

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

LA FINANZIARIA 2008 CANCELLA IL DIRITTO AL RIPOSO GIORNALIERO

TURNI DI RIPOSO: RIPRISTINARE LA LEGALITÀ

È a rischio il riposo giornaliero degli operatori della sanità. Ad insidiare il legittimo diritto ai turni di riposo regolari è un comma nascosto nelle pieghe della Finanziaria 2008 che ha depennato l'articolo 2 del decreto legislativo del 2003 laddove sanciva la piena titolarità dei lavoratori alle 11 ore di riposo consecutive nell'arco della giornata. Una disposizione valida nel resto del mondo sanitario europeo e la cui cancellazione non solo lede il diritto all'integrità psicofisica dei professionisti del Ssn, ma mette in pericolo la sicurezza e la qualità delle cure erogate ai cittadini. Naturalmente, la reazione dell'Anaao Assomed è stata immediata: il segretario nazionale Carlo Lusenti, in una lettera inviata al presidente del Consiglio Romano Prodi, al Governo e alle Istituzioni, che pubblichiamo nella pagina seguente, ha chiesto il dietro front con

un provvedimento d'urgenza. Non solo, l'allarme lanciato dall'Anaao Assomed ha aperto le porte alle proteste dell'intero mondo sindacale medico ed infermieristico. Un'alzata di scudi che non è passata inosservata. Tant'è che, da parte delle Istituzioni è arrivata una risposta positiva: grazie all'approvazione di un emendamento al decreto milleproroghe discusso alla Camera il 22 gennaio, l'applicazione del contestato comma della manovra di bilancio è stata posticipata al 1° gennaio 2009. Una boccata d'ossigeno che consentirebbe di concordare al tavolo delle trattative per il prossimo contratto una norma che rispetti questo diritto, così come garantito in Europa.

a pagina 2

FONDO PENSIONE COMPLEMENTARE "PERSEO"

Firmata l'ipotesi di accordo sulla PREVIDENZA INTEGRATIVA

È stata siglata, il 18 gennaio all'Aran, l'ipotesi di accordo per l'adesione della dirigenza medica del Ssn al Fondo di pensione complementare "Perseo" al quale confluiscono dirigenti e comparto delle Regioni, degli Enti locali e tutto il personale dirigente e non dirigente del Ssn.

L'adesione al fondo è libera e volontaria. Potranno utilizzare questo strumento non solo i medici con rapporto di lavoro a tempo indeterminato, determinato e in part-time, ma anche i camici bianchi con contratto flessibile di durata pari o superiore a tre mesi. Sono stati molti i fattori che hanno portato a superare l'ipotesi di costituire un fondo di previdenza ad hoc per i medici.

Tra i tanti: costi di avvio di gestione di un fondo autonomo particolarmente elevati; tempi di realizzazione eccessivamente lunghi che avrebbero comportato un danno economico per la categoria (ogni anno che passa viene meno un finanziamento stimato in circa 25 milioni di euro di contributi del datore di lavoro e viene differita l'anzianità contributiva degli aderenti, estremamente importante nella previdenza complementare); l'urgenza di dare vita ad un fondo di previdenza complementare necessario per una categoria professionale che arriva alla stabilizzazione del rapporto di lavoro in età avanzata. Soprattutto, si è preferito privilegiare la disponibilità di uno strumento indispensabile per i giovani professionisti, piuttosto che moltiplicare i costi di gestione in un fondo autonomo a rischio di insuccesso. È stato quindi reso un servizio alla categoria, collocandola in un Fondo che, per le dimensioni della potenziale platea di aderenti (oltre un milione di dipendenti che nei prossimi anni dovranno aderire alla competenza complementare), è al riparo da problemi di finanziamento e sussistenza, e potrà operare investimenti con efficienza e costi ridotti. Naturalmente ogni aderente al Fondo avrà la possibilità di trasferire i risparmi in qualunque fondo pubblico o privato presente sul mercato.

Per aderire a questa nuova opportunità bisognerà ora attendere la sigla definitiva dell'accordo e il via libera della Commissione di vigilanza sui fondi pensioni (Covip).

a pagina 2

PRIMO PIANO

Le principali misure per la sanità e il personale contenute nella Finanziaria 2008 e il commento dell'Anaao Assomed

ALLE PAGINE 3-4

L'INTERVISTA

Il parere del presidente della Federazione italiana aziende sanitarie e ospedaliere, Francesco Ripa di Meana sui criteri di selezione dei Direttori generali

A PAGINA 5

PREVIDENZA

La nota dell'Inpdap sulle nuove disposizioni in materia pensionistica

ALLE PAG. 6-7

ULTIM'ORA

Venti mesi dopo il suo insediamento, il Governo guidato da Romano Prodi è caduto il 24 gennaio al Senato dopo che la richiesta di fiducia è stata respinta con 161 no, 151 sì e un astenuto.

Al momento di andare in stampa sono in corso le consultazioni con il Capo dello Stato per verificare la praticabilità di un Governo di transizione in vista di una riforma elettorale. In caso di esito negativo, si prospetta lo scioglimento delle Camere per andare al voto in primavera.

LA LETTERA DEL SEGRETARIO NAZIONALE CARLO LUSENTI INVIATA AL GOVERNO E ALLE ISTITUZIONI

Finanziaria 2008: no alla norma che nega ai medici i turni di riposo

Una norma inserita nella Finanziaria 2008 nega a medici e infermieri del Ssn il diritto ai turni di riposo regolari. L'Anaa Assomed ha chiesto al Capo del Governo e ai ministri della Salute, Funzione Pubblica e Lavoro, un'esplicita ed inequivocabile presa di posizione per ripristinare una condizione di legalità nelle aziende sanitarie, e ai Gruppi Parlamentari, di maggioranza e di opposizione, la cancellazione di un provvedimento che lede il diritto all'integrità psicofisica dei professionisti del Ssn mettendo anche in pericolo la sicurezza e la qualità delle cure erogate ai cittadini

È inaccettabile la previsione del comma 85, articolo 3 della legge Finanziaria 2008 che nega ai medici italiani turni di riposo regolari. Per questo il segretario nazionale dell'Anaa Assomed Carlo Lusenti, subito dopo il varo della manovra economica, in una lettera inviata al presidente del Consiglio Romano Prodi, al Governo e alle Istituzioni ne ha chiesto la cancellazione con un apposito provvedimento d'urgenza.

La norma sotto accusa dichiara non esigibile la disposizione valida nel resto del mondo sanitario europeo che garantisce al personale del ruolo sanitario del Ssn, durante la giornata, un periodo di riposo continuativo minimo di 11 ore (articolo 7 del D.Lgs 66/2003). Con conseguenze pesantissime. Le direttive europee prevedono, infatti, che "i lavoratori dispongano di periodi di riposo regolari, la cui durata è espressa in unità di tempo, e sufficientemente lunghi e continui per evitare che essi, a causa della stanchezza, della fatica o di altri fattori che perturbano l'organizzazione del lavoro, causino lesioni a sé stessi, ad altri lavoratori o a terzi o danneggino la loro salute, a breve o a lungo ter-

mine" (Direttiva 88/2003/C.E.). Quindi, abrogando questo diritto di fatto si rendono programmabili negli ospedali italiani, in assenza di adeguati limiti contrattuali al lavoro massimo giornaliero, turni di lavoro della durata persino di 24 ore continuative. E questo nonostante numerosi studi scientifici evidenzino con forza la correlazione tra prolungamento del tempo di lavoro in sanità e il rischio di errore.

Scrivendo quindi Lusenti: "È farisaico scandalizzarsi per i casi di cosiddetta malasanià, legati in prevalenza al mancato rispetto di standard organizzativi e di sicurezza da parte delle aziende sanitarie, se poi con provvedimenti legislativi si accresce il rischio clinico e l'insicurezza negli ospedali. È inutile prevedere unità di risk management nei luoghi di lavoro se poi un chirurgo è costretto ad entrare in sala operatoria magari dopo 20 ore di servizio continuativo".

Il segretario nazionale solleva pertanto un quesito: "Quanti dei nostri parlamentari si farebbero operare in queste condizioni?". "Ci chiediamo - prosegue Lusenti - che valore abbia la firma apposta dal Gover-

no italiano sul Trattato di Lisbona, sulla Carta dei Diritti Fondamentali dell'Unione Europea e sulla recente dichiarazione congiunta 'La salute in tutte le politiche' che richiamano in più punti il diritto alla protezione della salute umana attraverso la fissazione di norme elevate di qualità e sicurezza e il diritto di ogni lavoratore ad avere una limitazione della durata massima del lavoro e a periodi di riposo giornalieri e settimanali (Carta dei Diritti Fondamentali dell'Ue, art. 31, comma 2)".

Alla luce di ciò l'Anaa Assomed, nel ribadire che i modi dell'applicazione del D.lgs n. 66/2003 andranno definiti all'interno del rinnovo del contratto nazionale di lavoro, ha espresso la più ferma protesta "contro una norma che lede il diritto dei lavoratori della sanità alla tutela della propria integrità psico-fisica e quello dei cittadini a ricevere prestazioni sanitarie con il più elevato standard di sicurezza", e ne ha chiesto la cancellazione con provvedimento d'urgenza. Non solo, ha dato mandato ai propri studi legali di ricorrere nelle sedi opportune, fino alla Corte di Giustizia Europea.

FIRMATA L'IPOTESI DI ACCORDO SULLA PREVIDENZA INTEGRATIVA

Ai nastri di partenza il Fondo "Perseo"

Novità in arrivo per i camici bianchi: è stata siglata, il 18 gennaio all'Aran, l'ipotesi di accordo per l'adesione al Fondo di pensione complementare "Perseo" al quale confluiscono dirigenti e comparto delle Regioni, degli Enti locali e tutto il personale dirigente e non dirigente del Ssn. I medici potranno avvalersi di questa opportunità dopo la sigla definitiva dell'accordo e il via libera della Commissione di vigilanza sui fondi pensioni (Covip) che consentirà di usufruire del contributo del datore di lavoro che ammonta a circa 25 milioni di euro annui. Con la sigla dell'accordo si applica la previsione contrattuale sottoscritta con il Ccnl del 3 novembre 2005 e il cui iter è stato prolungato in attesa del via libera delle Regioni (avvenuto nel dicembre 2006) e dell'atto di indirizzo (siglato dal CdM nel dicembre 2007).

La tentazione di costruire un fondo di previdenza autonomo dei medici è stata superata in considerazione di alcuni fattori decisivi:

- i costi di gestione molto elevati (necessità di un Consiglio d'Amministrazione, di un consiglio di indirizzo, di una banca depositaria, di un service, di un gestore, di una società di revisione, di un collegio di revisori dei conti) a fronte di assenza di iscritti, in fase iniziale, hanno reso impraticabili il varo di fondi che non hanno una grande platea di

aderenti;

- i tempi di realizzazione di un fondo autonomo con un lungo iter burocratico determinano un danno economico per la categoria. Si ricorda che ogni anno che passa viene meno un finanziamento stimato in circa 25 milioni di euro di contributi del datore di lavoro e che viene differita l'anzianità contributiva degli aderenti, estremamente importante nella previdenza complementare;

- l'atto di indirizzo del governo identifica nel Fondo Pensione Perseo il destinatario di tutto il finanziamento in prima istanza;

- a fronte di questo contributo non è stata chiesta alcuna contropartita normativa o contrattuale alla categoria;

- i medici dirigenti del Ssn pervenendo, a causa del lungo iter di studi, in età avanzata alla stabilizzazione del rapporto di lavoro hanno particolare interesse ed urgenza al varo della previdenza complementare;

- la recente finanziaria ha rinnovato il finanziamento per le spese di avviamento dei fondi integrativi al 2008 ed è pertanto utile completare entro tale data l'avvio del fondo;

- le altre categorie costituenti il Fondo Pensione Perseo avevano già previsto nello Statuto in caso di ingresso di nuovi aderenti un allargamento del Cda

per consentirne la rappresentanza nel Consiglio d'Amministrazione stesso, con chiaro il riferimento alla categoria della dirigenza medica essendo l'unica che non aveva ancora aderito ai fondi.

In particolare, l'obiettivo è stato quello di privilegiare la disponibilità di uno strumento indispensabile per i giovani medici, piuttosto che moltiplicare i posti di gestione in un fondo autonomo che avrebbe corso il fondato rischio di insuccesso. È stato quindi reso un servizio alla categoria, collocandola in un Fondo che, per le dimensioni della potenziale platea di aderenti (oltre un milione di dipendenti che nei prossimi anni dovranno aderire alla competenza complementare), è al riparo da problemi di finanziamento e sussistenza, e potrà operare investimenti con la massima efficienza e con costi ridotti. Naturalmente ogni aderente al Fondo avrà la possibilità di trasferire i risparmi in qualunque fondo pubblico o privato presente sul mercato.

Quindi, ora occorre accelerare l'iter di attivazione del Fondo. Per questo l'Anaa Assomed, in un incontro al ministero del Lavoro, ha sollecitato il Governo al varo di un provvedimento che consenta di applicare ai dipendenti pubblici quelle norme di incentivazione per la previdenza integrativa già previste per i privati con la 252/2005.

FINANZIARIA 2008: LE MISURE PER LA SANITÀ E IL PERSONALE

Più fondi e nuove regole

La manovra di bilancio 2008 ha portato in dote alla sanità 101,457 miliardi di euro, con un incremento di oltre 4 miliardi rispetto al 2007 e di 10,434 miliardi rispetto al 2006. Tra le misure più rilevanti, la cancellazione del ticket sulle ricette per la diagnostica e le visite specialistiche, maggiori finanziamenti per l'assistenza sanitaria ai cittadini e per il contratto del personale. Ma per l'Anao Assomed la Finanziaria non offre comunque risposte adeguate alle legittime richieste dei medici italiani: non ci sono risorse per la rivalutazione dell'indennità di esclusività di rapporto e rimane, di fatto, irrisolto il problema del precariato medico

Tre maxi articoli e 1.193 commi. Si presenta così la Finanziaria 2008. Una manovra da 15,6 miliardi che decolla grazie al via libera definitivo di Palazzo Madama arrivato il 21 dicembre scorso, con il voto di fiducia accordato da 162 senatori e il rifiuto di 153 membri del Senato.

La legge economica porta in dote alla sanità oltre ai 101,457 miliardi del Fondo sanitario nazionale risorse economiche extra: rispetto alla precedente manovra ci sono 3 miliardi di euro in più per l'edilizia sanitaria, quindi per l'ammodernamento delle strutture sanitarie, la realizzazione di nuovi ospedali e servizi territoriali e via dicendo; maggiori risorse per il primo biennio dei rinnovi contrattuali; un incremento del fondo per la non autosufficienza di 400 milioni di euro, e più risorse per le cure palliative al domicilio dei pazienti e in ospedale. Altri 50 milioni di euro sono dedicati alla prevenzione degli incidenti sul lavoro, ed è istituito un fondo annuo di 180 milioni per risarcire i danneggiati da trasfusioni e vaccini. È prevista la distribuzione gratuita del vaccino contro il cancro alla cervice uterina per tutte le dodicenni. Mentre sale dal 5 al 10%, per un totale di circa 81 milioni di euro, la quota di risorse per la ricerca sanitaria riservata ai giovani ricercatori italiani.

Tra le misure più rilevanti della Finanziaria c'è la cancellazione per il 2008 del ticket in quota fissa sulle ricette per la diagnostica e per le visite specialistiche, e il prestito d'onore da 9,1 miliardi di euro concesso dallo Stato alle Regioni con forti deficit. E si sancisce anche il decollo dei fondi integrativi per l'assistenza odontoiatrica e la non autosufficienza.

Spicca anche il passaggio dell'assistenza sanitaria ai detenuti dalla Giustizia al Servizio sanitario nazionale e il trasferimento della gestione dell'Ecm all'Agenzia nazionale per i servizi sanitari (ex Assr). E ancora, ci sono norme per facilitare l'assorbimento dei medici precari, misure per evitare sprechi di farmaci e una maggiore attenzione alla prescrizione dei medicinali.

Vediamo in dettaglio i punti principali della legge Finanziaria 2008 che interessano la sanità.

Il testo della manovra è pubblicato sul sito www.anao.it

Credito d'imposta per incentivare la formazione di studi associati (articolo 1, commi da 70 a 76)

Viene riconosciuto un credito d'imposta per le spese relative al processo di aggregazione dei liberi professionisti che decidono di aggregarsi, in numero non inferiore a 4 e non superiore a 10, per formare uno studio associato per lo svolgimento della propria attività professionale. Il credito è commisurato ai nuovi investimenti, anche tramite contratti di locazione, ed è attribuito nella misura massima del 15% dei costi sostenuti per l'acquisizione, anche mediante locazione finanziaria, di beni strumentali materiali e immateriali, e per l'am-

modernamento, la ristrutturazione e la manutenzione degli immobili utilizzati per periodi di 3 anni. Esclusi per i medici convenzionati con il Ssn l'obbligatorietà di alcuni requisiti (sarà un decreto a definire i parametri).

Edilizia sanitaria e Cure palliative, unità di risveglio dal coma, terapia intensiva e screening neonatali (articolo 2, commi da 276 a 288)

Fondi aggiuntivi per 3 miliardi di euro per il programma pluriennale di interventi in materia di edilizia sanitaria. Nell'ambito dei fondi per l'edilizia sanitaria e il potenziamento dei servizi, la finanziaria vincola: 150 milioni di euro per la realizzazione di strutture residenziali e per l'assistenza domiciliare.

Fondi per il potenziamento delle unità di risveglio dai comi, delle unità di terapia intensiva neonatale, per l'acquisto di nuove metodiche per effettuare screening neonatali e patologie metaboliche ereditarie, oltre all'acquisizione di tecnologie per interventi territoriali dedicati alle cure palliative. 100 milioni per il potenziamento delle "unità di risveglio dal coma"; 7 milioni per il potenziamento e la realizzazione di nuove unità di terapia intensiva neonatale; 3 milioni per gli screening neonatali per patologie metaboliche ereditarie.

L'assistenza sanitaria ai detenuti passa al Servizio sanitario nazionale (articolo 2, commi 283 e 284)

Tutte le funzioni sanitarie svolte dal dipartimento dell'amministrazione penitenziaria e da quello della giustizia minorile del Ministero della Giustizia vengono trasferite al Servizio sanitario nazionale. Si completa così finalmente il riordino

della medicina penitenziaria avviato con la legge 230 del 1999.

Rete dei trapianti (articolo 2, commi 307 e 308)

Dal 2008 prevista una spesa di 700mila euro per consentire ai Centri regionali dei trapianti di effettuare controlli e interventi finalizzati alla promozione e alla verifica della sicurezza della rete trapiantologia. Il Centro nazionale trapianti può stipulare accordi di collaborazione, convenzioni e contratti di lavoro con amministrazioni pubbliche, enti, istituti, ed altre persone giuridiche pubbliche, nazionali, comunitarie o internazionali.

Ricercatori in campo sanitario (articolo 2, commi da 313 a 315)

Modificata la normativa sui progetti di ricerca sanitaria presentati dai ricercatori di età inferiore ai 40 anni. A decorrere dal 2008 una quota non inferiore al 10% del Fondo per gli investimenti nella ricerca scientifica e tecnologia è destinato a progetti di ricerca di base presentati da ricercatori di età inferiore ai 40 anni. Per accedere ai finanziamenti i progetti saranno valutati da un comitato di ricercatori under 40. All'istituzione al funzionamento del comitato sono destinati 100mila euro. Si rende, dunque, permanente la temporanea quota di riserva già esistente e si eleva il suo limite minimo dal 5 al 10 per cento.

Farmaci, spesa e uso (articolo 2, commi da 348 a 360)

Il medico curante non può prescrivere farmaci di cui non è autorizzato il commercio quando sul proposto impiego del medicinale non siano disponibili dati favorevoli di sperimentazioni cliniche di fase seconda. Divieto anche di impiegare

IL COMMENTO DELL'ANAO ASSOMED

DELUDE LA LEGGE FINANZIARIA

Un'occasione perduta. Ha commentato così il varo della legge Finanziaria il segretario nazionale dell'Anao Assomed, Carlo Lusenti. Il motivo? Governo e Ministro della Salute hanno perso l'opportunità di tenere fede agli impegni assunti nei confronti dei medici ospedalieri del Servizio sanitario nazionale. "Malgrado l'apprezzabile incremento del Fondo sanitario nazionale - ha sottolineato Lusenti - non è stato trovato il finanziamento per la rivalutazione dell'indennità di esclusività di rapporto ferma al 1999. Né è stata avviata a soluzione la questione del precariato medico malgrado le ripercussioni negative

sulla qualità e sulla sicurezza delle cure. Il Presidente del Consiglio e il ministro della Salute avevano da tempo pubblicamente riconosciuto il diritto dei medici ad un incremento contrattuale che interessi l'intera massa salariale. Ciò nonostante nulla è stato fatto". Per questo, ha concluso Lusenti, i medici ospedalieri esprimono la loro forte insoddisfazione nei confronti del Governo e del ministro della Salute fino ad oggi inadempienti verso una categoria professionale cui i cittadini affidano la tutela di un bene costituzionalmente protetto.

un medicinale industriale per un'indicazione terapeutica diversa da quella autorizzata, qualora non siano disponibili dati favorevoli di sperimentazione clinica di fase seconda. Le confezioni di medicinali in corso di validità ancora integre e correttamente conservate da ospiti di Rsa o di famiglie che hanno usufruito dell'assistenza domiciliare, da Asl o Onlus (escluse quelle da conservare in frigorifero), consegnate da chi non ne ha più necessità, possono essere riutilizzate da Rsa, Asl e Onlus.

Chiropratica (articolo 2, comma 355)

Istituito un registro dei dottori in chiropratica presso il ministero della Salute.

Nasce l'Autorità nazionale per la sicurezza alimentare (articolo 2, comma 356)

Il Comitato nazionale per la sicurezza alimentare, già istituito con decreto dei Ministeri della Salute e delle Politiche agricole nel luglio 2007, sale di rango e si trasforma in Autorità nazionale per la sicurezza alimentare. Il nuovo organismo opererà presso il Ministero della Salute ed avrà una sede referente a Foggia per la quale sono stati stanziati 6,5 milioni di euro per il triennio 2008/2010.

La gestione dell'Ecm passa all'Agenzia nazionale per i servizi sanitari regionali (articolo 2, commi da 357 a 359)

La gestione dei programmi di educazione continua in medicina rivolti a tutto il personale sanitario per l'aggiornamento e la formazione post laurea passa all'Agenzia nazionale per i servizi sanitari regionali (ex Assr). Con questo trasferimento si chiude la fase sperimentale avviata nel 2001 che ha visto lo svolgimento di oltre 350 mila eventi formativi.

Indennizzi ai trasfusi danneggiati da emoderivati o trasfusioni (articolo 2, commi da 361 a 364)

Stanziati 180 milioni di euro a decorrere dal 2008 per gli indennizzi da stipulare con soggetti talassemici, affetti da altre emoglobinopatie o da anemie ereditarie, emofilici ed emotrasfusi occasionali danneggiati da trasfusione con sangue infetto o da somministrazione di emoderivati infetti e con soggetti danneggiati da vaccinazioni obbligatorie che hanno instaurato azioni di risarcimento danni tuttora pendenti. Un successivo "decreto Salute" concertato con il ministro dell'Economia e delle Finanze, fissa i criteri in base ai quali sono definite, nell'ambito di un piano pluriennale, le transazioni. Priorità, a parità di gravità, per i soggetti in condizioni di disagio economico accertate mediante l'utilizzo dell'indicatore della situazione economica equivalente (Isee). Il beneficio dell'indennizzo è esteso alle persone che abbiano riportato una menomazione permanente dell'integrità psico-fisica a causa di vaccinazioni obbligatorie, ai soggetti affetti da sindrome da talidomide, determinata dalla somministrazione dell'omonimo farmaco, nelle forme di amelia, emimelia, della focomelia e della macromelia.

Croce Rossa (articolo 2, commi da 366 a 369)

Confermati per la durata delle convenzioni i contratti a tempo determinato del personale della Croce Rossa nel settore dei servizi sociali e socio-sanitari. Per il personale che non può beneficiare della stabilizzazione per mancanza di disponibilità di posti vacanti nella Croce Rossa si procede a un graduale assorbimento presso enti del Ssn.

Vaccinazioni Hpv, vaccini e cancellazione del debito dei paesi poveri (articolo 2, commi 372 e 373)

Contributo finanziario per il 2008 a Regioni e Pro-

vince autonome per agevolare la diffusione fra le dodicenni della vaccinazione Hpv (contro il tumore della cervice uterina). Fondi anche per il raggiungimento degli obiettivi del millennio attraverso la partecipazione ai nuovi meccanismi innovativi di finanziamento dello sviluppo e a iniziative per la cancellazione del debito dei Paesi poveri nei confronti delle istituzioni finanziarie internazionali.

Ticket sanitari (articolo 2, commi da 376 a 378)

Abolizione per il 2008 dei ticket sanitari aggiuntivi da 10 euro sulle visite specialistiche e la diagnostica. La copertura è indicata in 834 milioni di euro.

Fondo nazionale per il risanamento degli edifici pubblici (articolo 2, commi da 440 a 443)

Per l'anno 2008, presso il ministero dell'Economia, è istituito il Fondo nazionale per il risanamento degli edifici pubblici, per il finanziamento degli interventi finalizzati ad eliminare i rischi per la salute pubblica derivanti dalla presenza di amianto negli edifici pubblici. È approvato un piano decennale per il risanamento, prioritariamente indirizzato alla messa in sicurezza degli edifici scolastici e universitari, delle strutture ospedaliere, delle caserme, degli uffici aperti al pubblico. Il fondo è dotato di risorse finanziarie per 5 milioni di euro per il 2008.

Fondo per le non autosufficienze (articolo 2, comma 465)

L'autorizzazione di spesa del Fondo per le non autosufficienze è incrementata di 100 milioni di euro per il 2008 e di 200 milioni di euro per il 2009.

Cinque per mille (articolo 3, commi da 4 a 11)

Rifinanziamento della misura del cinque per mille per il 2008 con un incremento di 150 milioni di euro (il finanziamento sale, dunque, da 250 a 400 milioni di euro). Stanziamento di 500 mila euro per l'erogazione dei contributi del 5 per mille per gli anni finanziari 2006 e 2007. Per il 2009 viene riproposta la disciplina del 5 per mille Irpef, autorizzando una spesa massima di 380 milioni di euro. Per l'anno 2008 le finalità del 5 per mille sono: a) sostegno alle Onlus, alle associazioni di promozione sociale iscritti nei registri nazionale, regionale e provinciale, alle associazioni riconosciute che senza scopo di lucro operano in via esclusiva o prevalente nei settori indicati dalla lettera a), comma 1, dell'articolo 10 del D.lgs 460/1997 (assistenza sociale e socio-sanitaria, assistenza sanitaria, beneficenza, istruzione, formazione, sport dilettantistico, tutela, promozione e valorizzazione delle cose d'interesse artistico e storico, tutela e valorizzazione della natura e dell'ambiente, con esclusione dell'attività, esercitata abitualmente, di raccolta e riciclaggio dei rifiuti urbani, speciali e pericolosi; promozione della cultura e dell'arte; tutela dei diritti civili; ricerca scientifica di particolare interesse sociale svolta direttamente da fondazioni o da esse affidata a università, enti di ricerca e altre fondazioni che la svolgono direttamente); 2) enti della ricerca scientifica e dell'università; enti della ricerca sanitaria. Disposizioni per una tempestiva gestione dell'erogazione del 5 per mille.

Assunzioni di personale (articolo 3, commi da 86 a 122)

Le assunzioni di personale autorizzate per il 2007 ai sensi del comma 96 dell'articolo 1 della Finan-

ziaria 2005 e dei commi 518, 520 e 528 dell'articolo 1 della Finanziaria 2007 possono essere effettuate entro il 31 maggio 2008, in deroga al blocco del turn over. Le graduatorie dei concorsi pubblici per il reclutamento di personale per la Pubblica amministrazione restano valide nei 3 anni successivi alla pubblicazione, con salvezza di termini di vigenza inferiori previsti da leggi regionali.

La stabilizzazione dei precari nella Pubblica amministrazione è subordinata all'espletamento di procedure selettive di natura concorsuale. Le amministrazioni dello Stato, anche ad ordinamento autonomo, le agenzie, incluse quelle fiscali, gli enti pubblici non economici e gli enti pubblici (articolo 70, comma 4, del decreto legislativo 165/2001 e successive modificazioni), le amministrazioni regionali e locali possono ammettere alla procedura di stabilizzazione anche il personale che consegua i requisiti di anzianità di servizio ivi previsti in virtù di contratti stipulati anteriormente alla data del 28 settembre 2007. Proroga fino al 31 dicembre 2008 dei contratti di formazione e lavoro presso Pubbliche amministrazioni non convertiti a tempo indeterminato entro il 31 dicembre 2007.

Più risorse per l'assistenza sanitaria ai cittadini e per il contratto del personale del Ssn

Il decreto legge collegato alla Finanziaria recante "Interventi urgenti in materia economico-finanziaria, per lo sviluppo e l'equità sociale", approvato definitivamente dal Senato il 28 novembre 2007, prevede, tra l'altro, più risorse per l'assistenza sanitaria ai cittadini e per il contratto del personale del Ssn; l'aumento del Fondo sanitario nazionale per finanziare i Livelli essenziali di assistenza che passa dai 97,040 miliardi del 2007 ai 101,457 miliardi di euro del 2008, con un incremento di 4,417 miliardi rispetto al 2007 e di 10,434 miliardi rispetto al 2006. Nella quota sono compresi anche i fondi per i rinnovi contrattuali del personale e per garantire una migliore erogazione delle prestazioni assistenziali a tutti i livelli e in tutti i servizi sanitari, dall'ospedale, alla medicina di famiglia e specialistica, per l'assistenza domiciliare e per la farmaceutica.

Il decreto legge prevede inoltre la figura di commissari ad acta per le Regioni inadempienti nei confronti dei piani di rientro e le misure di governo della spesa e di sviluppo del settore farmaceutico.

Nuovi tetti per la spesa farmaceutica (decreto legge collegato alla Finanziaria)

Cambiano i tetti percentuali per la spesa farmaceutica pubblica: quello per la farmaceutica territoriale (farmacie e distribuzione diretta da parte delle Asl, compresi gli importi ticket regionali) è pari al 14,4% della spesa sanitaria complessiva, mentre è stabilito un limite del 2% per la spesa farmaceutica ospedaliera al netto della distribuzione diretta. In caso di superamento del tetto per la farmaceutica territoriale a livello nazionale, le aziende farmaceutiche ripianano gli sforamenti insieme a grossisti e farmacisti per le quote di competenza. Le Regioni, a loro volta, sono comunque tenute ad adottare misure di contenimento della spesa per evitare nuovi splafonamenti. Il ripiano da parte delle Aziende avviene tramite "pay back" (ovvero versamento diretto della quota di loro spettanza dello sfioramento nelle casse delle Regioni).

Questo meccanismo ha lo scopo di ripianare subito la maggiore spesa e dare certezze alle imprese per la programmazione dei loro investimenti in sviluppo e ricerca.

INTERVISTA A FRANCESCO RIPA DI MEANA, PRESIDENTE DELLA FEDERAZIONE ITALIANA AZIENDE SANITARIE E OSPEDALIERE (FIASO)

Ci deve essere fiducia tra Regioni e manager

Il Ddl di Livia Turco sulla qualità e sicurezza del Ssn collegato alla Finanziaria 2008 cambia le carte in tavola per la selezione dei Dg di Aziende ospedaliere e Asl e promette più trasparenza e maggiore spazio alla meritocrazia. Ma nonostante i principi ispiratori abbiano incassato il placet di tutti i protagonisti della sanità, sull'efficacia dei criteri individuati la discussione è aperta. In questa pagina di *Dirigenza Medica* pubblichiamo il parere di Francesco Ripa di Meana, presidente della Fiaso.

Il Disegno di legge che detta le norme per la qualità e la sicurezza del Ssn contiene nuove regole per la scelta dei Dg e prevede una valutazione tecnica dei curriculum. Presidente Ripa di Meana, qual è la sua chiave di lettura su questo passaggio?

La valutazione tecnica dei curriculum è un elemento senz'altro positivo. Abbiamo sempre espresso il nostro apprezzamento sull'essere valutati al momento della selezione e ancor di più vorremmo esserlo anche dopo aver svolto l'incarico.

Sicuramente il provvedimento contiene un inasprimento dei requisiti richiesti: si da molta importanza all'esperienza professionale e al lavoro realizzato nelle aziende. Non dimentichiamo che sono passati quindici anni da quando è stata emanata la legge 502. Allora era difficile trovare manager con requisiti adatti alla gestione di un'azienda sanitaria. Oggi questi requisiti si richiedono ad una serie di professionisti che nel frattempo hanno avuto la possibilità di confrontarsi, che hanno maturato esperienze come direttori amministrativi, direttori sanitari, direttori generali. In questi quindici anni ci sono state persone che hanno lavorato con professionalità e che possono costituire un corpus di manager di altissimo livello tale da poter dare maggior valore all'esperienza che si desume dalla competenza dimostrata.

Il concetto della nomina fiduciaria non è stato messo in discussione ...

Credo che questo sia un concetto da salvaguardare. È giusto che la nomina fiduciaria non sia stata messa in discussione. La fiducia tra la "proprietà", nel caso specifico la Regione, e il manager deve esistere. Non si può selezionare al buio basandosi solo sui curricula. Il Ddl se da un lato pone l'accento sui requisiti minimi per scegliere, dall'altro valorizza l'esperienza.

Il provvedimento pone l'accento anche sulla formazione ...

Sì, la formazione dell'attuale management viene vissuta come un problema spinoso non essendo il manager sanitario una figura che appartiene alla tradizione italiana. Ci si domanda chi siano i formatori, che tipo di formazione sia necessario avere e in più c'è l'ossessione per cui formazione è uguale a fare corsi. In realtà non è così, tutto questo va superato.

Qual è invece il percorso da seguire?

A questo livello di professionalità non si può continuare a proporre semplicemente dei corsi. La formazione deve essere intesa anche come possibilità di scambiare esperienze, di condividere conoscenze acquisite. È un dato di fatto che per i Direttori

generali sempre di più oggi, rispetto al passato, si attinge dal Servizio sanitario nazionale. C'è una generazione di manager che in questi anni difficili si è formata sul campo e sicuramente rappresenta un patrimonio importantissimo in termini di risorse umane. Ecco perché la Fiaso insieme ad altri centri di ricerca, per valorizzare queste figure professionali sta promuovendo un laboratorio di ricerca con interventi mirati di formazione. Riteniamo, infatti, che i futuri manager proverranno da professioni che hanno avuto a che fare con esperienze di management nelle aziende sanitarie: direttori sanitari e amministrativi, ma anche direttori del personale, direttori degli acquisti, capi distretto, capi presidio. E poi, ad esempio, perché non ipotizzare che nei prossimi anni i capi dipartimento possano diventare direttori sanitari, amministrativi e poi direttori generali.

Altro argomento scottante è il delicato rapporto tra politica e sanità, spesso siete accusati di essere asserviti al politico di turno ...

L'accusa di essere lo zerbino della politica è diventata assolutamente insopportabile. È naturale che se la proprietà è la politica, un manager abbia un rapporto con la proprietà. È inutile nascondersi cercando soluzioni che il più delle volte si rivelano schizofreniche. Non si può pensare che non ci sia relazione con la politica visto che siamo chiamati a gestire denaro pubblico e a mettere in pratica le decisioni politiche assunte dalle Regioni che rappresentano il nostro "azionista di riferimento". Ma da qui a dire che tutto quello che facciamo è governato dalla politica ce ne corre. Ricordiamoci com'era la sanità prima dell'avvento dei manager. Se il sistema è migliorato, come dicono gli indicatori, il merito è anche nostro. (S.S.)

IL RAPPORTO OASI 2007 DEL CERGAS BOCCONI

La carriera dei Dg sotto la lente

Mandati brevi e occasionali legati a dinamiche istituzionali e politiche più che a verifiche serie dell'operato professionale. Sono queste le caratteristiche degli incarichi dei Direttori generali delle Aziende sanitarie tracciate dal Cergas Bocconi nel Rapporto Oasi 2007.

Lo studio ha scattato una fotografia dei Direttori generali in carica a giugno 2007, e più in generale ha analizzato l'andamento delle loro carriere dal 1996 al 2007. Dai dati è emerso che i manager italiani sono rimasti in sella mediamente 3 anni e 8 mesi. Un orizzonte di gestione troppo limitato secondo il Cergas Bocconi considerando "i tempi necessari per la realizzazione di un progetto di gestione in aziende, come quelle sanitarie, caratterizzate da molteplici elementi di complessità; gli effetti di blocco dei progetti e delle innovazioni e l'emergere di atteggiamenti difensivi che accompagnano l'apertura della fase, spesso lunga, di incertezza sulla permanenza del Dg in carica". Soprattutto la durata media dei mandati presenta una forte variabilità a livello regionale: si va da quasi 8 anni e 6 mesi della provincia autonoma di Bolzano ad 1 anno e 7 mesi della Calabria. Non solo, il livello di stabilità varia in base al tipo di Azienda. In sostanza, guidare un'Azienda ospedaliera o una Asl fa la differenza: il Dg di una Ao rimane, infatti, in carica, mediamente, circa 6 mesi in più rispetto al manager di un'Asl, più precisamente, poco più di 4 anni nelle Aziende ospedaliere (la media è 4,0), 3 anni e 6 mesi nelle Aziende territoriali (la media è 3,5). E questa disparità di durata, secondo gli analisti è da attribuire alla differenza delle attività svolte dalle due tipologie di aziende: la relativa omogeneità dell'attività delle prime (assistenza ospedaliera) si contrappone alla varietà dell'attività che caratterizza le seconde (assistenza ospedaliera, distrettuale e sanitaria collettiva in ambienti di vita e di lavoro). Inoltre, i compiti dei Dg delle Ao, rispetto ai manager delle Asl, sono meglio definiti e, di conseguenza, la valutazione del manager in relazione ai risultati ottenuti è meno influenzata da elementi di soggettività. Poi il Dg di una Asl deve rispondere a un numero più elevato di interlocutori, ossia ai rappresentanti oltre che della Regio-

ne, anche dagli Enti Locali. Alla maggiore stabilità delle Ao contribuiscono sia i dati medi delle Aziende lombarde (5 anni) sia, soprattutto, la maggiore stabilità delle strutture di alcune Regioni, come per esempio il Veneto (poco più di 6 anni) e la Liguria (poco più di 5 anni). Comunque evidenzia il Rapporto, in un anno c'è stato un aumento della durata media in carica del Dg di circa 2 mesi (da 3,5 a 3,7), interpretabile "come effetto della stabilizzazione di una buona parte delle direzioni aziendali a seguito delle variazioni di maggioranza dei consigli regionali, dopo le elezioni della primavera del 2005".

Ma qual è il grado di "professionalizzazione" dei Dg? Secondo l'analisi del Rapporto Oasi 2007, i Dg che hanno ricoperto l'incarico per almeno 5 anni hanno lavorato in più di due Regioni. Invece il 23% dei manager che hanno al loro attivo più di otto anni di esperienza (esattamente 108 persone su 252 Dg in carica nel 2007) l'hanno maturata in Aziende di diverse Regioni. Comunque il maggior numero di Dg (il 41%) ha ricoperto questa carica al massimo per due anni.

E ancora, circa il 35% di quelli in carica svolge questa funzione da meno di tre anni, e di questi poco più di 20 sono alla loro prima esperienza professionale. Quest'ultimo dato si è ridotto sensibilmente rispetto a quello registrato nel 2006, quando i "novellini" erano 83.

Più della metà dei professionisti con esperienze superiori ai 5 anni in vari contesti regionali è attualmente in carica: 17 su 32 Dg (circa il 2,1% della popolazione totale). I manager si spostano prevalentemente tra le Regioni limitrofe (gli spostamenti più frequenti tra: Abruzzo, Lazio e Marche; provincia autonoma di Trento, Veneto e Friuli Venezia Giulia; Piemonte e Liguria). Tirando le somme, secondo il Rapporto, "il formarsi di un corpo professionale di individui che per mestiere fanno il Dg di Aziende sanitarie pubbliche non sembra essere molto avanzato, anche se nel corso dell'ultimo anno sembra essersi avviato un periodo di maggiore stabilizzazione delle direzioni aziendali. Tuttavia, la posizione di Dg rimane ancora largamente episodica nella vita delle persone". (E.M.)

LA NOTA DELL'INPDAP SULLE NUOVE DISPOSIZIONI IN MATERIA PENSIONISTICA

Le nuove regole della previdenza

Per chi andrà in pensione nel 2008 il montante contributivo al 31 dicembre 2006 è rivalutato del 3.4%. È questa una delle novità sancite dalla legge 24 dicembre 2007, n. 247 sull'attuazione del Protocollo Welfare che ha modificato le disposizioni introdotte dalla "Riforma Maroni" del 2004.

Una nota dell'Istituto nazionale di previdenza per i dipendenti dell'amministrazione pubblica – divulgata in attesa che la circolare esplicativa sulla legge 242 riceva l'assenso all'attuazione da parte del Ministero del Lavoro e della Previdenza Sociale – fa luce su tutte le novità entrate in vigore dal 1 gennaio 2008. Pubblichiamo in queste pagine il testo della nota Inpdap

IL TESTO DELLA NOTA DIVULGATIVA DELL'INPDAP

Nella Gazzetta Ufficiale n. 301 del 29 dicembre 2007 è stata pubblicata la legge 24 dicembre 2007 n. 247 recante "Norme di attuazione del Protocollo del 23 luglio 2007 su previdenza, lavoro e competitività per favorire l'equità e la crescita sostenibili, nonché ulteriori norme in materia di lavoro e previdenza sociale".

In attesa che la circolare esplicativa della richiamata legge riceva il previsto assenso all'emanazione da parte del Ministero del Lavoro e della Previdenza Sociale si ritiene utile fornire alcune prime indicazioni sugli aspetti di immediata attuazione della riforma previdenziale aventi effetto dal 1° gennaio 2008, alcuni introdotti dalla legge in esame altri già disciplinati dalla legge n. 243/2004 che è stata già oggetto di precedente nota divulgativa a cura di questa Direzione (nota prot. 13188 del 4 ottobre 2004).

La legge in oggetto modifica in parte le disposizioni introdotte dalla legge n. 243 del 23 agosto 2004 (c.d. riforma Maroni) che, ancorché entrata in vigore il 6 ottobre 2004, differiva nel tempo gli effetti della maggior parte delle norme prevedendo nuovi requisiti per il diritto e per l'accesso ai trattamenti pensionistici a decorrere dal 1° gennaio 2008.

1. Pensioni di anzianità (articolo 1 comma 6 lettera a) della L. 243/2004 così come modificato dall'art. 1 della L. 247/2007)

Il diritto alla pensione di anzianità si consegue, fermo restando il requisito di anzianità contributiva non inferiore a trentacinque anni, al raggiungimento dei requisiti anagrafici così come individuati nelle tabelle A e B della legge in esame.

In particolare per il periodo dal 1° gennaio 2008 al 30 giugno 2009 tale diritto si acquisisce con 35 anni di anzianità contributiva e 58 anni di età mentre per il periodo successivo il legislatore ha introdotto un meccanismo che prevede una diversa combinazione dei requisiti anagrafici con quelli di anzianità contributiva (almeno trentacinque anni) la cui sommatoria deve determinare il raggiungimento di una quota minima prevista per l'anno considerato.

Si può avere un'immediata visualizzazione dei nuovi requisiti previsti nella tabella riepilogativa (tabella 1).

tiva (tabella 1).

In alternativa, il diritto al trattamento pensionistico si consegue, indipendentemente dall'età, in presenza di un requisito di anzianità contributiva non inferiore a quaranta anni.

Per l'anno 2009, per il personale del comparto scuola, i requisiti per l'accesso restano quelli relativi al primo semestre dell'anno medesimo (58 anni di età e 35 di contribuzione in luogo di 59 anni di età e 36 di contribuzione o 60 di età e 35 di contribuzione) (cfr. articolo 1 comma 6 lettera c) delle legge n. 243/2004 come novellato dalla legge n. 247/2007).

Restano, in ogni caso, ferme le disposizioni previste dall'articolo 59, comma 9 della legge n. 449/1997 che consentono l'accesso al pensionamento all'inizio del nuovo anno scolastico o accademico (rispettivamente 1° settembre e 1° novembre) ancorché i requisiti prescritti vengano maturati entro il 31 dicembre del medesimo anno.

Per esplicita disposizione normativa il lavoratore che abbia maturato entro il 31 dicembre 2007 i requisiti di età e di anzianità contributiva previsti dalla previgente normativa consegue con tali requisiti il diritto alla prestazione pensionistica di vecchiaia o di anzianità, non-

ché alla pensione nel sistema contributivo, anche successivamente al 1° gennaio 2008, ancorché a partire da tale data siano stati introdotti nuovi e più elevati requisiti e con le previdenti decorrenze (cfr. articolo 1, comma 3 della legge n. 243/2004).

Oltre alla salvaguardia dei diritti acquisiti al 31 dicembre 2007, il legislatore ha previsto delle situazioni particolari nelle quali si prescinde dai nuovi requisiti richiesti a decorrere dal 1° gennaio 2008 e, pertanto, continuano a conseguire con 35 anni di contributi e 57 anni di età il diritto al trattamento di anzianità:

le lavoratrici dipendenti, in virtù di quanto disposto dall'articolo 1, comma 9, della legge n. 243/2004, a condizione che optino per la liquidazione del trattamento secondo le regole di calcolo contributivo previste dal D.lgs n. 180/1997;

i lavoratori in mobilità di cui all'art. 1, comma 18-bis della legge n. 243/2004 così come novellato dalla legge in oggetto (5.000 lavoratori che si aggiungono ai soggetti già salvaguardati dall'art. 1 comma 18 della legge n. 243/2004); i lavoratori autorizzati alla prosecuzione volontaria entro il 20 luglio 2007; la stesura originaria della legge n. 243/2004 individuava la data del 1° marzo 2004 quale termine ultimo entro il quale doveva essere stata autorizzata la prosecuzione volontaria. A tale proposito si precisa che per data di autorizzazione si deve fare riferimento alla data di presentazione della relativa domanda.

Il trattamento previdenziale del personale delle Forze di polizia ad ordinamento militare e civile, delle Forze Armate e del personale del Corpo dei vigili del fuoco nonché dei rispettivi dirigenti, continua ad essere disciplinato dalla normativa speciale previgente (cfr. art. 1, comma 8 della legge n. 243/2004)

2. Sistema contributivo

L'articolo 1, comma 6, lettera b), della legge 243/2004 modifica i requisiti per l'accesso al trattamento pensionistico per coloro che sono destinatari del sistema di calcolo contributivo; in particolare, fermo restando il requisito contributivo di 5 anni, il requisito anagrafico è elevato a:

- 60 anni di età per le donne;
- 65 anni di età per gli uomini.

Si precisa che nei confronti delle lavoratrici che accedono al pensionamento con un'età inferiore a 65 anni, è necessario verificare la sussisten-

TABELLA 1 - NUOVI REQUISITI PER LE PENSIONI DI ANZIANITÀ

ANNO	REQUISITI ACCORDO DI LUGLIO
Dal 1/1/08 al 30/6/09	58+35
Dal 1/7/09 al 31/12/09	59+36 60+35 (quota 95)
2010	59+36 60+35 (quota 95)
2011	60+36 61+35 (quota 96)
2012	60+36 61+35 (quota 96)
2013	61+36 62+35 (quota 97) soggetto a verifica
2014	61+36 62+35 (quota 97) soggetto a verifica

TABELLA 2 - DECORRENZE DELLE PENSIONI DI ANZIANITÀ (C.D. FINESTRE)

Maturazione dei requisiti entro	Decorrenza della pensione
Entro il 1° semestre	1° gennaio dell'anno successivo alla maturazione dei requisiti
Entro il 2° semestre	1° luglio dell'anno successivo alla maturazione dei requisiti

TABELLA 3 - ACCESSO AL PENSIONAMENTO CON UN'ANZIANITÀ CONTRIBUTIVA PARI O SUPERIORE A 40 ANNI (C.D. FINESTRE)

Possesso del requisito contributivo entro	Decorrenza della pensione	
1° trimestre	1° luglio (se l'interessato è in possesso dei 57 anni di età entro il 30 giugno)	1° gennaio dell'anno successivo con età inferiore a 57 anni
2° trimestre	1° ottobre (se l'interessato è in possesso dei 57 anni di età entro il 30 settembre)	1° gennaio dell'anno successivo con età inferiore a 57 anni
3° trimestre	1° gennaio anno succ.	
4° trimestre	1° aprile anno succ.	

za dell'ulteriore condizione prevista dall'articolo 1 comma 20 della legge n. 335/1995 ossia che l'importo della pensione risulti essere non inferiore a 1,2 volte dell'importo dell'assegno sociale.

Il medesimo articolo conferma la possibilità di accesso al pensionamento con 40 anni di contribuzione, a prescindere dall'età anagrafica.

È prevista, inoltre, la possibilità di accesso con almeno 35 anni di contribuzione e un'età anagrafica pari a quella prevista per i nuovi trattamenti di anzianità (cfr. tabella 1).

3. Accesso al trattamento pensionistico (c.d. finestre)

Per quanto riguarda la decorrenza della pensione, l'articolo 1, comma 6, lettera c) della legge n. 243/2004 ha dimezzato, sempre a partire dall'anno 2008, il numero di finestre di accesso alla pensione di anzianità, portandole da quattro a due.

Le medesime decorrenze si applicano anche ai trattamenti pensionistici liquidati con il sistema di calcolo contributivo qualora vi si acceda con limiti di età inferiori a 65 anni per gli uomini e 60 per le donne.

In particolare, se il lavoratore matura i requisiti nel primo semestre dell'anno avrà diritto a percepire la pensione il primo gennaio successivo alla maturazione dei requisiti mentre nel caso che maturi il diritto nel secondo semestre dell'anno avrà diritto a percepire la pensione il primo luglio dell'anno successivo alla maturazione dei requisiti.

Nei confronti di coloro che al 31 dicembre 2007 avevano già maturato i requisiti per il diritto a pensione, si continua ad applicare la previgen-

te normativa anche in materia di accesso al pensionamento. Trattandosi di "finestre" a partire dalle quali si può accedere al trattamento pensionistico, la decorrenza è immediata ad eccezione dell'ipotesi in cui l'interessato abbia maturato i requisiti nel 4° trimestre dell'anno 2007; in questo caso la prima data utile per l'accesso al pensionamento è il 1° aprile 2008.

Una rilevante novità della legge in esame, riguarda l'estensione dell'accesso programmato (c.d. finestre) anche per i trattamenti pensionistici di vecchiaia e con 40 anni di contribuzione.

In tali fattispecie, tuttavia, la decorrenza della pensione sarà contingentata in quattro finestre d'uscita in luogo delle due finestre previste dalla legge n. 243/04. In particolare, l'accesso al pensionamento con un'anzianità contributiva pari o superiore a 40 anni segue le decorrenze previste dall'articolo 1, comma 29 della legge n. 335/1995.

In merito alle pensioni di vecchiaia l'accesso al pensionamento avviene secondo quanto riportato nella tabella 4.

4. Norme in materia di totalizzazione e cumulo di periodi assicurativi

L'art. 1 comma 76 lett. a) della legge 247/07 ha modificato l'articolo 1, comma 1, del Dlgs 2 febbraio 2006, n. 42, riducendo, nel sistema retributivo o misto il limite minimo di anzianità contributiva previsto per totalizzare i contributi versati nelle varie gestioni che passa da 6 a 3 anni. La lettera b) del citato articolo 1 ha invece novellato l'art. 1, comma 1, del Dlgs 30 aprile 1997 n. 184 eliminando i limiti che erano previsti da detto articolo alla possibilità di cumulare i contributi versati in qualsiasi gestione, cassa o fondo.

Sino ad oggi infatti era possibile cumulare tutti i contributi versati solo se non si era raggiunto il diritto a pensione in una singola gestione. Con le nuove norme è possibile cumulare tutti i contributi versati anche se si è raggiunto il diritto a pensione in una singola gestione.

Entrambe le disposizioni si applicano alle domande presentate dal 1 gennaio 2008.

5. Norme in materia di riscatto

L'art. 1, comma 77 della legge 247/07 ha modificato l'art. 2 del D.lgs 184/97 introducendo tre nuovi commi (4-bis, 5-bis e 5-ter). Il nuovo comma 4-bis prevede, per tutti coloro che presentano domanda di riscatto a partire dal 1 gennaio 2008, la possibilità di pagare l'onere del riscatto medesimo in unica soluzione ovvero in dieci anni senza interessi.

Il comma 5-bis consente invece anche a coloro che non abbiano iniziato l'attività lavorativa e quindi non sono stati iscritti a nessuna forma di previdenza obbligatoria la facoltà di riscatto dei seguenti titoli universitari:

- diploma universitario (DU);
- diploma di laurea (DL);
- diploma di specializzazione (DS);
- dottorato di ricerca (DR).

La domanda di riscatto deve essere presentata all'Inps e l'onere del riscatto è determinato in misura fissa prendendo a parametro il livello minimo imponibile annuo di cui all'art. 1 comma 3 della legge 233/1990 moltiplicato per l'aliquota di computo delle prestazioni pensionistiche dell'assicurazione generale obbligatoria per i lavoratori dipendenti. L'importo da pagare viene accreditato all'Inps che provvederà a versarlo alla gestione presso la quale il soggetto sarà successivamente iscritto.

L'importo può essere pagato in 10 anni senza interessi ed è deducibile ai fini fiscali dall'interessato. Può essere pagato anche dai soggetti cui risulta fiscalmente a carico il richiedente qualora lo stesso non percepisca un reddito personale tassabile ed è da questi detraibile nella misura del 19% dell'importo stesso.

Infine il comma 5-ter introduce una deroga esplicita a quanto previsto dall'art. 1, comma 7, della legge n. 335/1995 disponendo che i periodi di studio necessari al conseguimento dei titoli universitari sopra specificati, una volta riscattati, saranno considerati utili anche ai fini del raggiungimento dei 35 e dei 40 anni di contribuzione e non solo ai fini della misura, anche per coloro che sono destinatari del sistema contributivo.

Si fa riserva di approfondire nella circolare che sarà emanata sulla riforma, i seguenti punti:

- decorrenza del trattamento pensionistico nei confronti delle donne che optano a partire dal 2008, per il sistema di calcolo contributivo ovvero lavoratori in mobilità di cui all'articolo 1, comma 18-bis della legge n. 243/2004 nonché per i lavoratori autorizzati alla prosecuzione volontaria entro il 20 luglio 2007;
- eventuale modalità di arrotondamento dell'anzianità contributiva e età anagrafica ai fini del perfezionamento delle c.d. quote previste a decorrere dal 1° luglio 2009 per il raggiungimento del diritto alla pensione di anzianità.
- individuazione dei destinatari della deroga all'articolo 1, comma 7, della legge n. 335/1995; in particolare nell'emananda circolare verrà esplicitato se i periodi riscattati sono utili ai fini del raggiungimento del diritto a pensione anche nei confronti di coloro che hanno presentato la relativa istanza antecedentemente al 1° gennaio 2008.

TABELLA 4 - DECORRENZA DELLA PENSIONE DI VECCHIAIA (C.D. FINESTRE)

POSSESSO DEI REQUISITI ENTRO	ACCESSO AL PENSIONAMENTO
1° trimestre	1° luglio
2° trimestre	1° ottobre
3° trimestre	1° gennaio anno succ.
4° trimestre	1° aprile anno succ.

LA RESPONSABILITÀ CIVILE PROFESSIONALE SANITARIA

Basta la polizza assicurativa?

Il problema della Rcp dei dirigenti medici del Servizio sanitario nazionale non può esaurirsi con la stipula di una valida assicurazione ma deve coinvolgere sempre più le Aziende e il management

Luigi Longo*

Diciamo subito che l'assicurazione Rcp, obbligazione di carattere contrattuale posta in capo alle aziende sanitarie (Ccnl - luglio 2005), assume un'importanza relativa rispetto alla complessità dell'esercizio dell'attività professionale ma risulta indispensabile in un quadro globale di gestione del rischio clinico anche a doverosa tutela dei medici dirigenti. Alla base del contratto di assicurazione vi è il principio secondo il quale quando si prevede che un evento avverso (sinistro) possa colpire i beni o il patrimonio di un soggetto (paziente) provocandogli un danno, si possa stipulare un contratto con la finalità di trasferire detto rischio ad una compagnia di assicurazione che si obbliga, attraverso il pagamento di un corrispettivo economico (premio), a rivalere il soggetto del danno subito. Nel diritto assicurativo per sinistro si intende quindi il verificarsi di un evento dannoso e per danno il pregiudizio economico derivante da lesioni personali o morte. A questi due principi è direttamente collegato il concetto di rischio che sta ad indicare la relazione tra la probabilità (non certezza!) che si verifichi un sinistro e la gravità delle sue possibili conseguenze. Nei contratti assicurativi è fondamentale per il contraente/assicurato conoscere le cosiddette garanzie di polizza (C.g.a.) che, semplificando, costituiscono la check list di valutazione dell'efficacia delle condizioni di assicurazione. Ricordiamo quelle basilari per la Rcp sanitaria.

Oggetto dell'Assicurazione e definizioni: verificare che siano chiari e coerenti con il rischio che si intende garantire.

Massimale/sinistro/anno: indica il massimo risarcimento per sinistro per anno al danneggiato e deve corrispondere ad una adeguata copertura economica del rischio che si intende tutelare. Il massimale può comportare una franchigia che deve essere chiara e ben specificata indicando una quota del risarcimento

che rimane in carico al contraente/assicurato e che verrà detratta, in caso di eventuale indennizzo, dalla compagnia. Lo stesso contratto può anche comportare uno scoperto che esprime in percentuale una parte del risarcimento che, indipendentemente dal massimale e dalla franchigia, resterà sempre a carico dell'assicurato.

“ È fondamentale nella Rcp sanitaria conoscere le “garanzie di polizza”, check list di valutazione dell'efficacia delle condizioni di assicurazione. ”

Delimitazione dell'Assicurazione o temporalità di polizza: indica l'inizio ed il termine della copertura delle garanzie stipulate. A questo proposito occorre ricordare che le attuali polizze seguono il regime claims made (“in corso di polizza”) che considera come sinistro non l'evento-danno ma la prima richiesta di risarcimento (data denuncia), per cui risarcisce solo le richieste presentate alla Compagnia durante il periodo di validità del contratto e riguardanti eventi verificatisi a contratto in corso. Questo regime tutela esclusivamente gli interessi economici delle compagnie. Considerando che i termini di prescrizione previsti dalla legge per la richiesta del danno sono di 10 anni dall'evento per la responsabilità contrattuale (art. 1218 c.c.) e di 5 anni per

quella extracontrattuale (art. 2043 c.c.), occorrerà garantirsi adeguata copertura attraverso l'introduzione di garanzie “pregresse” e/o “postume” per escludere o comunque limitare soluzioni di continuità temporale nella copertura ed evitare brutte sorprese a contratto non più in corso, ad es. per cessazione dell'attività professionale. Ricordo in proposito che in caso di condanna al risarcimento, la morte dell'assicurato farebbe comunque ricadere l'onere dello stesso sui legittimi eredi che, qualora i termini di copertura di polizza fossero decaduti, sarebbero chiamati a risponderne in proprio.

Denuncia e liquidazione sinistri: è utile ottenere un termine di almeno 30 giorni dalla richiesta del danneggiato per presentare denuncia alla compagnia, contro gli attuali 3-5 giorni della maggior parte delle polizze in essere.

Esclusioni, recesso e rivalsa: tre voci da verificare attentamente perché di norma tutelano la compagnia a scapito dell'assicurato. In particolare sono da verificarsi attentamente prima della stipula i “rischi esclusi” perché potrebbero comportare negazioni al risarcimento per eventi che l'assicurato riteneva coperti comunque dalle garanzie di polizza. Per escludere poi l'azione di rivalsa in caso di colpa grave occorre contrattualizzare specifica garanzia con automatico incremento del premio annuo.

CONCLUSIONI

Voglio in conclusione ricordare ai colleghi quanto imposto dall'articolo 1910 del codice civile e cioè che l'assicurato deve comunicare per iscritto alla compagnia l'esistenza e la successiva stipulazione di altre assicurazioni per lo stesso rischio e che, in caso di sinistro, deve darne avviso a tutti gli assicuratori indicando a ciascuno il nome degli altri. L'articolo, infatti, recita che “se l'assicurato omette dolosamente di dare l'avviso, gli assicuratori non sono tenuti a pagare l'indennità” quindi... attenzione Colleghi!

Questi consigli possono ovviamente utilizzarsi per la stipula di polizze Rcp individuali, cioè sottoscritte direttamente tra medico e compagnia di assicurazione, ma risultano altrettanto utili per valutare la bontà delle polizze stipulate dalle aziende sanitarie. È nostro preciso diritto, anche nel rispetto del contratto di lavoro, conoscere e valutare come le aziende tutelano la responsabilità professionale dei dirigenti, tenendo ben presente che il concetto di colpa e di danno non sono “un problema esclusivo dei medici” ma implicano sempre più spesso la corresponsabilità strategica di tutta l'azienda e del suo management e l'immagine positiva del Ssn.

(da Anaa Piemonte Informa)

*Consulente medico di assicurazione
Segretario amministrativo Anaa Assomed
Piemonte

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:
Luigi Longo, Ester Maragò,
Stefano Simoni

Progetto grafico e impaginazione:
Daniele Lucia

A.N.E.S.
AMMEDIAGRAZIE NAZIONALI
EDIZIONI PERIODICHE ASSOCIATE



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 gennaio 2008