005).

Diminuiscono invece i ricoveri chirurgici in Day surgery che passano dal 36,1% del 2006 al 35,2% del 2007. La causa? Un probabile effetto dello spostamento in modalità ambulatoriale di alcune prestazioni chirurgiche. Ma anche in questo caso l'analisi potrebbe essere una conseguenza delle moda-

massimo di 7,63 giorni registrato in Veneto.

La degenza media pre-operatoria, indice di efficienza organizzativa, rimane ferma a 2 giorni. I valori più alti si registrano nel Lazio (2,7 giorni) e in Basilicata e Liguria (2,4). Segnali positivi arrivano dal fronte dei tassi di ospedalizzazione per asma, diabete e scompenso cardiaco, utili quali indicatori proxy per valutare l'inefficienza dell'assistenza primaria e dell'assistenza specialistica territoriale: il nel 2007 il tasso del diabete passa da 99 a 92 per 100mila abitanti, quello dell'asma da 37 a 33, lo scompenso cardiaco da 329 a 325.

L'appropriatezza organizzativa, misurata semplicemente con un indicatore che totalizza i pazienti con Drg medico dimessi da reparti chirurgici, denota lievi segnali di miglioramento riducendosi al 36%. Non si inverte il trend dei parti cesarei: continuano a crescere nonostante i ripetuti e significativi interventi messi in atto dalle Regioni. E questo, rimarca il ministero, è un fenomeno prettamente italiano.

La percentuale media stimata per il 2007 è del 39,3%. Sul fronte regionale continua a guidare la classifica negativa la Campania con il 61,8% di cesarei sul totale dei parti effettuati. Seguono, con percentuali decisamente superiori alle media, la Sicilia (52,9%), il Molise (52%) e la Puglia (50,6%). Ma valori fuori norma si registrano anche in Basilicata (48,2%), Calabria (46,6%), Abruzzo (45,3%) e Lazio (44,1%).

Sono in testa alla classifica dei primi trenta Drg per numerosità di dimissioni in regime ordinario il parto vaginale e quello cesareo senza complicanze rispettivamente con 315.277 e 193.958 dimessi e una degenza media di 3,5 e 4,9 giorni. Al terzo posto troviamo l'insufficienza cardiaca e shock (192.637 dimessi e una degenza media di 3,4 giorni). Seguono gli interventi sulle articolazioni maggiori e reimpianti di arti inferiori (135.961 dimessi, 11,3 giorni medi di degenza) e gli interventi su utero non per neoplasie (113.866 e degenza media 4,4 giorni).

Tipo attività		Numero	Var% anni '06-'07
Acuti	Ordinario	7.873.578	- 3,1
	Dh	3.568.418	- 7,2
Riabilitazione	Ordinario	297.819	- 0,9
	Dh	66.215	- 7,7
Lungodegenza		100.625	- 2,8
Neonati		412.646	0,5
<b>Totale</b>		<b>12.319.301</b>	<b>- 4,2</b>

lità di stima effettuate solo sui dati pervenuti.

Rimane invariato, come già avviene da diversi anni, il trend per la degenza media che si attesta su 6,7 giorni passati dagli italiani nelle corsie ospedaliere.

Per quanto riguarda le differenze regionali si va da un minimo di 6,23 giorni in Sicilia (degenza media standardizzata per case-mix) al valore

## Forum Federalismo/2: il caso Sicilia

# L'AUTONOMIA IN SANITÀ? UN'OCCASIONE MANCATA

Se consideriamo la Sicilia come un banco di prova del federalismo c'è poco da stare allegri. Almeno a giudicare dal quadro che i segretari aziendali Anao Assomed di sette strutture sanitarie regionali hanno tracciato. Alla nostra domanda su quale fosse la loro esperienza in una Regione che si misura da tempo con una gestione autonoma della sanità, con qualche piccolo distinguo, la risposta è stata univoca: disastrosa.

L'assistenza sanitaria è a macchia di leopardo, non c'è stata una politica del territorio e l'offerta è concentrata essenzialmente nei grandi centri senza una delocalizzazione verso le periferie. E nonostante il numero di strutture sanitarie pubbliche sia esorbitante, il privato accreditato impazza e succhia risorse. Soprattutto, come è stato denunciato, nella

gestione sono prevalsi interessi clientelari e di lobby politico affaristiche rispetto ai reali bisogni della popolazione e ad un utilizzo efficiente ed efficace delle risorse disponibili.

Le conseguenze? Un bilancio regionale in rosso, l'iscrizione della Sicilia nella lista delle Regioni sottoposte a Piano di rientro e il convincimento, da parte dei professionisti, di aver perso il treno dell'efficienza che avrebbe potuto fare diventare la sanità un fiore

all'occhiello della Sicilia.

Va detto però che alla bocciatura dell'autonomia sicula in materia sanitaria non è stato associato un giudizio negativo sulla futura riforma federalista che, anzi, viene vista come una opportunità di crescita e di conquista di piena e reale autonomia. Certo, il ti-

more che venga attuata una politica troppo sbilanciata verso il Nord a discapito soprattutto del Meridione è avvertito dalla stragrande maggioranza dei dottori.

Anche nelle singole Aziende la strada è, con qualche rara ecce-

zione, tutta in salita. Sulle strutture incombe la scure dei tagli che lascia quindi intravedere un futuro non roseo. (E.M.)

## “Un futuro incerto per la sanità regionale”

**Paolo Formica**

Segretario aziendale Anao Assomed  
Azienda ospedaliera Sant'Antonio Abate - Trapani

**L**a riforma federalista potrebbe portare risultati positivi, purché venga bene applicata nelle diverse realtà regionali. In Sicilia, ad esempio, dove possiamo dire di avere sperimentato una forma di autonomia, i risultati non sempre sono stati eccellenti. E lo dimostra il deficit regionale che ha avuto un trend in costante crescita.

In ogni caso, qualsiasi attuazione del federalismo in Sicilia dovrà essere valutata in stretta correlazione con quanto verrà attuato dal

Piano di rientro del deficit. Ad oggi non sappiamo ancora quale sarà il futuro della sanità siciliana in quanto la bozza di Piano nonostante sia stata approvata dal Governo deve ancora passare il vaglio dell'Assemblea regionale. Quello che è certo è che subiremo un drastico taglio del numero di aziende e se anche ci sarà una diminuzione delle spese non è così peregrino pensare che ci saranno complicazioni nell'organizzazione dei servizi. Inoltre l'incertezza sui tempi di realizzazione della riorganizzazione regionale è altissima.

Come categoria dobbiamo fare i conti con la mancata applicazione

delle regole contrattuali e con pesanti intromissioni della politica in quelle che sono le scelte in campo sanitario. Sicuramente provvedimenti, seppure impopolari, dovranno essere attuati. Penso, ad esempio, alla chiusura dei piccoli ospedali, che spesso vede il rappresentante politico locale opporsi, sulla spinta data dalla cittadinanza.

Il Piano di riorganizzazione investirà anche Trapani. Nella provincia ci sono un'Ao e una Asl ospedaliera-territoriale che include alcuni presidi e servizi del territorio. L'obiettivo futuro è unificarle in un'unica Azienda chiudendo i presidi minori. Questo sicuramente

potrebbe risolvere il problema della carenza di personale medico e infermieristico che attualmente non consente di offrire un servizio efficiente

Capisco che chiudere i piccoli ospedali locali sia una misura impopolare e difficile, ma è la scelta giusta da fare sia per il sistema sanitario regionale, sia per una migliore distribuzione del personale, costretto a turni straordinari e di reperibilità non retribuiti già da alcuni mesi. Turni necessari per coprire i bisogni dei cittadini, tenuto anche conto che il servizio pubblico resta il punto di riferimento della domanda di salute.

## “Un'autonomia a metà e mal gestita”

Giovanni Alario

Segretario aziendale Anao Assomed  
Ao Vittorio Emanuele - Gela

La nostra è un'autonomia solo sulla carta e di federalismo vero e proprio fin ora ne abbiamo visto ben poco. Nonostante la Sicilia sia una Regione a Statuto speciale, di fatto, essendo legata a finanziamenti che arrivano dallo Stato centrale, al pari delle altre realtà è stata soggetta a vincoli di spesa. Un'imposizione che, a mio parere, non ha permesso di attuare una reale e completa autonomia. È pur vero che la gestione della sanità ha mostrato le corde. Come dimostra anche lo sbilanciamento verso il privato e il convenzionato, che

se da una parte ha compensato le carenze del settore pubblico, dall'altra non ha fatto che danneggiare ulteriormente il sistema sanitario regionale.

Credo comunque che il varo della riforma federalistica porterà dei benefici. Certo dobbiamo considerare che la Regione Sicilia è ora vincolata anche dal Piano di rientro. Il mio timore è che, nelle attuali condizioni le piccole realtà rischiano di venire penalizzate. La provincia di Gela, ad esempio, ha una situazione particolare in quanto zona ad alto rischio ambientale per la presen-

za delle industrie. Abbiamo, infatti, un alto tasso di patologie tumorali molto alto: 1.150 nuovi casi tra il 2002 e il 2004. L'oncologia medica lavora oggi solo in Day hospital. Mancano gli Hospice, l'Assistenza domiciliare integrata e tanti altri servizi sul territorio. E probabilmente la situazione rimarrà questa, quanto meno nel breve periodo.

Abbiamo avviato dei progetti a livello aziendale per creare un polo oncologico, ma ho il timore che difficilmente riusciremo a centrare l'obiettivo alla luce delle previsioni – o meglio dei vincoli – che ci verranno imposti con il Piano di rientro.

Il federalismo, a mio parere, si deve basare su un principio fondamentale: quello della gestione delle risorse senza

sperperi ed inefficienze, senza intaccare il bisogno di salute dei cittadini delle aree più periferiche della Sicilia. Deve cioè essere uniforme in tutta la Regione e possibilmente in tutto il Meridione d'Italia. E il Nord Italia insegna: quando c'è da fare quadrato per difendere gli interessi comuni lo fa a prescindere dal colore politico. Sia chiaro però a tutti che non può più essere tollerato, per nessuna ragione, lo sperpero di denaro pubblico a scapito dell'efficienza e della nascita di nuove strutture utili alle cure dei malati siciliani per evitare anche una mobilità sanitaria extra regione che porta solo una crescita di spese; a scapito del taglio di posti di lavoro in una Regione dove esiste una grave crisi occupazionale e solo una persona su due lavora.

Il federalismo è una grande opportunità di crescita e di autonomia, tuttavia il mio timore è che metta la Sicilia, così come altre realtà del Sud, in una situazione critica, di instabilità gestionale e di assistenza diversificata. Il rischio è che si creino dei pericolosi buchi nell'assistenza. Soprattutto se tutto questo si inserisce in una situazione di grave deficit economico come sta avvenendo in Sicilia, dove ci troviamo a dover fare i conti con un piano di rientro che inevitabilmente porterà a severi tagli di spesa. Insomma, bisogna stare atten-

ti a non trasformare la riforma federale, ed i suoi aspetti positivi, in un provvedimento che restringa solo risorse e crei cittadini di serie A e di serie B; un Nord che sta bene e un Sud che arranca. E se tracciamo un bilancio dell'autonomia di cui ha la Sicilia ha goduto finora, non mi sembra che questo sia un timore infondato. Viviamo con i conti in rosso e un'incertezza continua, in cui non sappiamo se un ospedale o un reparto verrà o meno chiuso, quanti posti letto saranno eliminati e quali servizi accorpati. Anche se credo che la Regione non

debba far altro che applicare in maniera più efficiente quello che già in parte ha applicato in questi anni. Sarebbe perciò opportuno, in un'ottica di riforma federalistica portare prima le Regioni allo stesso livello di efficienza e poi dare autonomia di gestione.

La nostra è un'Azienda ad alta specialità, quindi sarà meno penalizzata dal Piano di rientro. Anche la riduzione dei posti letto sarà minima. Abbiamo ottimi servizi assistenziali anche se in passato, per un breve periodo, abbiamo ricevuto dal Direttore generale delle direttive per ri-

## “Recuperare l'efficienza perduta”

Rosario Grosso

Segretario aziendale Anao Assomed  
Arnas Garibaldi, S.Luigi-S.Currò, Ascoli-Tomaselli - Catania

durre l'uso di alcuni presidi e farmaci. A tali direttive c'è stata da parte dei dirigenti medici una forte opposizione: non ci può essere tolto quello che serve per curare nel migliore dei modi. La situazione è in parte rientrata e, peraltro, la nostra è una delle rare Aziende con un bilancio in positivo. Abbiamo carenze negli organici, a cui si sopperisce con grande senso di responsabilità

e abnegazione per non creare rischi per i pazienti. Comunque aspettiamo ora di vedere quali provvedimenti saranno contenuti nel Piano di riordino, che deve essere ancora approvato dalla Regione. Un percorso non facile dal momento che al disegno di legge dell'assessore, ne sono stati contrapposti altri, sia da parte dell'Opposizione sia della Maggioranza regionale.

## “Troppi privilegi e sprechi”

Francesco Giordano

Segretario aziendale Anao Assomed  
Ao Ospedali Civili Riuniti - Giovanni Paolo II - Sciacca (Ag)

Credo che servizi essenziali come sanità, scuola, università, trasporti dovrebbero essere sottratti all'autonomia regionale. Sentirsi italiano vuol dire avere uguali diritti su tutto il territorio nazionale. In sostanza: non posso avere qualcosa in meno rispetto al lombardo o al veneto solo perché sono siciliano. Inoltre credo sia stato un errore l'aver consegnato nelle mani delle terre del “malaffare” la possibilità di decidere in maniera arbitraria sulla gestione di beni essenziali per i cittadini. Un esem-

pio? L'attuale sistema di selezione dei dirigenti. Uno strumento che consegna e perfeziona nelle mani della peggiore politica il diritto di elargire privilegi mentre dovrebbe avvenire con criteri che riducono sensibilmente i margini di discrezionalità.

Ciò premesso ritengo che l'autonomia in Sicilia sia stata utilizzata molto male. Il federalismo l'abbiamo rivendicato a corrente alternata. Finora abbiamo sempre affermato che la cattiva qualità della sanità regionale fosse strettamente legata al

sottofinanziamento del servizio sanitario. Adesso questo si può dire sempre meno. Infatti, abbiamo utilizzato risorse non dissimili da quelle assegnate ad altre regioni come Veneto e Friuli Venezia Giulia, ma ciò nonostante l'assistenza è scadente. Basta guardare ad alcuni indicatori di salute: abbiamo un'incidenza di tumori bassissima ma una sopravvivenza minore rispetto a quella delle altre regioni; la frequenza parti cesarei è doppia che in altre regioni. A conti fatti l'autonomia che avreb-

be dovuto portarci a una razionalizzare le risorse in funzione dei bisogni reali dei cittadini l'abbiamo utilizzata solo per perpetuare situazioni di privilegio e di spreco. Quindi da questo punto di vista il federalismo rischia di essere una trappola se non c'è un sistema di regole a tutela dei diritti che valgono dalla Valle d'Aosta a Lampedusa.

La nostra è una delle Aziende più piccole d'Italia, abbiamo 250 p.l. e 130 medici e circa 260 infermieri, ma un esubero di personale amministrativo – per le sue dimensioni ridotte sarebbe dovuta diventare una sorta di modello svizzero è diventata invece terreno di caccia della politica. Un luogo dove piazzare

persone. Sono state ridotte le spese per le prestazioni sanitarie e vantaggio delle esternalizzazioni che hanno portato un aggravio dei costi. Abbiamo carenze nell'organico, mancano anestesisti e personale tecnico in alcune aree. Facciamo fatica nell'acquisto di alcuni presidi in quanto non viene attuata una programmazione annuale. Sono stati ridotti al minimo gli investimenti per l'attività assistenziale ordinaria per privilegiare servizi con maggior appeal: abbiamo un centro di elaborazione dati gestito con personale in appalto, ospitiamo la Fondazioni Maugeri pagandola con tariffe non rimodulate in base ai nuovi tetti di spesa.

## L'AUTONOMIA IN SANITÀ? UN'OCCASIONE MANCATA

In generale credo che il federalismo sia una svolta positiva. Uno Stato federale sul tipo di quello americano può sicuramente portarci ad una migliore razionalizzazione delle risorse fiscali. Più perplessità si presentano sulla sua attuazione in sanità, in particolare in una realtà così diversificata come quella delle Regioni italiane e sulla base dei deficit di alcune Regioni. In Regioni come Sicilia, Calabria e Lazio, ad esempio, il federalismo potrebbe avere un'influenza negativa sia sui bilanci, sia in generale sulla salute della cittadinanza. Questo a causa di caren-

ze strutturali e organizzative che potrebbero addirittura peggiorare se lasciate alla sola responsabilità locale, che ha dimostrato di non essere in grado di gestire il sistema. Anche nel caso in cui il federalismo dovesse portare più risorse alle realtà in difficoltà, queste non servirebbero a migliorare i servizi senza una riorganizzazione del sistema stesso. Quindi una spesa maggiore, ma una qualità dei servizi invariata. Anzi, si rischia addirittura di spingere i cittadini ad una maggiore mobilità sanitaria. Ed è difficile cambiare un sistema da un momento all'altro, all'inter-

## “Federalismo, un rischio per le regioni in deficit”

Aurelio Ajovalasit

Segretario aziendale Anao Assomed  
Arnas Civico e Benefratelli - Palermo

no di una riforma già importante come il federalismo fiscale. Peraltro, si dice che sarà un federalismo solidale. Ma in tutta onestà, ci credo poco. In Sicilia stiamo vivendo un momento di evoluzione, perché c'è la necessità di attuare il Piano di rientro da deficit. Il nuovo assessore regionale, Massimo Russo, ha proposto delle soluzioni, che tuttavia hanno visto notevoli resistenze, sia da parte dell'Asp che da parte dell'Anao regionale. Il proble-

ma è anche di metodo. Il Piano, infatti, è stato discusso tra l'assessorato e le sigle confederali Cgil, Cisl e Uil, ma non ha visto il coinvolgimento di altre organizzazioni, che invece avevano avanzato proposte che l'assessore non ha tenuto in alcun conto. Tutto questo si riflette anche sull'Azienda: siamo infatti in una fase interlocutoria in quanto i Dg sono stati invitati a presentare dei piani di accorpamento delle Unità operative con il conseguente taglio dei

posti letto. Comunque, in generale, il bilancio è triste: abbiamo difficoltà ad andare incontro alle esigenze dell'utenza; abbiamo assistito nel corso degli anni alla riduzione progressiva di unità operative di eccellenza con la conseguenza di veder aumentare le liste d'attesa; e l'attività intramoenia è una chimera. Inoltre a causa della scarsità di fondi, che ormai da noi è cronica, non ci sono più risorse per incentivi economici all'attività professionale.

## “L'autonomia in sanità? Pericolosa”

Giuseppe Vaccaro

Segretario aziendale Anao Assomed  
Azienda Usl 8 - Siracusa

In realtà non possiamo dire che l'autonomia in materia sanitaria sia una prerogativa della Regione Siciliana; infatti, l'art. 17 dello Statuto prevede, in questo campo, soltanto una potestà legislativa “concorrente”, da esercitarsi nel rispetto dei principi della legislazione statale e della competenza riservata allo Stato. Al legislatore siciliano è riservata, esclusivamente, l'elaborazione del-

le norme di dettaglio quali ad esempio discipline e regolamenti attuativi, analogamente a quanto previsto per le altre Regioni. Pertanto l'esperienza del federalismo in sanità non è stata mai sperimentata in Sicilia, diversamente da quanto previsto per altre materie dove l'autonomia regionale risulta essere molto ampia. Lo stato della Sanità in Sicilia, oggi, è caratterizzato, come riscontrato

anche dalla Corte dei Conti, da un costo assolutamente spropositato, soprattutto se rapportato alla qualità del servizio reso. Ciò deriva da una gestione che ha fatto prevalere interessi clientelari e di lobby politico affaristiche rispetto ai reali bisogni della popolazione ed alla utilizzazione efficiente ed efficace delle risorse disponibili. Tale modalità di gestione, tollerata per anni dalle autorità contabili e giudiziarie, ha reso oggi inevitabile la necessità di attuare un “Piano di rientro” per allineare la spesa sanitaria regionale a quella delle altre Regioni italiane. In questo contesto il federalismo, quindi una

maggiore autonomia della Regione sulla sanità, non ritengo porterebbe benefici nell'assistenza sanitaria ma, al contrario, potrebbe accentuare lo stato di dissesto esistente.

La peculiarità del Sistema sanitario siciliano è la presenza di numerose convenzioni esterne e di cliniche private nelle quali si muovono interessi economici di esponenti della vita pubblica della Regione. Nella Provincia di Siracusa la realtà non è differente da quella della restante parte della Regione, anzi si registra la presenza di un numero più elevato di convenzioni e di posti letto privati. Le Unità Operative di alta specialità sono ubicate, per la maggior parte, in strutture private e gli ospedali pubblici, che garantiscono le attività di emergenza-urgenza, dispongono di risorse insufficienti e di un numero limitato di posti letto, pari a 1,91 posti letto per mille abitanti. La situazione rischia di deteriorarsi ulteriormente per la sanità pubblica se verrà approvato il Disegno di Legge di rimodulazione della rete ospedaliera predisposto dall'Assessore Russo che prevede una ulteriore riduzione delle strutture sanitarie e dei posti letto pubblici, lasciando invariata la presenza di ospedalità privata nella Provincia di Siracusa.

## “Una sanità in ritardo”

Marina Tumino

Segretario aziendale Anao Assomed  
Azienda Usl 3 - Catania

L'esperienza maturata in Sicilia mi sembra non abbia portato, ad oggi, nulla di positivo. Ecco perché ritengo che il federalismo, nonostante in linea teorica abbia una sua validità e possa dare slancio alle realtà locali, potrà avere effetti positivi solo se le queste saranno amministrare da una classe politica capace e responsabile, magari proveniente anche da altre Regioni con esperienze positive, così da importare modelli efficaci già sperimentati.

La realtà è che Regioni come la Sicilia segnano il passo rispetto a quanti hanno realizzato buone pratiche e compiuto scelte politiche ottimali. Basta guardare al-

la forte presenza del privato, che mina lo sviluppo del settore pubblico e che insiste proprio nelle Regioni in affanno come la nostra. Inoltre, in Sicilia paghiamo anche i ritardi nel recepimento delle normative nazionali; e se questo si somma al ritardo con cui sono state attuate in campo nazionale le direttive europee sull'organizzazione dell'orario di lavoro il risultato è che la nostra regione è sempre “indietro”. Anche nell'Azienda in cui lavoro

la situazione è drammatica: c'è un muro di gomma tra il personale, i vertici aziendali e la realtà in cui operiamo. Apparentemente il target è quello di aumentare il gradimento dell'utenza, ma sono solo parole. I vertici aziendali decidono secondo le loro ottiche basate sull'immagine e sulla popolarità nei confronti dell'elettorato e delle altre classi di potere, ma che poco hanno a vedere con i reali bisogni dei pazienti e del personale.

Non si danno, insomma, risposte vere, quelle per la sicurezza del paziente e dei lavoratori, a partire da un necessario aumento di personale e da un corretto utilizzo di quello esistente.

Abbiamo un bacino di utenza di oltre un milione di abitanti e sei presidi ospedalieri dislocati nella fascia pedemontana-jonica, basta pensare che in alcune zone montuose l'ospedale più vicino è a un'ora di percorrenza su strade a lento scorrimento. Il piano di rimodulazione, inoltre, prevede la chiusura di alcuni di questi ospedali con ulteriore peggioramento dell'assistenza per i Comuni più distanti dall'area me-

tropolitana dove, invece, sono “concentrate” le grosse strutture ospedaliere, universitarie e convenzionate.

Occorre un dimensionamento e una migliore organizzazione della rete, così come una distribuzione equa del personale, anche dei ruoli dirigenziali. Ma non è facile, visto anche che, come emerso recentemente, la Regione ha a disposizione dati sulla collocazione del personale sanitario non sempre corrispondenti alla realtà. Questo rende impossibile una programmazione. La nostra autonomia, da questo punto di vista, è stata evidentemente un fallimento.

## Proiezioni sul pensionamento dei medici nella Regione **LIGURIA**

# MEDICI SEMPRE MENO GIOVANI

Il campanello d'allarme arriva dall'Anao Assomed della nostra Regione: i medici ospedalieri, o per essere più esatti, i medici dipendenti del Ssn sono sempre più vecchi. E non ci riferiamo al fatto che, ovviamente e per fortuna, ognuno di noi giorno dopo giorno invecchia. L'aumento osservato infatti si riferisce all'età media dei medici pubblici liguri: un aumento di 2 anni nell'arco di tempo di 3 anni, dal 2004 al 2007, con una media di invecchiamento di 8 mesi ogni anno. In particolare l'età media è passata da 48,1 anni del 2004, a 49,4 anni del 2006, a 49,8 del 2007. Tale invecchiamento, progressivamente crescente espone il servizio sanitario regionale ad un impoverimento numerico e culturale non indifferente ed ormai indifferibile per il possibile pensionamento di un numero importante di medici. L'analisi di questo fenomeno non può essere disgiunta da una considerazione anagrafica globale per il resto della popolazione: la popolazione italiana invecchia progressivamente con "cluster" omogenei per annate di nascita. Quando la popolazione del baby boom italiano (anni 1946-1964) supererà i 70 anni si costruirà il maggior bacino di ultrasettantenni mai visto in que-

↳ **Egidio Di Pedè** - Segretario Anao Assomed Regione Liguria  
**Gianfranco Porcile** - Dirigente medico in pensione

sto Paese, che d'altra parte proporrà al Ssn ciò che fisiologicamente è rappresentato con maggior evidenza oltre la settima decade di vita: una popolazione sostanzialmente sana, ma con una domanda di salute sempre più complessa, legata alla presenza di patologie croniche che necessitano di assistenza periodica e cure spesso continuative, dal diabete all'ipertensione, dalle forme ostruttive broncopulmonari, ai lungo-sopravvissuti al cancro per fare soltanto alcuni esempi. Questo sforzo titanico dovrà essere affrontato dal manipolo di medici ancora in servizio, infatti un gran numero di colleghi (gli stessi nati durante il baby-boom) sarà già andato in pensione da alcuni anni senza alcuna pianificazione di tale fenomeno e senza alcun progetto di razionalizzazione delle risorse rimanenti: un vero e proprio "Fort Alamo" per la sanità ligure. Un dato confortante che assume le connotazioni di un problema, acuito dal fatto che gli italiani sono sempre più longeve-

vi, tanto che l'aspettativa di vita ha raggiunto quota 77 anni per i maschi e 83 anni per le femmine (Relazione sullo stato del Paese 2005-2006). Se guardiamo ad un arco temporale più vasto, il problema sarà ancora più evidente. Entro 16 anni in Italia ci saranno 70 mila medici in meno: tra il 2011 e il 2024 infatti andrà in pensione un esercito di medici che non potrà essere rimpiazzato dai neo-laureati. È quanto aveva già dichiarato a maggio di quest'anno Amedeo Bianco, Presidente della Fnomceo (Sanità news del 26.5.2008). Il dato appare preoccupante perché nei prossimi anni potremo avere delle brutte sorprese. Cerchiamo di analizzare gli scenari possibili. Consideriamo in prima analisi che accedano al pensionamento i medici che compiano almeno 65 anni: cioè ipotizziamo che escano dal Ssn ligure tutti coloro che avranno 65 anni o più. Non prenderemo pertanto in esame tutte le possibili varianti conseguenti ad accesso al trattamento pensionistico per raggiunta anzianità di servizio pari a 40 anni conseguita anche con il riscatto degli anni di studio. Non va pertanto dimenticato che i dati dai noi presi in esame, saranno sicuramente sottostimati rispetto al loro valore reale. Nella proiezione indicata nella tabella 1 sono compresi complessivamente 1.022 medici in uscita con un potenziale arruolamento di medici neo specializzati, e come tali aventi titolo ad accedere al Ssr, non superiore alle 300 unità complessive per il quinquennio. Ogni anno completano il percorso formativo offerto dalle scuole di specialità della università di Genova non più di 50-60 medici. È ormai esperienza comune di tutte le aziende la costruzione faticosa di percorsi per l'accesso di giovani medici (richiesta di dero-

ghe, indizione di concorsi pubblici, espletamento, graduatorie) che portano ad avere un numero molto ristretto di professionisti disponibili. Per talune aree non sono rari i concorsi indetti e poi andati deserti. E così via. Abbiamo anche voluto analizzare la situazione in alcune specialità: ne abbiamo scelte tre a titolo esemplificativo che ci sono sembrate, per motivi diversi, critiche per l'organizzazione della struttura ospedaliera: Anestesia e Rianimazione, Medicina Interna e Radiodiagnostica. (Cfr. tabb. 2, 3 e 4) La conclusione è che esistono differenze non piccole tra le diverse specialità. Ad esempio la situazione appare meno preoccupante in Anestesia e maggiormente preoccupante invece in Medicina Interna, collocandosi la Radiologia in una fascia intermedia tra le altre due. La preoccupazione è dettata

dalla domanda: è il Ssr ligure in grado di sostituire questo numero di medici, che a noi sembra elevato, in modo da non far ricadere sull'utenza conseguenze negative legate alla carenza di personale medico formato ed esperto?

Fino ad ora, almeno negli ultimi anni, la popolazione dei medici del Ssn si è mantenuta stabile, intorno alle 3.300 unità: 3.312 nel 2004, 3.370 nel 2006, 3.330 nel 2007. I primari rappresentano meno del 10% di questa popolazione: 299 nel 2006 passati a 287 nel 2007. Nei prossimi due quinquenni è preventivamente un numero di uscite dal sistema pari a millecinquecento unità circa.

Questo significa che da qui al 2018 si dimezzerà il numero di medici disponibili per le richieste dei cittadini liguri.

Tali analisi dovrebbero costituire il canovaccio fondante la programmazione sanitaria in questa regione, per le inevitabili ricadute sul sistema e sulla programmazione formativa oggetto degli accordi contenuti nella convenzione Regione-Università.

segue in ultima ➔

↳ **Tabella 1**  
**I medici che andranno in pensione in Liguria**

Anno	n. medici	variazione % rispetto al 2007
2008	66	1,98%
2009	93	2,8%
2010	113	3,4 %
2011	169	5%
2012	245	7,35%
2013	336	10%

↳ **Tabella 3**  
**Il caso medicina interna**

Nel 2007 in Liguria sono andati in pensione 265 internisti, inclusi 19 primari, con un'età media di 50,4 anni. Di seguito la proiezione dei pensionamenti a 65 anni nella specialità fino al 2013

Anno	n. medici	variazione % rispetto al 2007
2008	5	1,89%
2009	7	2,64%
2010	8	3,2%
2011	13	4,91%
2012	19	7,17%
2013	23	8,68%

Complessivamente usciranno 75 medici su 265 pari al 28%

↳ **Tabella 2**  
**Il caso anestesia**

Nel 2007 in Liguria sono andati in pensione 343 medici anestesisti, inclusi 14 primari, con un'età media di 47 anni. Di seguito la proiezione dei pensionamenti a 65 anni nella specialità fino al 2013

Anno	n. medici	variazione % rispetto al 2007
2008	3	0,87%
2009	4	1,17%
2010	6	1,75%
2011	10	3%
2012	16	4,66%
2013	19	5,54%

Complessivamente usciranno 58 medici su 343 pari al 17% circa  
N.B.: l'età è inferiore alla media dei medici totale

↳ **Tabella 4**  
**Il caso radiologia**

Nel 2007 in Liguria sono andati in pensione 211 radiologi, inclusi 13 primari, con un'età media di 48,2 anni. Di seguito la proiezione dei pensionamenti a 65 anni nella specialità fino al 2013

Anno	n. medici	variazione % rispetto al 2007
2008	1	0,47%
2009	2	0,95%
2010	3	1,42%
2011	5	2,37%
2012	10	4,74%
2013	14	6,64%

Complessivamente usciranno 35 medici su 211 pari al 17%

# Tutela lavoro

Avv. Francesco Maria Mantovani - Servizio Tutela Lavoro - Cref

## Spigolature in materia di mobbing

**Sul piano normativo manca una legge specifica sul mobbing. Ma nel nostro ordinamento esistono diverse disposizioni costituzionali, civili e penali che è possibile invocare a tutela del lavoratore contro i comportamenti persecutori che avvengono in ambito lavorativo**

Il termine "Mobbing" trae origine dal mondo anglosassone e precisamente dal verbo inglese to mob, che indica le azioni di assaltare, aggredire in massa, assediare. In assenza di una definizione legislativa, la giurisprudenza ha riconosciuto il mobbing come quel fenomeno che si concreta in qualsiasi azione di carattere molesto e vessatorio, posta in essere da uno o più soggetti (datore o colleghi di lavoro) in modo sistematico e duraturo, con il fine di isolare, emarginare o comunque danneggiare un lavoratore nel suo ambiente di lavoro.

Ai fini di una corretta qualificazione del mobbing, l'atto vessatorio deve presentare le seguenti caratteristiche. Innanzitutto deve estrinsecarsi nell'ambiente di lavoro (il conflitto sorge all'interno di un rapporto di lavoro e si realizza e consuma sul luogo di lavoro); deve evidenziare chiari intenti discriminatori e persecutori (l'aggressore deve manifestare nei confronti della vittima un chiaro obiettivo, ostile e negativo, di discriminare, estromettere, emarginare, marginalizzare o arrecare altrimenti pregiudizio alla vittima stessa); è quasi sempre reiterato (la vessazione deve essere attuata in modo sistematico, ripetuto per un apprezzabile periodo temporale, così da far assumere significatività oggettiva a tali atti per effetto della loro reiterazione. Ciò distingue un comportamento da mobbing dai cattivi rapporti interper-

sonali ed in particolare dal conflitto puro e semplice); può anche consistere in una azione isolata - c.d. straining -, i cui effetti si protraggano nel tempo (in tal caso, il comportamento vessatorio può essere ugualmente causa di mobbing e perciò sanzionabile. Infatti, anche un comportamento unico ed isolato, come il demansionamento del lavoratore, può integrare gli estremi persecutori); presuppone un dislivello tra gli antagonisti, con la conseguenza che la vittima viene a trovarsi sempre in una posizione di svantaggio (ciò non implica, tuttavia, la necessaria sussistenza di una posizione gerarchica inferiore all'interno dell'azienda, in quanto il "dislivello" tra i soggetti coinvolti nel mobbing sta a significare soltanto che il mobbizzato non ha le stesse capacità di difendersi dell'aggressore).

Sebbene sul piano normativo manchi ancora una legge specifica sul mobbing, tuttavia nel nostro ordinamento esistono diverse disposizioni costituzionali, civili e penali, che è possibile invocare a tutela del lavoratore contro i comportamenti persecutori che avvengono in ambito lavorativo. Tali disposizioni sono innanzitutto contenute nella Carta Costituzionale (art. 2 Cost., in base al quale "La Repubblica riconosce e garantisce i diritti inviolabili dell'uomo, sia come singolo sia nelle formazioni sociali ove si svolge la sua personalità"; art. 4 Cost., che riconosce a tutti i cittadini il

diritto al lavoro e "promuove le condizioni che rendano effettivo tale diritto"; art. 13 Cost., che sancisce l'inviolabilità della libertà personale; art. 32 Cost., che pone la salute, sia fisica che psichica, come fondamentale diritto dell'individuo e della collettività; art. 35 Cost., che prevede la tutela del lavoro in tutte le sue forme).

Anche sul piano del diritto civile sono presenti disposizioni che salvaguardano il lavoratore contro il mobbing. In particolare, si segnalano le seguenti norme:

- Art. 2087 cod. civ.: rappresenta una "norma di chiusura" del sistema antinfortunistico applicabile in situazioni ed ipotesi non ancora espressamente previste dal legislatore (come il danno da mobbing) ed impone al datore di lavoro l'obbligo di "adottare nell'esercizio dell'impresa le misure che, secondo la particolarità del lavoro, l'esperienza e la tecnica, sono necessarie a tutelare l'integrità fisica e la personalità morale dei prestatori di lavoro".

La violazione del suddetto obbligo da parte del datore di lavoro costituisce un illecito sul piano del rapporto lavorativo che pone origine, ai fini risarcitori, ad una responsabilità di tipo contrattuale.

- Art. 2103 cod.civ.: che pone il generale divieto, per il datore di lavoro, di adibire il lavoratore a mansioni inferiori a quelle per le quali è stato assunto (divieto di demansionamento).

- Legge n. 300/1970 (Statuto dei Lavoratori): contiene una serie di prescrizioni poste a salvaguardia della "libertà e della dignità del lavoratore", come il divieto di interferire nella libertà di opinione (art. 1); il divieto di acquisire notizie sulle opinioni politiche e culturali del lavoratore (art. 8); il divieto di atti discriminatori (art. 15).

In base alle predette disposizioni la giurisprudenza, nel corso degli anni, ha individuato varie manifestazioni del mobbing.

In particolare, nell'ambito del rapporto di lavoro, il mobbing può manifestarsi quale demansionamento, che sussiste quando il lavoratore subisce un ridimensionamento professionale, con lo svolgimento di compiti inferiori rispetto alla propria qualifica.

Anche l'inoperosità, il depauperamento delle mansioni, l'emarginazione logistica e fisica, accompagnati dallo svilimento della personalità professionale possono costituire mobbing.

La giurisprudenza ha evidenziato come il mobbing possa configurarsi anche nel caso in cui il lavoratore venga trasferito presso altra unità produttiva senza un giustificato motivo.

Nella casistica giurisprudenziale in materia di mobbing, il trasferimento illegittimo è spesso accompagnato da demansionamento e vessazioni morali.

Tra i comportamenti non espressamente anti-giuridici,

in cui la giurisprudenza ha ravvisato una possibile manifestazione del mobbing rientra la continua ed immotivata richiesta di visite fiscali per l'accertamento dello stato di malattia, qualora l'effettività della patologia sia stata già stata accertata dai controlli precedenti.

La giurisprudenza ha altresì ricondotto al mobbing, con violazione dell'art. 2087 c.c., l'assegnazione da parte del datore di lavoro di un carico eccessivo di lavoro, tale da superare la normale tollerabilità secondo le regole di comune esperienza.

La fattispecie del mobbing verticale è stata altresì individuata nell'assoggettamento a turni di lavoro stressanti di una lavoratrice ritenuta parzialmente inidonea alle mansioni per aver subito un infarto del miocardio (a seguito di giudizio medico non considerato dal datore di lavoro). In tal caso, al datore di lavoro è stata inflitta una condanna a sei mesi di reclusione per lesioni personali colpose.

La casistica giurisprudenziale ha individuato ulteriori comportamenti vessatori che possono rientrare in una fattispecie più ampia di mobbing, come l'imposizione ai dipendenti di trattamenti retributivi deteriori, ovvero l'invito alle dimissioni, per ritorsione dovuta al fatto che la persona convivente del lavoratore, ex dipendente dell'azienda, era andata a lavorare presso un'azienda concorrente.

Approfondimenti su [www.anao.it](http://www.anao.it)

# Previdenza

↳ Claudio Testuzza

## Ostacoli infondati alla disdetta dei riscatti

La necessità di rinunciare al riscatto degli anni di studio, prodotto in passato, per poter mantenere il proprio posto di lavoro è sorta, ultimamente, dalla disposizione introdotta col DL n. 112 (convertito in legge n. 133/2008) con cui è stata data la possibilità alle amministrazioni pubbliche, di risolvere il rapporto di lavoro dei dipendenti al raggiungimento dei 40 anni di contribuzione. Condizione, quest'ultima, presente in tanti medici con età ancora abbastanza giovanile. Per non essere "rottamati" non resta che procedere alla disdetta del riscatto o di parte di esso.

Questa possibilità si era posta, anche nel recente passato, in particolare per i primari medici dipendenti dalle aziende sanitarie a cui era stato concesso di permanere in servizio fino all'età massima di settanta anni per raggiungere il massimale contributivo di 40 anni.

Allora l'Inpdap aveva ricono-

sciuto, inizialmente, tale facoltà solo in caso di revoca, da parte dell'interessato o d'ufficio, esercitata nei termini di legge ovvero qualora l'interessato non avesse ancora terminato il pagamento del contributo in forma rateale. Veniva, anche ricordato che qualora non fosse stata esercitata la facoltà di chiedere la revoca del provvedimento entro il termine perentorio di decadenza, il diritto al riconoscimento del periodo oggetto di riscatto, entrato a far parte della sfera giuridica del soggetto, veniva sottratto alla libera disponibilità di quest'ultimo che non poteva quindi validamente compiere alcun atto che incidesse sia sulla titolarità del diritto stesso che sul suo contenuto. Ma sulla materia si era successivamente espressa la Presidenza del Consiglio dei Ministri - Dipartimento della Funzione Pubblica - con nota del 20/5/97 sostenendo, sulla base del parere espresso dalla II° Sezione del Consiglio di

Stato in data 30/1/91, che il riscatto è un beneficio accordato al dipendente su sua espressa richiesta e come tale sempre revocabile fintanto che non sopraggiunga il provvedimento definitivo di pensione. Anche, la sezione terza centrale della Corte dei Conti, su ricorso proposto dall'Inpdap avverso una sentenza della sezione giurisdizionale per la Regione Calabria, aveva, poi, sancito la possibilità di rinunciare agli effetti del provvedimento di riscatto sino a quando lo stesso non fosse stato già utilizzato per la determinazione dell'ammontare della pensione, precisando che il diritto di riscatto deve essere inquadrato nella categoria dei diritti potestativi e quindi il beneficiario ne può disporre avvalendosi della facoltà di chiederne gli effetti o di rinunciarvi. Alla luce del sopra citato parere della Presidenza del Consiglio dei Ministri e della sentenza della Corte dei Conti, l'istituto previdenziale dei pubblici dipendenti

aveva, quindi, modificato l'orientamento sino ad allora tenuto e stabilito di consentire pertanto agli iscritti che lo richiedessero la non valutazione dei periodi, oggetto del provvedimento, anche nel caso di integrale pagamento del relativo onere. L'Inps, probabilmente su suggerimento, anche perché tale istituto provvedendo solamente alla previdenza dei dipendenti privati non viene coinvolta nella disposizione di "rottamazione", con il messaggio n. 22427 dell'8 ottobre, è intervenuta sulla questione affermando, invece, che non sia possibile rinunciare al riscatto della laurea una volta che questo sia stato perfezionato con il pagamento del relativo onere. L'istituto rileva questa sua interpretazione sul presupposto della natura aleatoria del negozio del riscatto, il cui perfezionamento impedisce che vicende successive o valutazioni postume dell'interessato possano costituire giusta causa per il recesso

dal contratto, fondando, anche, il suo assunto nella giurisprudenza della Corte di Cassazione.

Ma dimentica di dire che le uniche due sentenze della Cassazione che si riferiscono alla fattispecie si esprimono non sulla correttezza della disdetta, ritenuta pertanto attivabile, ma, esclusivamente, sulla non possibilità dei dipendenti di poter ricevere il rimborso di quanto versato per il riscatto di cui, adesso, si chiedeva l'annullamento. Condizione chiaramente espressa anche dall'Inpdap nella sua informativa (n. 6 del 5 maggio 1999) di assenso al procedimento.

Si ritiene, pertanto, che la posizione, allora assunta dall'Inpdap, sia corretta, mentre l'improvvisa circolare dell'Inps sia totalmente da respingere poiché appare assolutamente infondata.

In questo senso, a garanzia dei propri iscritti, ci risulta si stiano muovendo le organizzazioni sindacali.

## Giurisprudenza

↳ Paola Carnevale

### Corte di Cassazione - Civile sezioni Unite - Sentenza n. 24712/2008

#### DIRITTO ALLA INDENNITÀ SOSTITUTIVA DELLE FERIE

Il diritto alla indennità sostitutiva delle ferie non sorge ogni anno.

Infatti, alla stregua dell'art. 21, comma 8 del CCNL 1994-1997, le ferie sono fruiti nel corso di ciascun anno solare e la disposizione attiene al loro effettivo godimento.

Diversa, invece, è la previsione per il diritto alla in-

dennità sostitutiva, dal momento che la prima parte del suddetto comma 8 dispone che le ferie sono un diritto irrinunciabile e non sono monetizzabili, salvo quanto previsto al comma 13, il quale dispone che, all'atto della cessazione del rapporto, in caso di mancato godimento per motivi indipendenti dalla volontà del dirigente, l'Azienda procede al pagamento sostitutivo.

Le ferie dunque non sono monetizzabili nel corso del rapporto di lavoro, stante la irrinunciabilità del diritto alla effettiva fruizione, per cui il diritto alla indennità sostitutiva sorge alla fine del rapporto.

Per il diritto alla monetizzazione è sufficiente il

provvedimento finale con cui al termine del rapporto si nega il diritto all'effettivo godimento delle ferie per esigenze di servizio. Infatti ripercorrere la situazione di tutti gli anni precedenti, talvolta anche remoti, per accertare se per ciascuno di essi le ferie avrebbero potuto essere usufruite e non lo furono per esclusiva scelta dell'interessato richiederebbe, secondo la Corte, un'indagine farraginoso e complicata per il dirigente medico, imponendogli di ripercorrere vicende lontane nel tempo particolarmente ardue da dimostrare, stante il dovere, sancito nel contratto, di contemperare il godimento delle ferie con le esigenze di servizio.

segue dalla prima

## SLITTA IL PATTO SULLA SALUTE

scrittori, utilizzo di protocolli diagnostici, linee guida ecc. In alcune Regioni, come la Toscana, questo avviene già: ad esempio, quando una Tac o una Rm viene prescritta in relazione alla patologia oncologica i tempi d'attesa sono brevi e vincolati, mentre quando è motivata da altre cause si applica la normale lista d'attesa. Un sistema di deterrenza, insomma, che orienta molte richieste verso altre tipologie di indagine diagnostica.

Cancellata anche la proposta di origine ministeriale che rendeva obbligatoria la visita radiologica prima di ogni prestazione di diagnostica per immagini; l'obbligo di visita specifica dovrebbe essere ora ridotto solo ai casi di radiologia "interventista", applicazione di catetere o simili.

Ma se l'accordo di merito tra ministero e Regioni sulla revisione dei Lea sembra ora raggiunto, il versante economico di questo intervento resta però aperto. Va ricordato, in proposito, che i "nuovi Lea" varati nell'aprile scorso dall'allora ministro Livia Turco furono invece bocciati dalla Corte dei Conti proprio perché manca-

va la copertura economica di 800 milioni. La proposta originaria avanzata ora dal ministero si era calcolata che potesse produrre circa 2 miliardi di euro di risparmi, mentre la versione concordata con le Regioni avrà certamente un diverso peso economico. Questo però non dovrebbe portare ad ulteriori rinvii: il Dpcm sui nuovi Lea dovrebbe procedere, arrivando all'approvazione probabilmente entro un mese, mentre il nodo della copertura economica viene rinviato e sarà inserito nella partita complessiva del nuovo Patto per la Salute. A data da destinarsi, Corte dei Conti permettendo.

segue da pag. 13

## MEDICI SEMPRE MENO GIOVANI

Fino ad oggi infatti la relazione tra questi due enti ha sempre seguito una logica unidirezionale con l'Università che stabiliva con la Regione accordi tesi a soddisfare le sue esigenze e bisogni.

È necessario a questo punto ripartire su basi completamente diverse nella relazione patto: la Regione deve entrare da protagonista nell'organizzazione del sistema formativo e costruire un modello di convenzione che ponga al centro il Ssr. È in-

fatti indispensabile che i percorsi di specializzazione e il numero di medici che ad essa hanno accesso siano l'espressione di un'analisi dei bisogni del Ssr e non sviluppo di logiche "lobbyistiche" gestite dagli stessi specialisti delle aree interessate. Purtroppo a tutt'oggi tale argomento è oggetto di un "silenzio assordante" da parte degli attori succitati e rimane da chiedersi se la programmazione oltre i termini di un mandato elettorale non possa considerarsi alla stregua delle buone raccomandazioni di una volta, qualcosa da ascoltare appena mentre ci si volge alle necessità del quotidiano sempre più urgenti, sempre più importanti.

### DIRIGENZA MEDICA

Il mensile dell'Anao Assomed

Sede di Roma: via Barberini, 3  
tel. 06.4245741 - Fax 06.48.90.35.23  
Sede di Milano: via D. Scarlatti, 27  
e-mail: dirigenza.medica@anao.it  
www.anao.it

Direttore  
**Carlo Lusenti**  
Direttore responsabile  
**Silvia Procaccini**  
Comitato di redazione:  
**Giorgio Cavallero,**  
**Domenico Iscaro,**  
**Mario Lavecchia,**  
**Gianluigi Scaffidi,**  
**Costantino Troise**

Coordinamento redazionale  
**Ester Maragò**

Progetto grafico e impaginazione:  
**Daniele Lucia,**  
**Barbara Rizzuti**

Periodico Associato  
**A.N.E.S.**

Editore



**Health Communication srl**  
Edizioni e servizi di interesse sanitario  
Via Vittore Carpaccio 18 - 0147 Roma  
email: redazione@hcom.it  
tel. 06.59.44.61  
fax 06.59.44.62.28

Registrazione al Tribunale di Milano  
n.182/2002 del 25.3.2002. Sped. in abb.

postale - D.L. 353/2003 (conv. in L. 27/02/2004 n. 46) art. 1, comma 1, DCB Roma  
Diritto alla riservatezza: "Dirigenza Medica" garantisce la massima riservatezza dei dati forniti dagli abbonati nel rispetto della legge 675/96

Stampa: Artigrafiche s.r.l. - Pomezia (Rm)

Finito di stampare nel mese di novembre 2008



## Partnership Banking Un vantaggio tira l'altro



Cogli l'opportunità di avere tutta l'esperienza di un grande gruppo bancario, al fianco degli associati ANAAO Assomed, e una gamma di prodotti a condizioni davvero esclusive, per gestire al meglio i tuoi bisogni bancari. E i vantaggi non finiscono qui...

L'accordo di Partnership stipulato con Deutsche Bank prevede condizioni economiche esclusive e vantaggiose. Qualche esempio:

- tre conti correnti: "Senza Spese" e "Canone fisso" oppure ad "Alto Rendimento" (tutti con numero illimitato di operazioni);
- prelievo bancomat senza commissioni da qualsiasi sportello bancario in Italia e all'estero, anche di altre banche\* (valido solo per i conti db Partner e db Solution New);

- deposito titoli gratuito e Home Banking senza canone;
- assistenza gratuita per l'estinzione del vecchio conto e la gestione di servizi e prodotti finanziari collegati (utenze, titoli, prestiti personali, mutui e carte di credito);
- promozione "Amici colleghi, colleghi vincenti" con la possibilità di vincere fantastici premi o acquistare prodotti della vetrina db Interactive a prezzi scontati;
- mutui a tassi vantaggiosi e senza spese di istruttoria.

Per ulteriori informazioni:

- visita il sito internet dedicato <http://b2e.deutsche-bank.it/anaao> (password: customer)
- scrivi a [info.b2e@db.com](mailto:info.b2e@db.com)
- telefona al nostro call center 02.6995

\* Prelievo gratuito nei paesi aderenti all'Area SEPA (Single Euro Payments Area): i 27 membri dell'Unione Europea, più Svizzera, Norvegia, Islanda e Liechtenstein.

Message pubblicitario: prima dell'adesione leggere le condizioni contrattuali riportate nei Fogli Informativi disponibili presso gli Sportelli Deutsche Bank. La vendita dei prodotti è riservata ai clienti della Deutsche Bank.

