

DIRIGENZA MEDICA

Il mensile dell'Anaao Assomed

POSTE ITALIANE SPA - SPED. IN ABB. POSTALE - D.L. 353/2003 (CONV. IN L. 27/02/2004 N. 46) ART. 1, COMMA 1, DCB ROMA N.11/2006

Editoriale

LETTERA AL MINISTRO CHE VERRÀ

Egregio Ministro della Salute (per illustrissimo attendo futuri fatti degni di lustro),
Le scrivo in attesa di notizie sulla Sua autonoma esistenza: ci sarà ancora un dicastero o verrà declassato a vice di qualcuno o sotto di qualcun altro? sarà maschio o femmina? tecnico o politico? (medico spero di no) forte e volitivo o debole e inconcludente? di quale partito? di quale Regione? di quale convinzione? di qualche confessione? di chi amico e protettore? di chi avversario e competitore?
Consumando il tempo nel gossip preventivo, auspico una Sua vita di pieno rango e correndo tutti i rischi di chi scrive prima, ma viene letto dopo (la Sua nomina naturalmente), per il momento, me lo consentirà, la utilizzerò come artificio retorico. A conferma che il Ministro della Salute serve a qualche cosa –

negli ultimi anni i fatti e le opinioni in proposito si sono divisi in contrastanti correnti – La considero già in questa fase embrionaria un interlocutore istituzionale.

Le parlo e la uso per parlare a molti medici, e di molti problemi, di cui tra poco dovrà occuparsi.

Le scrivo per consigliare, rammentare, sollecitare, mettere in guardia, promuovere, interrogare, ricordare le gatte da pelare, elencare la lista della spesa, e qualsiasi altra forma di tortura serva ad aiutarla ad essere all'altezza del difficile ruolo (e compito) che Le spetta (e che l'aspetta).

In questo (la conoscenza dei problemi, non l'altezza del ruolo) penso di avere più informazioni di lei, che non esiste ancora, e poi è bene che capisca subito che i sindacalisti a volte sono un po' presuntuosetti.

segue a pagina 2

LA RELAZIONE SULLO STATO SANITARIO DEL PAESE 2005-2006

Italia in salute, ma anziana

Come va la salute degli italiani? È complessivamente soddisfacente. Gli abitanti del Bel Paese sono sempre più longevi, tanto che l'aspettativa di vita ha raggiunto per gli uomini quota 77 anni e per le donne 83. Ma ogni medaglia ha il suo rovescio: la domanda di salute diventa infatti sempre più complessa da governare se si tiene conto delle patologie croniche e del loro incremento connesso all'invecchiare della popolazione.

È quanto rileva la Relazione sullo stato sanitario del Paese 2005-2006 stilata dal ministero della Salute. Tra le buone notizie il Ministero segnala una diminuzione del consumo di tabacco, seconda causa di rischio a livello mondiale (dal 2004 al 2005 c'è stata una riduzione di 5,4 pacchetti di

sigarette a testa) e un calo dei casi di Aids e dei relativi decessi. Guadagna punti la lotta ai tumori con una graduale diminuzione del livello di mortalità a fronte di un aumento del numero di diagnosi. Così come crescono le adesioni e l'offerta di screening per la diagnosi precoce, anche al Sud; partecipano allo screening mammografico il 60,9% degli italiani invitati, a quello cervicale il 36,7 e al colon-rettale il 46,7. E ancora, tra le positività si sottolinea il ricorso a trattamenti chirurgici meno invasivi per le patologie dell'apparato digerente grazie all'affermazione delle tecniche endoscopiche ed ecografiche con una riduzione dell'ospedalizzazione per queste malattie che nel loro insieme rappresentano la prima causa di ricovero in Italia.

Insieme all'invecchiamento della popolazione che porta con sé la maggiore diffusione di patologie croniche, tra i punti critici emerge l'aumento del consumo di alcol tra i giovani, e l'abbassamento dell'età di iniziazione al bere. Cresce l'obesità e rimane alta la diffusione di malattie cardiovascolari, del diabete, delle malattie dell'apparato respiratorio in particolare della broncopatia cronica ostruttiva e dell'asma. Le patologie tumorali restano la prima causa di morte nella popolazione tra i 35-64 anni. Aumenta la differenza di mortalità tra le fasce più istruite e ad alto reddito e quelle più disagiate in particolare per le malattie cardiovascolari.

a pagina 3

DALLE REGIONI

Le modalità di nomina dei Direttori generali: i pareri dei segretari regionali Anaao Assomed delle regioni Abruzzo, Calabria, Friuli Venezia Giulia, Lazio, Lombardia e Puglia

ALLE PAGINE 4-5

GIURISPRUDENZA

La sentenza della Corte costituzionale sullo svolgimento dell'attività libero professionale intramuraria

A PAGINA 6

TUTELA LAVORO

La disciplina normativa sui criteri di irrogazione del licenziamento del medico, sulle garanzie procedurali e sull'intervento del Comitato dei Garanti

A PAGINA 7

PREVIDENZA

Le modalità per usufruire della ricongiunzione dei periodi di assicurazione maturati dal lavoratore nei diversi settori di attività

A PAGINA 8

segue dalla prima

LETTERA AL MINISTRO CHE VERRÀ

Siccome voglio evitare le solite obiezioni (non ci siamo capiti! siamo vittime di un equivoco! se l'avessi saputo prima!), utilizzerò una forma chiara e uno stile sintetico, almeno al meglio delle mie possibilità. Le chiederò di utilizzare al meglio le Sue, sicuramente elevate, possibilità di comprensione e memorizzazione, per evitarci futuri giudizi scolastici (ha capacità ma non si impegna) o peggio politici (non comprende e non risolve), in ogni caso avrà capito che i sindacalisti a volte sono anche arroganti.

Lei nasce con una dote oggettiva, consistente e rara: è espressione di una maggioranza solida (molti deputati e senatori di vantaggio) e coesa (pochi, tre o quattro, partiti che la compongono), è quindi parte di un Governo forte, con grandi possibilità di assumere decisioni operative chiare e coerenti.

Sul merito dei problemi troveremo il modo di confrontarci, accordarci o scontrarci (a volte siamo anche litigiosi), ma Lei ha la possibilità che è mancata a buona parte dei suoi predecessori: compiere scelte forti e innovative che riaffermino il valore della tutela della salute per tutti i cittadini (senza differenze di parallelo o codice postale) rilanciando il ruolo dei medici quali principali garanti della qualità e della sicurezza delle cure.

È un'occasione forte, vedremo se saprà coglierla o la sprecherà senza attenuanti. Fin qui le premesse e i convenevoli, nel passare alla sostanza seguirò uno schema centripeto e didascalico (saltuariamente facciamo anche uso di qualche classicismo da settimana enigmistica): la cornice, il quadro, il soggetto principale su cui si focalizza l'attenzione.

Da molti, troppi, anni il Paese è tormentato dall'irrisolta questione del rapporto tra ruolo dello stato e autonomia delle comunità (Regioni in primis, ma anche aree metropolitane, Province, Comuni, Municipi, Circoscrizioni, quartieri, e via decentrando e spesso (male) amministrando). È un movimento ondivago, attraversa periodi di grande furore autonomista e poi ripiega in nostalgie stataliste, che trova il suo terreno di massima e contraddittoria espressione nella gestione dei servizi sanitari nazionale e regionali.

La maggioranza di cui Lei è autorevole esponente ha posto da tempo i temi del federalismo fiscale, del rapporto tra legislazione esclusiva e concorrente, del rafforzamento dell'autonomia regionale nella gestione dei sistemi di tutela della salute, come prioritari e centrali nell'azione di Governo.

Come intende svilupparli e risolverli? Quali nuovi criteri saranno adottati per costruire e distribuire il fondo sanitario nazionale? In quale diverso modo verrà

garantito il diritto costituzionale alla tutela della salute in un Paese con differenze economiche e sociali fortissime ed in progressivo ampliamento? Quale ruolo svolgerà il suo dicastero nei confronti delle Regioni e di ciascuna Regione (tra la notarile presa d'atto di fatti compiuti ed il controllo diretto sino al commissariamento)? Girerà l'Italia tra finte inaugurazioni e drammatiche esequie per fatti di vera, o presunta, malasanità, dispensando sorrisi e lacrime, complimenti e minacce, come molti dei suoi predecessori? O resterà a Roma (in senso figurato) ad esercitare un pieno e responsabile ruolo di governo del Servizio sanitario nazionale?

Le risposte a queste domande non sono solo la cornice, ma anche la tela del quadro, ed anche il muro a cui sta appeso, da sole sostengono e definiscono tutto ciò che viene dopo, più specifico e direttamente visibile, ma anche secondario e subalterno a ineludibili scelte politiche di sistema. Alla fine del 2008 il Servizio sanitario nazionale compirà trent'anni. Istituito nel dicembre 1978 dalla legge 833, allora approvata con il consenso di maggioranza e opposizione (succedevano cose strane un tempo), con i soli voti contrari del Movimento sociale, del Partito liberale e l'astensione dei Repubblicani, nasceva per affermare un diritto costituzionale di cittadinanza (il pensiero debole non era ancora stato inventato) sulle ceneri delle mutue ormai sull'orlo del fallimento (salute ed economia non sono mai andate d'accordo).

All'inizio e alla fine degli anni novanta ('92 e '99), opposte maggioranze, Ministri molto diversi (De Lorenzo prima, Bindi poi), con leggi delegate (502-517 e 229), hanno messo mano con intento riformatore, con le migliori intenzioni, e con esiti che potremmo variamente e coloritamente commentare, all'impianto originario, garantendone anche se in modo difforme una sorta di manutenzione.

Ora tocca a Lei. Dopo dieci anni dall'ultimo intervento l'esigenza di adeguare, ammodernare, fare manutenzione, riformare, correggere per migliorare (o anche solo per non rotolare lungo una china che porta al si salvi chi può) è ineludibile.

I tempi, le istanze sociali e la medicina cambiano troppo in fretta per permetterci di lasciare l'organizzazione dei servizi di tutela della salute immutata per decenni. Sono edifici molto complessi e preziosi, che richiedono frequenti messe a punto, a meno che non vogliamo abbandonarli all'incuria, per poi sostituirli con qualcosa di completamente nuovo.

È una possibilità, che andrebbe però dichiarata con chiarezza, e sulla quale dovrebbe essere raccolto un ampio con-

senso.

Anche il suo predecessore si è confrontato, senza esito, con la necessità di compiere un restauro conservativo, o una ristrutturazione innovativa, del Servizio sanitario, (mi perdoni i paragoni edilizi, ma dopo tanti anni lo sento un po' come casa mia). Ora la sfida è Sua, il progetto, le risorse, il percorso di approvazione.

Fuori di metafora il modello aziendalista in sanità, centrato su forte autonomia amministrativa e controllo dei costi, ha da tempo mostrato tutti i suoi limiti, senza centrare gli obiettivi (fondamentalmente più efficienza e più efficacia) che gli erano stati affidati.

All'interno di questo modello invecchiato i professionisti (tutti, non solo i medici)

“Dopo dieci anni dall'ultima riforma l'esigenza di adeguare, ammodernare, fare manutenzione, riformare, correggere per migliorare è ineludibile”

non trovano adeguata valorizzazione di responsabilità e competenza, schiacciati tra obiettivi aziendali ed esigenze dei cittadini.

La cultura del governo clinico, supposta medicina di questi mali, tanto più è evocata tanto meno trova concreta applicazione e riconoscimento.

Il rapporto tra ruolo di indirizzo della politica e autonomia della gestione e della professione, nonostante gli innumerevoli dibattiti, scandali, denunce, resta opaco e immutato.

Il percorso universitario, formativo e di specializzazione, non ha uguali al mondo per lunghezza, oltre ad essere gravemente inefficiente e costoso per la collettività, senza garantire standards professionali in uscita adeguati.

I sistemi di selezione, reclutamento, progressione di carriera e valutazione del merito sono incerti, a volte ambigui, poco trasparenti, ondulanti tra gli estremi dell'autoritarismo padronale e dello scambio clientelare.

Non vado oltre, avevo promesso la sintesi, sarà per un'altra volta.

Ma ha sicuramente capito che questo è il quadro affidato alla sua cura e capacità di restauro, una grande scena corale, a tratti positiva e luminosa, come quelle dell'epopea del west di Remington, a tratti cupa e inquietante, come il fiammingo Hieronymus Boch.

Noi siamo dentro al quadro, ne siamo i personaggi e ne condividiamo le sorti. Le sarà chiaro, quindi, perché siamo così interessati al suo destino, perché lo difenderemo e saremo inflessibili verso chi vorrà danneggiarlo o distruggerlo, come sosterranno chi (speriamo Lei) si assumerà la responsabilità di difenderlo, dargli valore, correggerne gli errori e curarne le malattie. Ma guardiamo anche il quadro, dal nostro punto di vista alla fine focalizziamo l'attenzione su un punto preciso, che vediamo meglio, che riteniamo più importante.

Che per una categoria e un sindacato sono le condizioni di lavoro.

Che se sono, o appaiono, scadenti o pessime, escludono la possibilità non solo di una vita professionale dignitosa, ma anche di vedere altre cose e su queste ragionare.

Contratti scaduti da anni senza essere ancora correttamente e diffusamente applicati, organizzazioni del lavoro feudali che non tengono in conto nemmeno la sicurezza di medici e cittadini, la cattiva politica e la mala amministrazione che inquinano vasti territori, salari che si sono (e sono stati) erosi progressivamente, sino a non avere più un decente rapporto con impegno, competenza e responsabilità. Tutto questo, ma non solo questo, muove le viscere della categoria.

Alimenta un senso diffuso di insoddisfazione, diffidenza, frustrazione, disaffezione, livida e solitaria rabbia.

Impedisce di vedere con chiarezza e lontano, di ragionare serenamente sul proprio futuro, di avere fiducia, di utilizzare al meglio energie intellettuali e professionali, di credere nell'importanza del proprio ruolo.

Questo contesto, che noi vediamo, sentiamo e denunciato, non è un problema nostro.

Solo nostro.

Peggiorando il clima all'interno degli ospedali, rendendo più difficile a faticoso sostenere motivazione e senso di appartenenza, determinando comportamenti difensivi e antagonisti, alimentando una "avarizia professionale" figlia del senso di abbandono istituzionale, nutrendo i teorici del "liberi tutti e si salvi chi può", la soluzione di questi problemi riguarda tutti.

Da domani Lei per primo, è ancora in tempo per tirarsi indietro.

Io spero che non lo faccia, che sia all'altezza del ruolo e del compito, che abbia a cuore i diritti dei cittadini e le sorti del servizio sanitario nazionale, che abbia rispetto e considerazione per i medici e le loro rappresentanze sindacali, che condivida e realizzi soluzioni adeguate ai tanti problemi sul tavolo.

Vasto programma, avrebbe detto De Gaulle, vedremo se sarà anche il Suo.

Distinti, ancorché prematuri, saluti.

Carlo Lusenti

LA RELAZIONE SULLO STATO DI SALUTE DEL PAESE 2005-2006

Italia, un Paese per vecchi

Mariano Rampini

Il sistema sanitario garantisce bene la salute degli italiani. Ma l'invecchiamento della popolazione genera molti dubbi sul futuro

Gli italiani stanno bene ma non benissimo: a destare preoccupazione non è tanto l'attuale stato di salute della popolazione – magari da migliorare: le cose da fare non mancano – quanto più il futuro prossimo venturo. È questa, in sintesi estrema la conclusione che si può trarre dalla lettura della Relazione sullo stato sanitario del Paese per il biennio 2005-2006, recentemente licenziata dal ministero della Salute. Si tratta di un corposo documento (consultabile integralmente su www.ministerosalute.it/publicazioni) attraverso il quale il Parlamento viene annualmente aggiornato sullo stato di salute degli italiani e sulle politiche sanitarie. E che questa volta si apre sottolineando il “livello complessivamente soddisfacente dello stato di salute generale”, testimoniato dai più che positivi valori di aspettativa di vita alla nascita – 76,9 anni per gli uomini e di 82,9 per le donne – che pongono l'Italia ai primi posti in Europa ma che, di converso, rendono la domanda di salute “più complessa da governare”. In particolare se si tiene conto delle patologie croniche e del loro incremento connesso all'invecchiare della popolazione. Appare così strategico l'impegno delle istituzioni nel settore della prevenzione, proprio nei confronti delle cronicità che, stando a quanto la stessa Relazione indica, portano i cittadini più anziani a essere i maggiori consumatori di farmaci: la spesa e il consumo, infatti, crescono vertiginosamente con l'età e la popolazione con più di 65 anni assorbe circa il 55% della spesa e il 58% delle dosi. Si consideri a questo proposito il peso delle malattie cardiovascolari, una delle principali cause di morbilità e mortalità nel nostro Paese. Nel 2001, si legge tra i molti dati forniti dalla Relazione, queste patologie sono state causa del 42,6% del totale dei decessi, dato strettamente collegato al forte invecchiamento della popolazione che, tra l'altro, vede negli ultimi 15 anni un sostanziale allineamento tra tutte le Regioni per quanto attiene le differenze di mortalità tra Nord, Centro e

Sud. A questo si aggiunga che la popolazione anziana appare particolarmente fragile nei confronti della Broncopatia cronico-ostruttiva (Bpco), patologia responsabile del 50% dei decessi per cause respiratorie, nonché del 6% della spesa sanitaria italiana. C'è poi un'altra minaccia con cui fare i conti: quella del diabete, patologia della quale soffre in particolare chi si trova in situazioni di svantaggio socioeconomico e culturale. La patologia, stando alle stime Istat (prevalenza del diabete noto pari a 4,2%, cioè 4,4% nelle donne, 4,0% negli uomini) colpisce circa 2,5 milioni di italiani: la sua prevalenza è più bassa al Nord (3,9%) ma sale al Centro (4,1%) e al Sud (4,6%). E, comunque, aumenta con l'età (2,5% per le fasce di età tra i 45 e 54 anni, contro il 16,3% di chi ha più di 75 anni) e contribuisce così ad aggravare il quadro nosologico degli anziani riflettendosi negativamente sul consumo dei farmaci. Allargando il campo alle altre patologie la Relazione si sofferma sul caso dell'asma la cui incidenza cresce in età pediatrica. A riprova ci sono i dati desunti dallo studio Sidria (Studi italiani sui disturbi respiratori nell'infanzia e l'ambiente) realizzato tra il 1994 ed il 1995 nell'ambito del protocollo internazionale Isaac (International Study of Allergy and Asthma in Children): tra gli studenti delle scuole elementari e medie inferiori è stata rilevata una prevalenza di asma dell'8,9%, della rinocongiuntivite allergica del 13,6% e della dermatite atopica del 5,5%. Da un secondo studio Sidria, risalente al 2002, sono poi giunte informazioni più aggiornate che mostrano come la prevalenza di asma si sia attestata sul 9,5% nei bambini e sul 10,4% negli adolescenti. Passando al capitolo delle patologie dell'apparato digerente, la Relazione segnala come queste siano state nel 2003 la prima causa di ricovero in Italia (più di un milione e mezzo i ricoveri in regime ordinario e day hospital, pari al 12,16% dei ricoveri nazionali). Particolarmente ampio, infine, lo spazio dedicato alle

patologie tumorali, “prima causa di morte nella popolazione tra i 35 e i 64 anni”. Le stime in quest'area parlano di più di 250 mila casi di tumore maligno diagnosticati ogni anno tra i residenti in Italia tra i 0 e 84 anni. E oltre 160 mila decessi sono attribuibili a un tumore. Un uomo ogni 3 e una donna ogni 4 possono sviluppare un tumore nel corso della loro vita (tra 0 e 74 anni), mentre su un uomo ogni 6 e una donna ogni 11 incombe la probabilità di morire per tumore nello stesso periodo. Senza contare che ogni anno in Italia si registrano oltre 940 mila ricoveri oncologici. Si tratta, in tutta evidenza – e la relazione lo sottolinea – di un settore nel quale prevenzione e controllo assumono un'importanza capitale: la rete per il monitoraggio delle nuove diagnosi tumorali nella popolazione residente (i Registri tumori dell'Associazione italiana Registri tumore AirR-tum), permette di monitorare circa il 26% del territorio nazionale cioè un'area nella quale insistono in totale 15 milioni di cittadini. I dati raccolti dall'AirR-tum mostrano un quadro delle patologie tumorali “caratterizzato da un aumento del numero delle diagnosi in entrambi i sessi, ma anche da una graduale diminuzione del livello della mortalità, soprattutto tenendo sotto controllo il peso della variabile età”. Le differenze dell'incidenza di queste patologie tra Nord e Sud diminuiscono – in particolare per l'invecchiamento delle popolazioni meridionali – e tra le cause ci sono anche “le condizioni ambientali e, più in generale, gli stili di vita che vanno sempre più omogeneizzandosi tra Nord, Centro e Sud”. Entrano qui in scena i programmi di screening per la prevenzione delle più diffuse patologie tumorali: il carcinoma mammario, il cervicocarcinoma e quello del colon-retto. Attraverso questi controlli si punta innanzitutto a individuare le popolazioni a rischio per poi invitarle a sottoporsi ad accertamenti e controlli periodici. Buono il successo di queste iniziative che, come ricorda il testo della Relazione, “hanno riscontrato un crescente livello di coinvolgimento delle popolazioni-target anche nel Sud dell'Italia a conferma della diffusione di una cultura favorevolmente orientata verso la prevenzione, soprattutto in ambito femminile). Da segnalare a questo proposito il forte coinvolgimento delle Unità operative di Gastroenterologia e dei servizi di Endoscopia digestiva negli screening sulle malattie neoplastiche: un contributo della massima rilevanza alla lotta ai tumori, se si considera che il cancro al colon-retto, rappresenta il secondo tumore per incidenza sia tra gli uomini che tra le donne. L'impegno nel settore della prevenzione non rimane però confinato all'area oncologica: il ministero della Salute, attraverso la legge 138/2004 (“Interventi urgenti per fronteggiare situazioni di pericolo per la salute pubblica”) ha dato vita al Centro nazionale per la prevenzione e il controllo delle malattie (Ccm) che ha “il compito di predisporre una rete di sorveglianza e di intervento rapido nei confronti di potenziali pericoli per la salute”. Pericoli che, e la Relazione è chiarissima su questo punto, sono sempre in agguato. A cominciare da quelli legati agli stili di vita, fumo, alcol e sovrappeso su tutti.

LO STATO DI SALUTE DEGLI ITALIANI: I PUNTI CRITICI

- L'aumento della popolazione anziana porta con sé la maggiore diffusione di patologie croniche e la necessità di sviluppo di servizi socio-assistenziali sul territorio adeguati;
- più della metà dell'assistenza farmaceutica (55%) va a persone sopra i 65 anni. In questa fascia d'età i ricoveri in ospedale sono il 40,2 % del totale con un numero di giornate di degenza sopra la media;
- aumenta il consumo di alcol tra i giovani, e la pratica del bere per ubriacarsi, mentre si abbassa l'età di iniziazione al bere;
- l'Italia è tra i primi Paesi in Europa per presenza di soggetti in sovrappeso e obesi, preoccupa in particolare l'obesità pediatrica;
- alta diffusione di malattie cardiovascolari, del diabete, delle malattie dell'apparato respiratorio in particolare la Bpco e l'asma. I farmaci del sistema cardiovascolare rappresentano da soli circa la metà delle dosi prescritte in un anno;
- le patologie tumorali restano la prima causa di morte nella popolazione tra i 35-64 anni;
- aumento della differenza di mortalità tra le fasce più istruite e alto reddito e quelle più disagiate in particolare per le malattie cardiovascolari;
- medicalizzazione del parto: ancora troppi i tagli cesarei e troppe le ecografie;
- la rete ospedaliera italiana appare ancora costituita in maggioranza di istituti medio-piccoli. Esistono più di 200 strutture pubbliche, circa 1/3 del totale, con meno di 120 posti letto, concentrate nelle regioni del Centro-Sud del Paese. Carenza di disponibilità di posti letto di riabilitazione e lungodegenza;
- salute mentale: a rischio i giovani adulti. Il 33,8% dei ricoveri riguarda la fascia d'età 25-44 anni. Mancanza di informazione sistematica sull'efficacia e la diffusione dei servizi.

MODALITÀ DI NOMINA DEI DG

Più competenza ed esperienza in campo sanitario

I pareri dei segretari regionali Anaa Assomed

Lucia Conti e Ester Maragò

Prosegue la carrellata dei pareri sui criteri di selezione dei Direttori generali. In questo numero di Dirigenza Medica ospitiamo i punti di vista dei segretari regionali Anaa Assomed di Abruzzo, Calabria, Friuli Venezia Giulia, Lazio, Lombardia e Puglia. Che, oltre ad esprimere le loro riflessioni sugli attuali metodi di scelta dei manager aziendali e sugli eventuali e più opportuni cambiamenti del sistema, hanno anche scattato una foto degli scenari esistenti nelle proprie Regioni.

I segretari regionali, chi più chi meno, ritengono che gli attuali metodi di scelta vadano cambiati. Ma su un punto tutti concordano: chi viene nominato Direttore generale deve avere delle competenze tecniche; deve possedere i requisiti necessari per guidare una realtà peculiare come quella delle Aziende sanitarie. Competenze, suggeriscono alcuni segretari, che dovrebbero essere maturate esclusivamente in campo sanitario. Insomma, di manager prestatati alla sanità non se ne sente il bisogno.

Qualcuno mette l'accento sulle negatività legate ai cambi di Giunta che portano, spesso prematuramente, alla conclusione del mandato di Direttore generale: turn over troppo stretti che bloccano la conclusione di progetti già avviati e impediscono la corretta valutazione dell'operato del manager. Altri segretari, invece, puntano il dito verso l'attribuzione degli incarichi di struttura complessa in base all'appartenenza politica mortificando le competenze professionali.

Queste le domande rivolte ai segretari regionali di Abruzzo, Calabria, Friuli Venezia Giulia, Lazio, Lombardia e Puglia:

1. I criteri di scelta dei Direttori generali sono uno dei temi caldi della sanità. Cosa ne pensa?
2. Come è la situazione nella sua Regione?

Filippo Gianfelice

segretario regionale Anaa Assomed
Abruzzo

1. I criteri di selezione attuali che, di fatto, si traducono in scelte fiduciarie operate dall'assessore alla sanità o dalla Giunta regionale su un elenco di persone non modificabile o difficilmente modificabile, ritengo che non siano accettabili.

Penso che sicuramente un primo criterio che dovrebbe essere adottato nello scegliere chi deve guidare un'Azienda è quello dell'esperienza maturata nel territorio dove si andrà a lavorare: in sostanza bisognerebbe optare tra persone esperte delle realtà locali, senza ricorrere a professionalità che arrivano da altre Regioni.

Secondo elemento indispensabile è che l'esperienza sia stata conquistata in ambito strettamente sanitario, sia come medico sia, ancora meglio, nell'ambito della gestione di Aziende sanitarie.

Non è pensabile che, ad esempio, un dirigente delle Ferrovie dello Stato possa gestire un'Azienda sanitaria.

Infine, sarebbe auspicabile che i manager siano svincolati dal politico di turno, ma sono consapevole che questa rimarrà un'utopia.

2. Esattamente in controtendenza con il criterio che auspico sia attuato, ossia quello dell'esperienza maturata nella Regione dove si andrà a lavorare, in Abruzzo la maggior parte dei Direttori generali attuali, cinque su sei, se non sbaglio, arrivano da altre Regioni. Questo nulla toglie all'esperienza dei Dg attuali che, anche se scelti da un'unica amministrazione, si trovano a lavorare in maniera non coordinata; così per quanto concerne alcune scelte, come quella del personale, alcuni

si muovono facendo assunzioni oltre i limiti possibili, altri sono esageratamente restrittivi. Tutto questo crea sperequazioni e squilibri perché l'Azienda più attenta si trova a dover pagare anche per le altre. Va detto, più in generale che le strategie di politica sanitaria regionale fin ora adottate non seguono una visione d'insieme, e questo per motivi "campanilistici" o di altra natura tanto da operare delle scelte non consone a quelli che sono i bisogni reali della popolazione. Un esempio per tutti è la destinazione delle tecnologie di ultima generazione come la Ct Pet che prima si era pensato di collocare nei due Poli Universitari, in seguito è stata destinata anche ad una terza Azienda (Pescara) localizzata a pochi Km da una delle due Università escludendo la gran parte del territorio rimanente, e questo solo su motivazioni di natura meramente opportunistica. Va anche riconosciuto che i Dg stanno lavorando in una situazione tutt'altro che semplice: si sono trovati a dover fare i conti con un Piano di rientro dal deficit che li ha costretti a compiere grandi sforzi, primo fra tutti quello di fronteggiare i tagli al personale. E in alcune realtà, Teramo, l'Aquila e Chieti, gli scenari sono ancora più complessi soprattutto per la presenza dei piccoli ospedali che hanno continuato comunque a funzionare.

.....

Domenico Saraceno

segretario regionale Anaa Assomed
Calabria

1. I criteri attuali di selezione potrebbero anche andare bene, ma devono essere rispettati. La verità è che alla guida delle Aziende sanitarie servono Direttori generali che abbiano una comprovata esperienza in campo sanitario. Invece, spesso ci troviamo in presenza di persone che ignorano cosa sia la sanità, pensano che la gestione di un'Azienda sia esclusivamente un fatto economico dimenticando che la mission delle Aziende è quella di curare i cittadini. Se l'unico obiettivo che i manager devono e pensano di perseguire è quello economicistico, allora perché non mettere al timone delle strutture sanitarie dei ragionieri? Così almeno evitiamo di pagare profumatamente persone che non raggiungono gli obiettivi di salute a cui sono destinati.

In realtà la strada che doveva essere percorsa, poiché attualmente non esiste una specializzazione che conferisca competenze di economia sanitaria, è quella della istituzione di Scuole per manager sanitario. Questo passaggio è fondamentale se consideriamo che più i Dg sono deboli nel campo delle competenze gestionali sanitarie e più sono ricercati dalla politica, in senso deterioro, in quanto facilmente manipolabili.

2. In Calabria la situazione è estremamente critica. Numerosi Direttori generali delle Aziende, nominati nel dicembre 2005, erano privi dei requisiti di legge. Non solo, nel corso della loro attività non sono mai stati sottoposti a verifiche da parte dell'organo politico che li ha nominati. O meglio ci troviamo in una situazione per cui è il grado di asservimento alla politica che determina la valutazione: in Calabria infatti ha sempre contato, per la conferma, l'appoggio politico e la capacità ed il grado di soddisfazione delle richieste clientelari.

Per di più, la maggior parte dei manager, incapace di una gestione che garantisca una corretta e costante quotidianità della vita dell'azienda, nascon-

de questa incapacità dietro progettazioni futuristiche, di sicuro impatto mediatico, ma che difficilmente vedranno la luce e costituiranno, purtroppo, uno spreco di denaro pubblico.

Per questo abbiamo chiesto una rapida verifica dei requisiti degli attuali Direttori generali di tutte le strutture sanitarie. È indubbio che se si continuerà ad omettere il rispetto della legge nelle nomine dei manager, ogni sforzo di riportare a legalità il sistema sarà vano in quanto è paradossale che chi dirige in virtù di un incarico illegittimo possa pretendere il rispetto delle leggi.

Laura Stabile

segretario regionale Anaa Assomed
Friuli Venezia Giulia

1 Nella scelta dei Direttori generali, conditio sine qua non, dovrebbe essere quella della massima trasparenza. È quindi auspicabile un sistema che consenta una valutazione puntuale e trasparente dei curriculum. In ogni modo i criteri di selezione dei manager, che affondano le loro radici nel Decreto legislativo 502/92 e nel 517, hanno prodotto un sistema in cui le nomine non possono che essere di carattere politico. Credo sia invece necessario fare una riflessione approfondita sull'intero processo di aziendalizzazione. Ritengo anche che il vero nodo da sciogliere sia quello, all'interno delle Aziende, dell'attribuzione degli incarichi di struttura complessa sulla base all'appartenenza politica. Un sistema questo da correggere perché non valorizza le competenze professionali.

2 In Friuli Venezia Giulia le nomine dei manager sono sempre state effettuate sulla base delle appartenenze politiche, ma devo sottolineare che non abbiamo mai assistito a eventi particolarmente "scandalosi". Così come non ci sono mai state rimozioni clamorose. Sicuramente la presenza di numerose Aziende sanitarie miste ha fatto sì che, indipendentemente dal legame politico, l'Università abbia contribuito, anche trasversalmente, alle scelte dei direttori generali. Ma una delle criticità maggiori è la brevità di alcuni mandati causata dal cambio delle Giunte regionali, per cui può succedere che progetti già avviati non riescano a concludersi. Questo tra l'altro, impedisce anche che si possa procedere una corretta valutazione dell'operato del Direttore generale. E ora più che mai, alla luce del nuovo scenario politico che si è determinato con le ultime elezioni regionali, siamo in attesa di vedere cosa accadrà.

Donato Antonellis

segretario regionale Anaa Assomed
Lazio

1 Credo che vi sia molta demagogia in affermazioni del tipo "Fuori la politica dalle nomine". È compito di una Giunta regionale, infatti, dare gli indirizzi politici sulla gestione della sanità. Questi indirizzi non sono ininfluenti, come dimostrano le diversità tra i sistemi sanitari regionali nel nostro Paese. È quindi naturale che una Giunta scelga i Direttori generali che ritiene essere in grado di mettere in pratica la linea politica regionale.

Questo non significa che il criterio di nomina di un Dg debba basarsi esclusivamente sull'appartenenza politica, questa è una figura che deve necessariamente porsi a cavallo tra le capacità politiche

e le capacità tecniche.

L'ingerenza per una nomina, inoltre, può non essere di natura strettamente politica, ma giungere da qualsiasi altro gruppo di potere: organizzazioni private, movimenti di opinione o religiosi. È da tutte queste ingerenze che gli incarichi devono essere protetti, ma credo che sia invece corretto che la nomina resti a discrezione della Giunta. Anzi, ritengo che gli incarichi dovrebbero essere strettamente legati – salvo verifiche ed eventuali inadempienze – alla durata stessa del mandato di un Esecutivo regionale. Quindi decadere, per lasciare alla nuova Giunta il proprio spazio di nomina. Fermo restando – ripeto – i requisiti tecnici che chiunque venga nominato Direttore generale deve avere.

Diversa è la questione di nomina dei direttori sanitari, di dipartimento, o di struttura semplice o complessa. In questo ambito vi è in effetti troppa discrezionalità da parte del Direttore generale, e spesso le ragioni politiche superano quelle tecniche, che invece sono gli unici requisiti da tenere in considerazione per questo tipo di incarichi.

2 Il Lazio vive una situazione anomala, perché molti Dg in carica sono stati nominati dalla Giunta precedente. In questi casi i rapporti tra i rappresentanti politici e i manager rischiano di incorrere in contrasti, a causa della diversa visione politica. La rimozione dei Dg nominati dall'Esecutivo precedente, inoltre, ha comportato nel Lazio una serie di ricorsi ed iter giudiziari risolti con il riconoscimento del diritto degli ex Direttori generali a riottenere il proprio posto e il pagamento di risarcimenti d'oro. È questo a mio parere un grande spreco di risorse. Nel frattempo un'Azienda si trova guidata da un nuovo Direttore generale, che poi verrà a sua volta rimosso per lasciare l'incarico al suo predecessore. È una situazione inaccettabile, che crea confusione e instabilità nell'organizzazione aziendale.

Comunque, penso che nella nostra Regione vi siano alcuni Dg altamente competenti. Ed è evidente come la Giunta Marrazzo abbia un atteggiamento meno pressante rispetto a quello assunto dalla precedente Giunta Storace. Questo, da un certo punto di vista, ha permesso ai Direttori generali di portare avanti il loro lavoro, al di là dell'appartenenza politica.

Massimo Bocca

segretario regionale Anaa Assomed
Lombardia

1 Il percorso di nomina dei Direttori generali da parte di una Giunta è naturalmente su base fiduciaria. Bisogna tener conto, d'altra parte, che il compito di un Esecutivo regionale è quello di organizzare e gestire la Regione, quindi anche la sanità, secondo dei piani che chiaramente dipendono dalle linee politiche della Giunta in carica. È quindi naturale che gli incarichi siano affidati a chi condivide quegli indirizzi e li metterà in atto. Per questo non credo che il sistema di nomina possa uscire dal meccanismo politico. È chiaro, però, che chi viene nominato Direttore generale deve avere delle competenze tecniche. Condivido l'idea dell'istituzione di un elenco, o di un Albo, che sia garanzia dei requisiti necessari per guidare una realtà come quella aziendale. Queste capacità dovrebbero inoltre essere acquisite anche attraverso corsi formativi specifici. Il sistema deve poi basarsi su un meccanismo di valutazione dei risultati, tenendo conto che per raggiungere determinati obiettivi sono necessari alcuni elementi: tempo, stabilità, un programma regionale e aziendale solido, risorse.

In questo senso, i cambi di Giunta con le conseguenti rimozioni degli incarichi e la nomina di nuovi direttori generali possono rappresentare un problema. Se da un lato è vero che il cambiamento del colore di una Giunta presuppone un cambiamento di strategie e obiettivi politici, è anche vero che i piani sono triennali e non possono essere fatti e disfatti ad ogni nuova elezione. Altrimenti non si raggiungeranno mai gli obiettivi previsti nei piani. In quel caso credo che serva una forte responsabilità politica, che invece di cancellare quanto elaborato dalla Giunta precedente e rimuovere i Direttori generali in carica, metta in atto una seria verifica dei piani e dell'operato di quei direttori, prevedendo la possibilità di continuare il percorso già intrapreso.

2 In Lombardia abbiamo una situazione stabile, anche perché vi è una forte stabilità politica. Nella nostra Regione, inoltre, i Direttori generali hanno l'obbligo di frequentare un corso della durata di un anno per essere iscritti a un elenco. Questo vale anche per altri incarichi direzionali, come i direttori sanitari e i primari. Credo che questo sistema offra un buon livello di garanzia e di trasparenza. Ma al di là del percorso di nomina, noi valutiamo sul campo, cioè i risultati che ogni Direttore generale è stato in grado di raggiungere. Sono i risultati, infatti, che offrono la fotografia più chiara delle capacità manageriali.

Giuseppe D'Auria

segretario regionale Anaa Assomed
Puglia

1 In linea teorica una sorta di "idoneità nazionale" alle funzioni di Direttore generale di Aziende sanitarie potrebbe essere un elemento di garanzia sia per l'organo politico che precede alla nomina, sia per gli utenti che sono da considerarsi in ultima analisi gli "azionisti" del sistema sanitario. La vera questione è lo spoil system. Di fatto, è opportuno che ci sia sintonia politica tra chi nomina e chi esercita la funzione di Direttore generale, anche perché è naturale che il cittadino "azionista" abbia l'opportunità di promuovere o bocciare attraverso il voto non solo la programmazione, ma anche la gestione sanitaria. Peraltro ritengo praticamente impossibile distinguere nettamente le responsabilità politiche da quelle gestionali, nel momento in cui le nomine dei manager sono di diretta promanazione del presidente della Giunta.

Il vero punto debole della influenza politica è che fatalmente approda alle nomine dei dirigenti apicali, facendo diventare perverso un sistema di per se accettabile. Ma questa è un'altra storia.

2 Il cambiamento del fronte politico nelle ultime consultazioni regionali ha naturalmente portato alla quasi totale sostituzione dei Direttori generali con l'ingresso anche di due manager non Pugliesi. L'esperienza è però durata poco, perché dopo circa 18 mesi vi è stata la riduzione del numero delle Aziende (una per provincia) e i Direttori generali non pugliesi non sono stati confermati.

Attualmente la situazione è piuttosto confusa, perché le Aziende accorpate sono gestite da Commissari straordinari in carica da più di un anno, altri Direttori generali sono stati sostituiti perché dimissionari o destituiti e comunque. A tre anni dall'inizio della legislatura ed un vorticoso valzer di Direttori generali, Commissari straordinari ed amministrativi, non si vede sorgere all'orizzonte la necessaria stabilità gestionale.

GIURISPRUDENZA *sentenze e ordinanze*

“Sì” ai primari solo se esclusivi

INTRAMOENIA LEGITTIMA ANCHE SENZA SPAZI

“Sì” ai primari, solo se esclusivi: una Regione può riservare gli incarichi di direzione di struttura negli ospedali ai medici che “giurano fedeltà” al Ssn, anche se la Asl non ha ancora approntato gli spazi per la libera professione intramoenia. L’inadempienza della Asl non comporta una equiparazione tra “intramoenia” ed “extramoenia”: alla luce delle norme in vigore, afferma la Consulta: il “salto nel buio” determinato dalla disciplina che impone al dirigente di “esercitare l’opzione prima di sapere se effettivamente l’azienda predisporrà le strutture necessarie” si “presenta come un’evenienza del tutto marginale tale da determinare una disparità di mero fatto” che, in ogni caso, non configura una violazione dell’articolo 3 della Costituzione.

Questo quanto stabilito dalla Corte Costituzionale con sentenza n. 86, depositata il 4 aprile scorso, con la quale la Consulta ha giudicato infondata la questione di legittimità costituzionale dell’art. 15 quinquies comma 5 del D.lgs. n. 502 del 1992 (“gli incarichi di direzione di struttura semplice o complessa implicano il rapporto di lavoro esclusivo”) e dell’art. 59, comma 1 della Legge Regionale della Toscana n. 40 del 2005 (“gli incarichi di direzione di strutture organizzative sanitarie sono conferiti ai dirigenti sanitari in regime di rapporto esclusivo da mantenere per tutta la durata dell’incarico”), questione sollevata dal Tribunale di Grosseto in riferimento al principio di eguaglianza previsto dall’articolo 3 della Costituzione.

I FATTI

Durante una controversia intervenuta tra un oculista e l’Azienda sanitaria grossetana, il giudice del lavoro aveva dubitato della legittimità costituzionale dei due articoli citati dal momento che essi, secondo il Tribunale di primo grado, avrebbero comportato la perdita della funzione dirigenziale e del relativo ruolo sanitario in caso di scelta del medico di proseguire l’attività extramoenia, senza distinguersi l’ipotesi in cui vi sia stata la possibilità concreta dell’esercizio della libera professione intramoenia da quella in cui tale possibilità concreta non sia stata prevista. Oggetto del giudizio principale, la conferma del provvedimento cautelare con il quale si era consentito al dirigente di evitare l’esercizio dell’opzione tra il rapporto di lavoro esclusivo alle dipendenze dell’ospedale e lo svolgimento, della libera professione extramoenia.

Secondo il Tribunale, la disciplina – stabilendo che l’incarico di direzione di una struttura sanitaria implica il rapporto di lavoro esclusivo – determina una irragionevole parificazione tra il dirigente che possa esercitare una scelta effettiva tra le due opzioni, entrambe praticabili (in quanto sono state concretamente allestite le strutture per la libera professione intramoenia) e il dirigente a cui sia in concreto preclusa l’alternativa della libera professione intramoenia, proprio a causa della mancata predisposizione di tali strutture. Inoltre, continua il Tribunale, la disciplina, indurrebbe il dirigente ad un cosiddetto “salto nel buio”, imponendogli di esercitare l’opzione prima di sapere se effettivamente l’Azienda predisporrà le strutture necessarie all’esercizio della libera professione, laddove, l’eventuale esercizio di una attività intramoenia allargata, non solo costringe il medico ad esosi investimenti strutturali, ma è in ogni caso limitata alle attività professionali in regime ambulatoriale.

Sono intervenuti in giudizio il Presidente del Consiglio dei Ministri, rappresentato e difeso dall’Avvocatura generale dello Stato, e la Regione Toscana chie-

dendo la declaratoria di inammissibilità della questione e quindi il rigetto della stessa.

In particolare l’Avvocatura dello Stato reputava che il dubbio di costituzionalità sollevato dal Tribunale sarebbe stato superato proprio alla luce della pronuncia n. 181 del 2006 della Corte Costituzionale. Tale pronuncia aveva definito un giudizio di legittimità costituzionale avente ad oggetto, tra le altre norme, sia l’art. 2septies, comma 1, della legge 26 maggio 2004 n. 138 (Interventi urgenti per fronteggiare situazioni di pericolo per la salute pubblica - disposizione, questa, che sostituendo il comma 4 dell’art. 15 quarter del D.lgs. n. 502 del 1992, ha cancellato il principio della irreversibilità che caratterizzava il rapporto esclusivo dei dirigenti sanitari), sia l’art. 59, comma 1, della legge regionale della Toscana n. 40 del 2005 (proprio una delle due norme censurate dal Tribunale del Lavoro), il quale, come già detto, prevede che gli incarichi di direzione delle strutture organizzative sanitarie siano conferiti ai dirigenti sanitari in regime di rapporto di lavoro esclusivo da mantenere per tutta la durata dell’incarico.

CONSIDERAZIONI IN DIRITTO

La Consulta dichiara non fondata la questione di legittimità costituzionale sollevata dal Tribunale di Grosseto. Ripercorrendo i passaggi più significativi dell’evoluzione della disciplina del rapporto di lavoro dei dirigenti del Ssn, si evidenzia, afferma la Corte, “un tendenziale disfavore nei confronti dello svolgimento dell’attività libero-professionale”.

Già nella legge 132 del 1968 (Enti ospedalieri e assistenza ospedaliera) venne stabilito il principio dell’incompatibilità tra rapporto di servizio “a tempo definito” del medico ospedaliero e l’esercizio di attività professionale in case di cura private. Tale scelta legislativa venne, poi, confermata dal Dpr. n. 130 del 1969 (Stato giuridico dei dipendenti degli enti ospedalieri), che, dando attuazione al principio di incompatibilità, definì compiutamente due diverse tipologie di rapporti di lavoro: un rapporto a “tempo pieno” (instaurato a domanda e comportante l’attribuzione di un premio di servizio, che bilanciava la rinuncia alla attività libero-professionale extra-ospedaliera e la totale disponibilità per i compiti d’istituto dell’ente ospedaliero), un rapporto a “tempo definito”, contraddistinto dalla “facoltà del libero esercizio professionale, anche fuori dell’ospedale”, purché non in contrasto con le incompatibilità previste dalla legge. Tale impianto, venne poi confermato dal Dpr n. 761 del 1979 (Stato giuridico del personale delle unità sanitarie locali).

Infatti, da un lato, venne ribadito il diritto dei medici a “tempo pieno” ad esercitare attività libero-professionale esclusivamente nell’ambito dei servizi, presidi e strutture dell’unità sanitaria locale, limitandola, al di fuori di tale ambito, soltanto a consulti e consulenze non continuativi, autorizzati sulla base di norme regionali; dall’altro, si stabilì, per i sanitari a “tempo definito”, la facoltà di svolgere – purché non in contrasto con gli interessi ed i fini istituzionali della struttura sanitaria – l’attività libero-professionale extra-ospedaliera, anche “in regime convenzionale”, in conformità con le direttive degli accordi nazionali. Segnò una cesura rispetto a questa evoluzione la legge 412 del 1991 (Disposizioni in materia di finanza pubblica) con la quale si “liberalizzò”, per tutto il personale sanitario, l’esercizio della attività professionale in regime esclusivamente privatistico conformandosi alle logiche della aziendalizzazione del Servizio sanitario e della “privatizzazione” del rapporto di lavoro del personale dipendente.

Tale situazione determinò una forte concorrenza tra strutture sanitarie pubbliche e strutture sanitarie private, comportando, a detta anche delle passate pronunce della Corte, una contraddittoria facoltà riconosciuta al sanitario dipendente pubblico di esercitare l’attività professionale anche all’esterno della struttura di appartenenza, contraddittorietà tanto più evidente per il dirigente medico, essendo stato quest’ultimo eletto a “pilastro” della “nuova sanità”. Di qui si profilò una situazione di conflitto di interessi nell’ipotesi in cui il medico svolgesse libera attività professionale extramuraria.

È, dunque, in tale contesto che il legislatore “ha adottato misure per incentivare l’attività professionale intramuraria, in coerenza con una evoluzione legislativa diretta a conferire maggiore efficienza, all’organizzazione della sanità pubblica così da renderla concorrenziale con quella privata”. Di qui la necessità di porre dei limiti all’attività extramuraria stabiliti con il D.lgs.229 del 1999, che inserì l’obbligo della opzione tra intramoenia ed extramoenia, il divieto della direzione della struttura semplice e complessa per chi non avesse scelto il rapporto di lavoro esclusivo, e il dovere per il direttore generale di individuare strutture aziendali idonee all’esercizio dell’attività intramoenia, vero e proprio diritto in capo a chi avesse optato per il rapporto di lavoro esclusivo. Per dare concreta attuazione a tale principio si è fatto carico ai direttori generali delle unità sanitarie locali e delle aziende ospedaliere di adottare, sentite le organizzazioni sindacali, un atto regolamentare per definire le modalità organizzative dell’attività libero-professionale. Si è poi temperato il principio dell’intramoenia “pura” con l’introduzione dell’esercizio della cd. intramoenia allargata, consentendo, in caso di carenza di strutture e spazi idonei alle necessità connesse allo svolgimento delle attività libero-professionali in regime ambulatoriale, l’utilizzazione del proprio studio professionale, regime prorogato fino ad ora.

Da ultimo, se da una parte l’art. 2 septies della legge 138 del 2004, ha stabilito la possibilità per i dirigenti sanitari di optare, su richiesta da presentarsi entro il 30 novembre di ciascun anno, per il rapporto di lavoro non esclusivo con effetto dal 1 gennaio dell’anno successivo, l’intervenuta legge 120 del 2007 ha imposto alle Asl, al fine di garantire il diritto all’esercizio dell’attività libero professionale intramuraria, di allestire spazi idonei negli ospedali entro gennaio 2009 (e finora solo nove Regioni, tra cui la Toscana, sono in regola con i piani previsti), con l’eventuale acquisizione di spazi ambulatoriali esterni, compatibilmente con le risorse disponibili e laddove venga dimostrata la necessità. Il legislatore, ha tuttavia previsto che entro tale termine, e negli ambiti in cui non sia stata ancora data attuazione alle necessarie iniziative, continuino ad “applicarsi i provvedimenti già adottati per assicurare l’esercizio dell’attività libero professionale”. Alla luce di questo lungo excursus legislativo, afferma la Corte, risulta evidente il carattere del tutto residuale della scelta del dirigente a favore del rapporto esclusivo.

Come già affermato in pronunce precedenti (il riferimento è alla citata sentenza n. 181 del 2006), le regioni sono libere di disciplinare le modalità relative al conferimento degli incarichi di direzione delle strutture sanitarie, ora privilegiando in senso assoluto il regime del rapporto esclusivo (fattispecie attuata dal legislatore toscano), ora, invece, facendo della scelta in suo favore, un criterio preferenziale per il conferimento degli incarichi di direzione. Dunque, non appare irragionevole la previsione di limiti all’esercizio dell’attività libero professionale da parte dei medici del

Ssn, non solo in ragione del ruolo attribuito a quest'ultimi, ma anche perché "la denunciata e comunque indiretta limitazione all'esercizio della libera professione risulta frutto di una precisa scelta del medico". Il salto nel buio" lamentato dal tribunale di Grosseto si presenta sostanzialmente come un'evenienza del tutto marginale, o meglio come una disparità di mero fatto, disparità che dunque non è una conseguenza diretta ed immediata delle previsioni legislative, ma deriva esclusivamente da differenti condizioni "fattuali" in cui possono versare le strutture sanitarie

pubbliche. Ed è ovvio che una disparità di mero fatto, o meglio una differenza di trattamento che deriva da circostanze contingenti ed accidentali, riferibili all'aspetto applicativo e non precettivo della norma, non dà luogo ad un problema di costituzionalità. L'eventuale inadempimento (o il ritardo nell'adempimento) da parte degli organi delle strutture sanitarie pubbliche competenti, potrebbe dare luogo a gravi forme di responsabilità dei medesimi organi. Del resto, conclude la Corte, l'eventuale accoglimento della tesi secondo cui, per ovviare ai citati inconve-

nienti di fatto occorrerebbe la declatoria di incostituzionalità delle norme denunciate, sarebbe idoneo solo a dare vita ad un regime in cui l'opzione per il rapporto esclusivo non costituisca più un prius, bensì un posterius, rispetto alla predisposizione delle strutture occorrenti per lo svolgimento dell'attività libero-professionale intramuraria, e contravverrebbe esclusivamente ad un principio di programmazione delle scelte organizzative cui si ispira il D.lgs. 229.

Paola Carnevale

TUTELA LAVORO

Licenziamento del medico e garanzie procedurali: è vincolante il parere del comitato dei garanti

PREMESSA: LA CONTRATTUALIZZAZIONE DEL RAPPORTO

Il rapporto di lavoro dei dirigenti medici, a seguito della cosiddetta privatizzazione del pubblico impiego (D.lgs. n. 29/1993 e successive modifiche, ora D.lgs. n. 165/2001) non è più assoggettato al vecchio regime giuridico del lavoro pubblico, ma è disciplinato, entro certi limiti, dalle disposizioni del codice civile e dalle leggi sul lavoro subordinato applicabili per l'impresa privata, nonché dalle regole stabilite dai contratti collettivi di categoria.

In questo quadro di particolare rilievo è la novità, derivante dalla più ampia contrattualizzazione del rapporto, rappresentata dalla distinzione tra la collocazione nel ruolo della dirigenza e la concreta attribuzioni di incarichi dirigenziali.

I passaggi fondamentali della suddetta separazione sono i seguenti:

con il pubblico concorso si costituisce il rapporto di lavoro dirigenziale, che integra a sua volta il pre-requisito indispensabile per la successiva attribuzione degli incarichi a tempo determinato;

nell'ambito dell'incarico a tempo vengono definiti, per il tramite di un atto di autonomia privata, obiettivi ed oggetto della prestazione;

la prestazione da eseguire deve essere finalizzata al raggiungimento di un risultato il quale viene valutato dall'organo competente allo scadere dell'incarico dirigenziale;

tale valutazione (positiva o negativa) può comportare la conferma, la revoca, ovvero l'assegnazione di un nuovo e diverso incarico;

la mancata conferma o revoca dell'incarico dirigenziale non fa venir meno il vincolo contrattuale di lavoro tra Azienda e dirigente medico, salvo i casi di gravi responsabilità che giustificano, come si dirà, un recesso per giusta causa.

Nel solco di tale dicotomia tra essere e fare il dirigente, va inquadrato anche l'istituto del licenziamento del medico, il quale, al pari degli altri lavoratori pubblici con qualifica dirigenziale, è ammissibile nei casi regolamentati dalla contrattazione collettiva e dalla legge e nel rispetto delle garanzie procedurali e sostanziali ivi previste.

LE IPOTESI DI LICENZIAMENTO STABILITE DAL CONTRATTO COLLETTIVO

La disciplina collettiva in materia di licenziamento per l'area della dirigenza medica e veterinaria del S-

sn è contenuta principalmente nel Ccnl del 5 dicembre 1996 (art. 36), cui si aggiungono le disposizioni relative agli effetti della valutazione negativa dei risultati dirigenziali (artt. 29 e 30, comma 5 del Ccnl 2002-2005), nonché quelle riferite alle funzioni del c.d. Comitato dei Garanti (art. 23 del Ccnl 1998-2001 e art. 20 del Ccnl 2002-2005).

Nello specifico, il recesso da parte dell'Azienda può avvenire in tre distinte ipotesi:

□ licenziamento con preavviso (ai sensi dell'art. 2118 cod. civ.) (art. 36, comma 1);

□ licenziamento per giusta causa o per responsabilità disciplinare (in base all'art. 2.119 cod. civ.), intendendosi tale quella causa "consistente in fatti e comportamenti, anche estranei alla prestazione lavorativa, di gravità tale da non consentire la prosecuzione, sia pure provvisoria, del rapporto di lavoro" (quindi senza obbligo di preavviso, c.d. "licenziamento in tronco") (art. 36, comma 2);

□ licenziamento per responsabilità dirigenziale, dovuta a reiterati risultati negativi, accertati con le procedure di valutazione previste dal contratto collettivo (art. 30, comma 5 del Ccnl 2002-2005).

Con riferimento a quest'ultima ipotesi, è opportuno ribadire, così come di recente chiarito dalla giurisprudenza della Cassazione (sentenza n. 2.233/2007), che il dirigente pubblico, il quale non raggiunge gli obiettivi previsti nel suo incarico, diversamente dal dirigente privato, non incorre necessariamente nel licenziamento, ma in base alla gravità del caso, si può imbattere in tre diversi sbocchi graduati, tutti causali: l'impossibilità di rinnovo dell'incarico, la revoca dello stesso o il recesso dal rapporto di lavoro.

In linea con il suddetto orientamento giurisprudenziale, l'art. 30, comma 5 del Ccnl 2005 stabilisce che solo la responsabilità dirigenziale per reiterati risultati negativi accertata con le procedure contrattuali di valutazione e fondata su elementi di particolare gravità, può costituire giusta causa di recesso da parte dell'Azienda.

LA PROCEDURA DI IRROGAZIONE DEL LICENZIAMENTO

In tutte le ipotesi di recesso aziendale intimato ai sensi degli artt. 2.118 e 2.119 c.c. (ovvero per responsabilità disciplinare configurabile o meno una giusta causa di licenziamento), l'Azienda deve rispettare una particolare procedura di garanzia dettata dall'art. 36 del Ccnl 1996.

Tale disposizione, escludendo in ogni caso il ricor-

so a sanzioni disciplinari meramente conservative nei confronti del dirigente (comma 5), stabilisce che l'Azienda o Ente, prima di recedere dal rapporto di lavoro, ha l'obbligo di contestare per iscritto l'eventuale addebito all'interessato, convocandolo, non prima che siano trascorsi cinque giorni dal ricevimento della contestazione, per sentirlo a sua difesa. Il dirigente può farsi assistere da un rappresentante dell'associazione sindacale cui aderisce o conferisce mandato o da un procuratore di sua fiducia. Se l'Azienda o ente lo ritenga necessario, in concomitanza con la contestazione, può disporre la sospensione dal lavoro del dirigente per un periodo non superiore a trenta giorni mantenendo la corresponsione del trattamento economico complessivo in godimento e la conservazione dell'anzianità di servizio (art. 36, comma 3).

La suddetta procedura, viene tenuta distinta dallo stesso contratto, rispetto a quella relativa alla responsabilità dirigenziale per reiterati risultati negativi, accertati annualmente da parte del Nucleo di Valutazione (art. 26, Ccnl 2002-2005), ugualmente legittimante, come detto, se fondata su elementi di particolare gravità, un recesso per giusta causa (ai sensi dell'art. 30, comma 5 del Ccnl 2002-2005).

In tale ipotesi, infatti, la formulazione dell'eventuale giudizio negativo da parte dell'organo di valutazione competente, deve essere preceduta da un contraddittorio nel quale devono essere acquisite le controdeduzioni del dirigente medico, il quale può farsi assistere da persona di fiducia (v. art. 29, comma 1, del Ccnl 2002-2005).

IL COMITATO DEI GARANTI

La contrattazione collettiva della dirigenza medica, in coerenza con quanto previsto dalla normativa generale sul pubblico impiego (art. 22 del D.lgs. 165 del 2001), ha previsto un ulteriore elemento di garanzia nell'ambito delle procedure di licenziamento sopra descritte: l'intervento del Comitato dei Garanti (art. 23 del Ccnl 28 giugno 2000).

Tale organo terzo ed imparziale, istituito a livello regionale, è composto di tre membri: il presidente è nominato dalla Regione tra magistrati o esperti con specifica qualificazione ed esperienza professionale nei settori dell'organizzazione, del controllo di gestione e del lavoro pubblico in Sanità; gli altri due componenti sono designati, rispettivamente, uno dalla Regione, sentito l'organismo di coordinamen-

segue a pagina 8

PREVIDENZA

La ricongiunzione possibile per i dipendenti

La ricongiunzione è l'unificazione dei periodi di assicurazione maturati dal lavoratore in diversi settori di attività. Lo scopo è quello di ottenere un'unica pensione calcolata su tutti i contributi versati. La ricongiunzione può essere chiesta dai lavoratori dipendenti pubblici e privati (ma anche dai lavoratori autonomi) che hanno contributi in diversi settori di attività o dai loro superstiti.

La domanda deve essere presentata presso il Fondo di previdenza dei lavoratori dipendenti gestito dall'Inps per i periodi assicurativi versati in altre forme obbligatorie di previdenza (Inpdap, Fondi Speciali ecc.), per i periodi assicurativi come lavoratore autonomo (coloni, mezzadri, coltivatori diretti, artigiani e commercianti) purché l'interessato abbia almeno 5 anni di contributi versati come dipendente immediatamente prima della domanda e per i periodi assicurativi presso le Casse dei liberi professionisti (avvocati, medici, ingegneri ecc.). La domanda sarà rivolta ad altro Istituto previdenziale (es. Inpdap per i dipendenti dalle aziende sanitarie) o Cassa (es. Enpam per i medici) alternativa all'Inps, per contributi versati presso l'Inps.

La ricongiunzione presso l'Inps è gratuita nel caso di ricongiunzione da lavoro dipendente.

È a carico dell'interessato nel caso di ricongiunzione da lavoro autonomo.

La ricongiunzione presso un'altra Cassa o Istituto pensionistico è a carico dell'interessato.

Il costo sarà tanto maggiore quanto più l'interessato è vicino alla pensione.

Il pagamento è effettuato con un unico versamento o a rate, su domanda dell'interessato.

Dal gennaio 1996 i lavoratori che sono iscritti a due o più forme di assicurazione obbligatoria e che non hanno maturato in nessuna delle due il diritto a pensione calcolata con il sistema contributivo, possono cumulare gratuitamente i vari periodi al fine di perfezionare i requisiti richiesti per conseguire la pensione contributiva (57 anni di età) di vecchiaia e di inabilità. Questo a condizione che con il cumulo dei periodi si raggiungano comunque i requisiti contributivi minimi chiesti per la pensione da ogni singola gestione interessata. E' data la facoltà al lavoratore che non chiede il cumulo (che è gratuito) di chiedere la ricongiunzione. Il cumulo è previsto anche per i superstiti degli assicurati deceduti prima del compimento dell'età pensionabile.

In particolare i lavoratori hanno diritto alla liquidazione della pensione in base ai contributi versati nelle varie gestioni previdenziali, calcolate ognuna con la normativa vigente per ciascuna gestione.

Il cumulo, in questo caso, è a titolo gratuito. La ricongiunzione può essere chiesta, in linea di massima, una sola volta. Può essere chiesta una seconda volta se il lavoratore può far valere, successivamente alla prima ricongiunzione, 10 anni di contributi di cui almeno 5 di lavoro effettivo, altrimenti al

momento del pensionamento e solo presso la gestione nella quale era stata effettuata la precedente ricongiunzione. La legge numero 45 del 1990 ha introdotto la possibilità di ricongiungere le posizioni assicurative esistenti all'Inps, o in forme di previdenza sostitutive, come l'Inpdap, con quelle costituite presso le varie Casse di previdenza dei liberi professionisti.

La ricongiunzione è pagata dall'interessato. La sentenza numero 61 del 1999 della Corte Costituzionale ha però stabilito che i liberi professionisti hanno la possibilità di totalizzare gratuitamente i periodi assicurativi esistenti presso più gestioni nel caso in cui non raggiungano il diritto alla pensione in alcuna di esse. Ogni gestione, secondo il principio del "pro-rata", paga la pensione sulla base dei contributi versati presso di essa.

Nel caso in cui l'assicurato muoia durante il pagamento della ricongiunzione, bisogna distinguere i seguenti casi: a) se gli eredi hanno diritto alla pensione ai superstiti e l'onere di ricongiunzione è determinante ai fini del calcolo della pensione, l'Inps effettua il recupero del residuo debito; b) se gli eredi non hanno diritto alla pensione ai superstiti, oppure i contributi per la ricongiunzione non sono determinanti per il calcolo della pensione, l'Inps non effettua il recupero del residuo.

Claudio Testuzza

segue da pagina 7

to dei direttori generali delle aziende, e, l'altro, congiuntamente dalle organizzazioni sindacali firmatarie del contratto collettivo (commi 2 e 3, art. 23).

Al Comitato dei Garanti spetta il compito di esprimere un parere preventivo e vincolante in riferimento a tutte le proposte di recesso avanzate dall'Azienda (sia nei casi di cui al citato art. 36 del Ccnl 1996 che nelle ipotesi di accertamento della responsabilità dirigenziale ex art. 30, comma 5 del Ccnl 2005) (cfr. al riguardo Tribunale di Firenze, 20 luglio 2007).

Nello specifico, l'art. 23 del Ccnl 2000 (così come modificato dall'art. 20 del Ccnl 2002-2005) stabilisce che "il recesso (dell'Azienda) è adottato previo conforme parere del Comitato che deve essere espresso "improrogabilmente ed obbligatoriamente entro sessanta giorni" dalla richiesta.

In altri termini, l'Azienda una volta esaurite le descritte procedure di contestazione nei confronti del medico ed al termine delle stesse è tenuta altresì, prima di irrogare il licenziamento, a richiedere un parere di conformità al Comitato dei Garanti.

Il medico, entro il termine dei 60 giorni previsti per l'emanazione del parere, può richiedere una audizione presso il Comitato, del cui esito in ogni caso deve essere obbligatoriamente informato (art. 20, comma 2, Ccnl 2002-2005).

Decorsi sessanta giorni senza pronuncia del parere, l'Azienda può procedere al recesso (art. 23, comma 5).

NATURA VINCOLANTE E INSINDACABILE DEL PARERE DEL COMITATO DEI GARANTI

Chiarito l'ambito d'intervento di tale organo, resta da analizzare il carattere vincolante del parere, nonché i limiti della sua sindacabilità.

Circa il primo aspetto, dopo un periodo di incertezza interpretativa, la stessa contrattazione collettiva, mediante un accordo di interpretazione autentica dell'art. 23 Ccnl 8 giugno 2000 (Ccnl 24 ottobre 2001), ha sancito in maniera perentoria il carattere vincolante del parere espresso dal Comitato, che costituisce "l'unica e ultima procedura prima della formalizzazione del recesso" (cfr. accordo di interpretazione 24 ottobre 2001).

Ne deriva, pertanto, l'illegittimità (o meglio la nullità) del licenziamento eventualmente irrogato in difformità al parere espresso dal Comitato (cfr. Trib. Firenze 15 gennaio 2004 e 20 luglio 2007).

Il requisito di vincolatività del parere, tuttavia, per se gran parte della sua portata garantistica laddove si ammette la possibilità di poter prescindere dallo stesso qualora non sia stato pronunciato entro sessanta giorni dalla richiesta (cfr. art. 23, comma 5, Ccnl 2000 e art. 22 del D.lgs. n. 165/2001). Tale scelta costituisce una chiara soluzione compromissoria fra esigenze di controllo ed esigenze di garanzia, che si gioca tutta sulla effettiva capacità del Comitato di

acquisire un'autonomia «politico-decisionale» rispetto alla fonte della sua nomina e della sua legittimazione, nonché una capacità «tecnico-professionale» di rapportarsi con la valutazione.

Con riferimento da ultimo alla sindacabilità del parere del Comitato, mentre non ci sono dubbi circa la possibilità per il medico di impugnare la pronuncia positiva (ossia di conferma del licenziamento) del Comitato dinanzi al giudice ordinario per qualsiasi vizio (formale o sostanziale), viceversa, l'eventuale pronuncia negativa (illegittimità del recesso) sembra impugnabile dall'Azienda solo con riferimento a vizi di legittimità formale (es. legittimità della composizione dell'organo di garanzia, ed in particolare il numero di membri prescritto, il quorum, oppure eventuali incompatibilità di uno o più componenti) e non anche per profili di merito. Ciò in ragione del fatto che tale parere avendo rilevanza "endo-procedimentale", ossia ponendosi come fase necessaria per il processo interno di formazione della volontà di recesso del datore di lavoro, non può essere sindacato nel merito da parte dell'Azienda stessa, potendo quest'ultima a muovere esclusivamente dei rilievi di tipo formale e/o procedurale.

Avv. Vincenzo Bottino
Servizio Tutela Lavoro
Cref

DIRIGENZA MEDICA

Il mensile dell'Anaa Assomed

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

direttore
Carlo Lusenti
direttore responsabile
Silvia Procaccini
comitato di redazione:

Giorgio Cavallero, Domenico Iscaro, Mario Lavecchia,
Gianluigi Scaffidi, Costantino Troise
coordinamento editoriale
Eva Antoniotti

hanno collaborato:

Vincenzo Bottino, Paola Carnevale, Lucia Conti,
Lorena Gudici, Ester Maragò, Mariano Rampini,
Claudio Testuzza

Progetto grafico e impaginazione:

Daniele Lucia

ANES
ASSOCIATO NAZIONALE EDITORIALE



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 dicembre 2007