

# DIRIGENZA MEDICA

*Il mensile dell'Anaa 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 ANCONA

## Editoriale

15 LUGLIO 2004

di Serafino Zucchelli

All'indomani della Conferenza organizzativa e del Consiglio nazionale dell'Associazione, tenutisi a Giovinazzo (Bari), siamo in grado di esprimere giudizi e di formulare proposte che hanno ottenuto l'unanime consenso della rappresentanza più vasta dei nostri associati.

La situazione economico finanziaria del nostro Paese è sempre più difficile. È appena stata decisa e presentata all'Ecofin una manovra correttiva di 7,5 miliardi di euro e pare ci sia l'accordo tra le forze di maggioranza per presentare un Dpef che prelude ad una legge finanziaria di 30/40 mld di euro.

Se a questo si aggiunge la persistente determinazione del presidente del Consiglio nel volere realizzare nel 2005 un abbassamento delle aliquote fiscali di 10/12 mld di euro - denaro che comunque da qualche parte dovrà uscire, visto che i problemi non si possono più risolvere stampando banconote - è facile concludere che il buco è il di circa 50/60 mld di euro e dovrà essere tamponato rinunciando a una tantum e condoni.

In questo marasma il finanziamento del Ssn è sempre più insufficiente e inadeguato a sostenere i livelli essenziali di assistenza. Non siamo solo noi a dirlo ed a viverlo nei luoghi di lavoro, ma lo hanno attestato negli ultimi 15 giorni sia il rapporto dell'Istat che le Regioni. Queste ultime, in un documento predisposto per il Dpef, definiscono il fabbisogno per il 2004 in 87 mld di euro (6 in più di quelli attuali) e per il 2005 di 94 mld di euro (13 in più di quelli previsti per il 2004) e tutto questo, si badi, non per potenziare il servizio sanitario, ma per mantenerlo ai livelli attuali.

Il processo di devoluzione, intanto, procede nel suo iter parlamentare e la Lega ne pretende l'approvazione in seconda lettura alla Camera entro settembre, pena la sua uscita dalla maggioranza.

La protesta sociale ha toccato vastissimi settori della società: pensionati, operai, pubblico impiego, scuola, magistratura, sanità che hanno avvertito un progressivo impoverimento dei ceti medio-bassi ed una scarsa attenzione ai temi della tutela sociale. Sempre più forte è la contestazione contro lo Stato centrale di Regioni ed Enti locali che si vedono ridurre le risorse disponibili a fronte di responsabilità crescenti, tanto da indurli ad esprimersi in termini contrari a questa legge di devoluzione.

Tutto questo malessere e queste proteste, compresa la nostra, qualcosa hanno però prodotto.

Le recenti elezioni regionali e amministrative hanno visto confluire maggiori consensi verso quelle parti politiche, anche all'interno della maggioranza, che hanno dimostrato maggiore sensibilità sociale, sì da produrre uno scontro

*Segue a pag. 16*

## CONSIGLIO NAZIONALE: SERVONO 13 MLD PER IL SSN

Il consiglio nazionale dell'Anaa, riunito a Giovinazzo in provincia di Bari, ha approvato all'unanimità, facendola propria, la mozione finale proposta dalla Conferenza organizzativa. Nel testo viene espresso "Apprezzamento per la conduzione della Vertenza Salute", viene confermato come "obiettivo prioritario la difesa e il rilancio del Ssn" e si sottolinea come la sanità "rappresenta un settore ad elevata innovazione tecnologica. Dunque, non può essere considerata una semplice area da tagliare dimenticando la sua capacità di costituire un volano insostituibile per investimenti, ricerca ed occupazione".

Il Consiglio nazionale, poi, si rivolge al Governo e mette in guardia sul Dpef che deve prevedere finanziamenti per il sistema

sanitario "coerenti ed adeguatamente stimati, non inferiori a 13 miliardi di euro". "Robusto finanziamento pubblico aggiuntivo" altrimenti sarà impossibile riuscire a garantire la piena attuazione dei Lea, ma sarà anche difficile dare "risposte concrete ad alcune grandi questioni categoriali, che vanno poste con forza sul tavolo politico e contrattuale".

Infine il rinnovo del contratto. L'Anaa chiede che "l'atto di indirizzo messo a punto, ancorché non condivisibile nella sua totalità, venga approvato al più presto per permettere l'apertura del tavolo contrattuale. Ulteriori ritardi sarebbero vissuti come un tentativo di "saltare" un'intera tornata contrattuale".

*Il testo integrale a pag. 16*

## Atto di indirizzo, luci e ombre

La Conferenza dei Presidenti ha approvato il nuovo testo dell'Atto d'indirizzo che deve essere approvato dal Consiglio dei ministri prima di avviare la trattativa per il rinnovo del contratto. I contenuti di questo documento, in parte migliorativi rispetto al

primo testo presentato dalle Regioni, sono comunque ritenuti insufficienti dal momento che permangono ancora molte zone d'ombra.

*Il testo e il commento a pag. 2*

ULTIM'ORA 16 LUGLIO 2004

## Approvato l'Atto di indirizzo

Il Consiglio dei Ministri nella seduta del 16 luglio, ha approvato l'Atto di indirizzo per il rinnovo del contratto di lavoro (quadriennio normativo 2002-2005 ed economico 2002-2003) della dirigenza medica e veterinaria. L'atto è accompagnato da due raccomandazioni del Governo: quella di contenere entro un quadro di compatibilità finanziaria nazionale gli aumenti e quella di ricordare che i livelli di contrattazione, nonostante il maggior peso regionale, restano comunque due, nazionale e aziendale.

## INTERVISTA

*Le questioni pregiudiziali hanno ritardato la trattativa.*

*Intervista a Romano Colozzi, presidente del comitato di settore delle Regioni per il comparto sanità e assessore al Bilancio della Lombardia*

SERVIZIO A PAGINA 5

## SPECIALE REGIONI

*Su questo numero focus su: Lazio e Molise. Intervista al presidente dell'Asp Lazio Gramazio e al consigliere del presidente del Molise per la sanità De Camillis.*

*Il punto di vista dei segretari regionali Anaa: Antonellis e Pulella*

SERVIZI ALLE PAGINE 6-9

## SPECIALIZZANDI

*Un peso o un investimento per il futuro? La vertenza salute, i rapporti di partnership e una maggiore attenzione ai loro problemi. Ad un anno dalla nascita di FederSpecializzandi gli specializzandi hanno assunto un ruolo di primo piano*

ARTICOLO A PAG. 12

CONTRATTO 2002-2005

# Luci e ombre dell'Atto di indirizzo

Il 17 giugno la Conferenza dei presidenti ha approvato il nuovo testo dell'atto di indirizzo all'Aran di cui si attende l'approvazione da parte del Consiglio dei ministri prima di poter avviare la trattativa.

I contenuti dell'atto di indirizzo sono in parte

migliorativi del primitivo testo, anche se permangono molte zone d'ombra preoccupanti. Tra gli ELEMENTI POSITIVI vanno elencati:

- il permanere dell'orario di lavoro a 34 + 4 ore
- la conferma del Comitato dei Garanti seppure rivisitato

- la conferma dell'indennità di rapporto esclusivo per coloro che esclusivi vogliono rimanere. Tra gli ELEMENTI PREOCCUPANTI segnaliamo:
- proposte pericolose sull'adeguamento dei fondi al crescere o al calare degli organici

## Il testo dell'Atto di indirizzo del comitato di settore del comparto sanità (17 giugno 2004)

### AREA DIRIGENZA MEDICA E VETERINARIA (RINNOVO CONTRATTUALE 2002/05)

#### Parte normativa 2002/2005 - Parte economica 2002/2003

#### Linee generali

Il Comitato di Settore assume la seguente direttiva per attivare le procedure di rinnovo contrattuale per l'Area della Dirigenza Medica e Veterinaria relativamente al quadriennio 2002/2005 e biennio economico 2002/2003, ai sensi dell'art. 47 D.Lgs. n. 165/01 e successive modifiche.

Il Comitato di Settore indica i seguenti indirizzi generali:

a. Il presente atto di indirizzo viene assunto in linea con la direttiva intersettoriale, recependone i principi generali e gli obiettivi prioritari della tornata contrattuale in essa individuati, armonizzandola con quanto di seguito precisato per adeguarla alle esigenze del Settore.

b. Il sistema di contrattazione collettiva, ispirandosi ai principi e al processo di privatizzazione e contrattualizzazione del rapporto di lavoro di cui al D.Lgs n. 165/01 e successive modifiche, è articolato su due livelli:

1. nazionale
2. aziendale

Tuttavia, mentre il contratto nazionale deve essere alleggerito nella sua architettura, rinviando alle Regioni la definizione di alcuni istituti, il livello aziendale, nel rispetto dei principi di decentramento e di federalismo che hanno trovato pienamente conferma nelle disposizioni di cui alla legge costituzionale n. 3 del 18 ottobre 2001, che ha modificato il titolo V della Costituzione, deve essere preceduto dall'azione di indirizzo e coordinamento della Regione che comunque va prevista nello stesso CCNL.

### TITOLO I ISTITUTI ECONOMICI

#### 1. Contenuti

Il Comitato di Settore individua i seguenti incrementi contrattuali:

a) Definizione e disponibilità delle risorse (con riferimento al monte salari 2001)

A seguito di quanto disposto dalla legge finanziaria nazionale n. 350 del 24 dicembre 2003 all'art. 3 comma 52, in ordine alla copertura della quota di risorse relative all'accordo per il personale delle Pubbliche Amministrazioni del 4 febbraio 2002, la quantificazione delle risorse - stimate in base alle rilevazioni operate dal Comitato di settore - risulta essere quella riportata nella tabella allegata sub 1).

Nella destinazione delle risorse derivanti dallo 0,50% e 0,99% (su Monte Salari 2001) per l'anno 2003 all'incentivazione della produttività, si terrà conto di quanto stabilito dalla legge finanziaria 2003 e dagli accordi Governo - OO.SS. del 4 - 6 febbraio 2002.

È facoltà della Regione, in presenza di avanzi di amministrazione e pareggio di bilancio delle Aziende ovvero della realizzazione annuale di programmi, correlati ad incrementi quantitativi/qualitativi di attività del personale, finalizzati al raggiungimento del pareggio di bilancio, confermare anche per il biennio 2002-2003 le risorse aggiuntive per la contrattazione integrativa nella misura massima dell'1% previsto nell'art. 10, comma 2, del CCNL 8/6/2000 - II° biennio economico Area della Dirigenza Medica e Veterinaria, così come applicato nelle singole Regioni. Nel caso di utilizzo delle suddette risorse i relativi importi sono destinati alla sola produttività.

b) Finalizzazione delle risorse

b1) Il CCNL garantirà l'incremento del trattamento fondamentale stabilito secondo la dinamica inflativa.

b2) Le restanti risorse sono destinate per finanziare la contrattazione integrativa finalizzandole in particolare all'istituto della retribuzione di risultato, sulla base delle indicazioni regionali.

c) Contabilizzazione delle risorse

Nella quantificazione dei costi contrattuali e nella loro finalizzazione, come indicato nei punti precedenti, l'impegno di ciascuna Regione (e conseguentemente il costo complessivo nazionale del contratto) non può superare il 5,66% del Monte Salari 2001; in questa logica è superato il sistema della perequazione interregionale.

d) Indennità di esclusività

In relazione all'entrata in vigore della normativa in materia contenuta nel Decreto Legge n. 81/2004 convertito con Legge n. 138/2004, i cui effetti sui rapporti di lavoro si produrranno dal 1° gennaio 2005:

- si conferma il trattamento economico denominato "indennità di esclusività" come definito nel precedente CCNL, ivi compresa la previsione circa la non inclusione della relativa voce stipendiale nell'ambito del Monte Salari (art. 5, comma 2 CCNL 1998-2001, II biennio economico);

- ferma restando la conferma della corresponsione dell'indennità di cui sopra, per quanto riguarda il finanziamento dell'indennità, si opererà una verifica circa le risorse risparmiate e la consistenza del finanziamento, così come peraltro previsto dall'art. 11 del CCNL biennio 2000/2001.

### TITOLO II ISTITUTI GIURIDICI Contenuti

Il Comitato di Settore assume due elementi di riferimento oltre a quanto già espresso nelle linee generali:

- a) il consolidamento dei contenuti acquisiti nella contrattazione 1998/2001;
- b) la sistematizzazione del contratto 1998/2001 attraverso l'introduzione di eventuali modifiche intervenute nel quadro normativo.

I seguenti indirizzi generali si vengono, quindi, a collocare all'interno degli elementi sopra espressi:

#### 1. Assetto del modello di contrattazione

Si ritiene opportuno:

- a) rafforzare il coordinamento regionale ex art. 7 CCNL 1998/2001, prevedendo in tale ambito un giusto equilibrio tra l'azione regionale e la sfera di autonomia propria delle aziende sanitarie;
- b) prevedere il rinvio esplicito al tavolo regionale di alcune materie oggetto di contrattazione, con fissazione dei principi generali, per i quali il Comitato si riserva un successivo atto di indirizzo per le materie che non hanno già avuto una disciplina di principio nel presente atto.

#### 2. Sistemi di valutazione

La disciplina della materia di cui agli artt. 31 e seguenti del CCNL 1998/2001, individua due appositi organismi preposti alla valutazione della dirigenza: il Collegio tecnico (introdotto dal D.Lgs. n. 229/99) e il Nucleo di Valutazione, quest'ultimo oggi superato da quanto introdotto dal D.Lgs n. 286/99 (controlli interni).

Al fine di semplificare e di semplificare la procedura di valutazione, il Comitato di Settore indica di inserire nel contratto 2002/2005 un articolato che dia una disciplina uniforme e compiuta a tale istituto alla luce dei cambiamenti legislativi in atto, definendo:

- a) la correlazione tra valutazione delle prestazioni e retribuzione di risultato, subordinando l'erogazione di quest'ultima a momenti di verifica intermedia e a consuntivo;
- b) gli organismi preposti alla verifica con indicazioni più specifiche alle aziende in merito all'attivazione del sistema del controllo interno;
- c) le procedure di valutazione più semplificate ribadendo la coerenza tra la valutazione di risultato e la valutazione professionale;
- d) gli ambiti e i soggetti coinvolti nella prima e nella seconda istanza di valutazione.

Indicati i principi, per gli ulteriori aspetti deve essere stabilito un rinvio alla competenza regionale, in considerazione dello stretto rapporto con le linee applicative in materie di organizzazione previste dall'art. 2 del D.Lgs. n. 502/92 e succ. mod. Infine, allo scopo di dare piena applicazione al sistema di valutazione, il Comitato di Settore ritiene necessario individuare un termine entro il quale le aziende devono soddi-

- sostanziale reintroduzione del plus orario
  - introduzione di "un adeguato rapporto" tra attività libero professionale intra ed extra e liste di attesa. Fatto questo del tutto nuovo, estremamente preoccupante e peggiorativo della situazione attuale
  - fondi inadeguati per il rinnovo del secondo biennio (2004-2005) fermi al 3,6%, primitiva offerta del Governo di contro ad una richiesta del fronte sindacale dell'8%.
- Come si può immaginare, iniziare la trattativa contrattuale (speriamo nel più breve tempo possibile) non vuol dire concluderla. Molto fosco rimane poi l'orizzonte complessivo della situazione politico-economica. Nelle prossime settimane il Governo deve presentare il Dpef e le prime anticipazioni parla-

no di un incremento del fondo sanitario nazionale pari all'inflazione programmata: 1,7%, del tutto inadeguato alle necessità di rifinanziamento del sistema.

È stato poi ribadito dal presidente del Consiglio, anche dopo le elezioni, la decisione di ridurre le aliquote fiscali senza ridurre le spese per lo stato sociale. Ma se anche questo ulteriore "miracolo" potrà essere fatto dal prossimo responsabile del dicastero dell'Economia il risultato sarà ugualmente devastante. Il Ssn non può certo accontentarsi di non veder ridotte le somme ad esso destinate. Ha bisogno di un sostanzioso rifinanziamento. Se questo non accadrà la maggior parte delle Regioni nel 2005 si troveranno in una situazione fallimentare.

Sul fronte delle modifiche costituzionali, in-

fine, il presidente Berlusconi ha assicurato che sarà completato l'iter legislativo del processo di devoluzione.

Le speranze che avevamo riposto nell'affermazione elettorale dei partiti di maggioranza più sensibili allo stato sociale e nella battuta di arresto delle forze più oltranziste si stanno rivelando, per ora, vane.

Confidiamo, comunque, che nel confronto politico che si è aperto tra le forze di Governo, prevalgano il senso di responsabilità e l'impegno di operare in concreto per una reale difesa della medicina pubblica.

La Conferenza organizzativa di Giovinazzo dell'8 luglio, in questo senso, ha rappresentato un momento importante per giudicare tutti insieme e programmare il futuro.

sfare l'andata a regime del sistema di valutazione.

**3. Contratto individuale di lavoro dei dirigenti:** nel riconfermare quanto previsto dall'art. 13 del CCNL 1998/2001, va introdotta la possibilità di inserimento di clausole di risoluzione del contratto concordate tra le parti e le cui tipologie possono essere individuate dal tavolo regionale. Tra l'altro, deve essere prevista una tutela a favore delle Aziende che hanno assicurato significativi investimenti, anche formativi, nei confronti del dirigente che chieda unilateralmente di cessare dal rapporto di lavoro per qualunque motivo prima che sia trascorso un congruo periodo di lavoro di permanenza nell'Azienda stessa.

Il CCNL dovrà individuare un termine entro il quale le aziende ed i dirigenti devono soddisfare l'obbligo di sottoscrizione dei contratti individuali, prevedendo sanzioni in caso di inadempienza.

**4. Fondi contrattuali:** rimane confermata in sede di contrattazione nazionale la disciplina dei tre fondi contrattuali (risultato, accessorio e posizione) unitamente alla definizione delle modalità della loro costituzione, tenuto conto di quanto previsto nei punti 7 e 8.

In particolare è necessario:

- superare eventuali automatismi di rivalutazione dei fondi derivanti da aumenti di personale, lasciando alla sfera della autonomia aziendale e del coordinamento regionale la valutazione della correlazione tra le necessità dell'azienda, l'istituto della retribuzione di risultato e la rivalutazione delle risorse;
- rafforzare il meccanismo di riduzione dei fondi conseguente alle riduzioni di organico determinate da processi di riorganizzazione, fatta salva la facoltà già prevista dall'attuale meccanismo contrattuale di ridistribuire in ambito aziendale i fondi a seguito di riduzione stabile di personale in relazione e nel rispetto dei risparmi aziendali stabiliti in sede di definizione di bilancio.

Individuati i principi generali, il CCNL rinvierà la disciplina a indicazioni regionali nell'ambito delle quali potranno essere formulati criteri di distribuzione delle risorse tra aziende coinvolte nei processi di riorganizzazione.

**5. Orario di lavoro e ferie:** vanno confermati e rinforzati i seguenti principi:

- a) ferma restando l'individuazione dell'orario di lavoro contrattuale di cui all'art. 16, comma 2 del CCNL 1998-2001, trattandosi di personale della qualifica dirigenziale l'orario di lavoro ulteriore dovrà essere finalizzato al perseguimento degli obiettivi aziendali correlati alla retribuzione di risultato. Il debito orario individuerà quindi l'impegno necessario al raggiungimento degli stessi;
- b) nel confermare, inoltre, la disposizione di cui all'art. 17 del CCNL 1998-2001, si evidenzia la necessità che la presenza del dirigente responsabile di struttura complessa, rilevata tramite sistemi oggettivi e comunque non inferiore a quanto previsto nel punto precedente, sia coerente con l'organizzazione del lavoro e con gli obiettivi di attività istituzionale assegnati all'unità operativa diretta;

c) dovranno essere previsti strumenti che assicurino trasparenza e controllo da parte dell'Azienda nella distinzione del tempo di lavoro impiegato per l'espletamento dell'attività istituzionale e dell'attività libero professionale;

d) nell'ambito del monte ore specificamente destinato alla formazione, le Aziende prevederanno la partecipazione dei professionisti ai piani di formazione al fine di corrispondere agli obblighi dell'Educazione Continua in Medicina. Pertanto la destinazione alla formazione delle quattro ore settimanali dovrà essere rifinalizzata alla luce del nuovo sistema, e sulla base di programmi formativi aziendali oggetto di confronto con le Organizzazioni Sindacali, ricomprendenti anche la "formazione sul campo" come previsto dall'Accordo 20/5/2004 tra il Ministero della Salute e le Regioni sul programma di formazione continua e coerentemente con gli indirizzi regionali in materia;

e) la fruizione delle ferie costituisce un diritto-dovere del dirigente. Le ferie, tenuto conto della programmazione del lavoro ed in relazione alle esigenze di servizio, devono essere fruiti utilizzando nell'arco dell'anno tutti i periodi possibili con l'obiettivo di essere esaurite entro l'anno solare di maturazione.

In materia, definiti i principi generali, il CCNL rinvierà la disciplina di dettaglio a indicazioni regionali.

**6. Rapporti di lavoro a tempo definito:** il CCNL dovrà recepire le previsioni in materia poste dal D.L. n. 81/2004 convertito con Legge n. 138/2004, riservando alle Regioni l'emanazione di indirizzi coerenti con le scelte organizzative maturate rispetto all'istituto di cui trattasi.

**7. Prestazioni e orari aggiuntivi:** va previsto nel contratto nazionale un rinvio esplicito alle Regioni per la disciplina della correlazione tra fondo per il trattamento accessorio legato alle condizioni di lavoro straordinario e fondo per la retribuzione di risultato sviluppando un apposito sistema di controllo, monitoraggio e governo degli orari - prestazioni aggiuntive. In proposito devono essere individuati nel CCNL i principi generali al fine di far rientrare tali orari - prestazioni nell'ambito del risultato, tenendo conto anche della possibile acquisizione delle stesse.

**8. Condizioni di lavoro:** vanno individuati strumenti di valorizzazione delle aree di maggior disagio tra cui, a titolo esemplificativo, l'attività di elisoccorso e il servizio di guardia, unitamente alle relative modalità di finanziamento, tenuto conto della possibile correlazione tra il fondo per la retribuzione di risultato ed il fondo per il trattamento accessorio legato alle condizioni di lavoro, di cui al punto 4. Stabilito il principio generale, tale materia è oggetto di contrattazione integrativa, previo indirizzo regionale.

**9. Comitato dei Garanti:** nel confermare l'esigenza di un organismo terzo di garanzia, a tutela della trasparenza e correttezza dei procedimenti di recesso anticipato dal rappor-

to di lavoro dei dirigenti, si ritiene opportuno che, previa una valutazione sull'esperienza maturata, la negoziazione collettiva proceda a eventuali adeguamenti, nei poteri e nelle modalità di funzionamento del Comitato dei Garanti di cui all'art. 23 del CCNL 1998/2001. Ciò nell'ottica di uno snellimento delle procedure del Comitato ed al fine di orientare i pareri dello stesso esclusivamente alla valutazione della sussistenza, nei casi specifici sottoposti, dei presupposti di recesso ex art. 36 CCNL 5/12/96.

**10. Azioni positive per la riduzione delle liste d'attesa:** la normativa contenuta nel D.L. n. 81/2004 convertito con Legge n. 138/2004, modificando il carattere di irreversibilità dell'opzione per il rapporto di lavoro esclusivo, rende necessario un intervento, nell'ambito dello strumento contrattuale, che individui azioni positive per la riduzione delle liste d'attesa. Tali azioni si dovranno concretizzare in una migliore finalizzazione dell'attività istituzionale quale strumento prioritario per la riduzione delle liste d'attesa, garantendone un adeguato rapporto con l'attività in regime libero professionale intramoenia ed extramoenia. Ciò dovrà attuarsi, nell'ambito della negoziazione di budget, tramite una più efficace responsabilizzazione dei professionisti, con particolare riferimento ai responsabili di struttura, prevedendo meccanismi virtuosi orientati a tale scopo, quali, tra gli altri, l'individuazione di ambiti orari per l'attività istituzionale e l'adozione di misure, omogenee fra i dirigenti in entrambi i regimi, in caso di significativo scostamento dagli obiettivi di riduzione delle liste di attesa concordati.

**11. Autorizzazioni delle attività non rientranti nella libera professione intramoenia:** in analogia con il personale del comparto ed ai sensi dell'art. 53 del D.Lgs n. 165/01, nonché in applicazione a quanto previsto alla lettera a) "Linee generali" del presente atto di indirizzo, si ritiene opportuno armonizzare il dettato contrattuale con l'art. 53 sopra richiamato.

### TITOLO III PARTE CONCLUSIVA

- Devono essere rafforzati i rapporti tra l'ARAN e il Comitato di Settore in sede di confronto nazionale, confermando le sfere di competenze previste dal D.Lgs n. 165/01 che assegna lo status di soggetto contraente all'ARAN.

Inoltre l'ARAN, terminata ogni attività relativa alla fase della negoziazione e definizione del contratto di lavoro, ivi compresa l'interpretazione autentica delle clausole contrattuali ai sensi dell'art. 49 del D.Lgs n. 165/01, esplicherà l'attività di assistenza prevista dall'art. 46 del medesimo decreto legislativo su richiesta delle Regioni - Comitato di Settore.

- Si ritiene necessario coordinare i testi contrattuali e le discipline degli istituti attualmente vigenti, migliorando l'omogeneità e semplificando la terminologia. Si ritiene in particolare opportuna la redazione di un apposito testo unico.

PUBBLICO IMPIEGO: INCONTRO GOVERNO-SINDACATI

# Sul contratto si gioca la partita del II biennio economico

Il finanziamento contrattuale relativo al secondo biennio 2004-2005 è stato al centro dell'incontro tra Sindacati e Governo che si è svolto lo scorso giugno a Palazzo Chigi. Le parti sono rimaste distanti. Chiusura di Tremonti ad ogni ipotesi di negoziazione dell'incremento per il biennio 2004-2005, in quanto fissato dal Governo in base all'andamento dell'economia

Il 3 giugno, l'Anaa Assomed ha partecipato all'incontro svoltosi a Palazzo Chigi tra Governo e Confederazioni sindacali sul tema del finanziamento contrattuale del secondo biennio 2004-2005 del pubblico impiego.

Tema scottante sul quale le posizioni tra parte pubblica e parte sindacale sono distanti e sul quale già si è speso uno sciopero generale.

Le posizioni al momento dell'incontro sono così riassumibili:

Il Governo ha stanziato in finanziaria un 3,6% di aumenti contrattuali per il Pubblico Impiego così ripartiti: per il 2004-2005, un incremento rispettivamente di 1,7% e 1,5% corrispondenti all'inflazione programmata pari a 1030 e 1970 mln di euro + lo 0,2% per ogni anno del biennio destinato alla produttività (totale 3,6%)

La richiesta di parte sindacale è molto distante e corrisponde ad un incremento totale dell'8% così ripartito: recupero del differenziale inflativo 2002-2003 pari al 2,2% (non previsto in finanziaria) + il 2,4% per il 2004 e il 2005, superiori al tasso di inflazione programmata ma vicini all'inflazione reale, + lo 0,5% destinato alla produttività per ogni anno del biennio (1% complessivo) pari a quello del biennio precedente (totale 8%).

## LA POSIZIONE DI PALAZZO CHIGI

Il Governo era rappresentato al tavolo dal vicepresidente del Consiglio Gianfranco Fini, dal sottosegretario alla presidenza del Consiglio Gianni Letta, dal ministro dell'Economia, Giulio Tremonti, dal ministro della Funzione pubblica, Luigi Mazzella e dal ministro del Welfare, Roberto Maroni. Fini in apertura riconosceva il forte divario delle posizioni tra le parti e affermava che il Governo era disposto a un approfondimento negoziale sull'andamento reale dell'inflazione in rapporto alle retribuzioni per gli anni 2002-2003 e al riconoscimento dell'obiettivo divario tra lo 0,5% destinato in passato alla produttività e lo 0,2% proposto in questa fase, ma che non aveva alcuna intenzione di ridiscutere in nessun modo l'incremento contrattuale fissato in finanziaria per il biennio 2004-2005, in quanto legato alla inflazione programmata per quegli anni (rispettivamente 1,7 e 1,5%).

## LA RISPOSTA DEI CONFEDERALI

I segretari di Cgil, Cisl e Uil nel loro intervento ripetevano gli stessi concetti, riflettendo una posizione comune. L'obiettivo dell'accordo sul costo del lavoro del 1993 è l'invarianza del salario reale rispetto alle variazioni dell'inflazione e costituisce una premessa non derogabile.

In conclusione si può anche discutere sul tavolo negoziale sul recupero inflattivo, ricorrendo a fonti superiori e incontrovertibili (dati Istat sull'andamento della spesa e della economia), ma resta inaccettabile la posizione del Governo sulle altre due voci relative al tasso di inflazione programmata per il biennio 2004-2005, molto lontane da quella reale, che è registrata dai dati Istat al 2,2%, e alla produttività.

## IL "NO" DI TREMONTI

Il dimissionario ministro dell'Economia Tremonti ha chiuso la porta a qualsiasi discussione ed ha affermato che l'incremento per il biennio 2004-2005 è stato fissato dal Governo in base all'andamento dell'economia, e non può essere in nessun caso oggetto di contrattazione con la parte sindacale e che l'incremento destinato alla produttività è dipendente dalla crescita registrata per il 2003 pari allo 0,4%, di molto inferiore alla crescita riportata nel 2000 che era del 3% e che permise incrementi legati alla produttività pari al 2%. Ed è proprio questa asimmetria di sviluppo che giustifica i diversi livelli di finanziamento della voce contrattuale legata alla produttività.

Gli interventi delle altre confederazioni riflettono sostanzialmente le posizioni delle confederazioni maggiori.

## L'INTERVENTO DI ZUCHELLI

Per la Cosmed è intervenuto il segretario nazionale dell'Anaa Assomed Serafino Zucchelli, che ha ricordato che proprio lo stesso giorno i sindacati della dirigenza medica avevano scioperato per il rinnovo del Contratto nazionale scaduto da quasi tre anni e che da solo poche settimane era stato firmato il contratto nazionale dei medici dipendenti del ministero della Salute relativo al 2002-2003. Zucchelli ha sottolineato come questi ritardi avessero provocato una tale perdita del potere di acquisto delle retribuzioni che quanto proposto dal Governo risultava ampiamente

insufficiente a finanziare un rinnovo contrattuale consono non solo a conservare il potere di acquisto delle retribuzioni della categoria, ma a favorire un suo rilancio professionale indispensabile al rinnovamento del Servizio sanitario nazionale. Zucchelli, riproponendo i temi della Vertenza Salute, ha ricordato in quella sede come il rinnovo contrattuale della dirigenza medica e sanitaria sarebbe stato un banco di prova per il Governo circa le sue reali intenzioni di mantenere in vita e rilanciare il Ssn (alle prese con i problemi legati al sottofinanziamento, ormai cronico, del sistema, come denunciato dalle stesse Regioni), e minacciato nelle sue caratteristiche di universalità e di uguaglianza dallo sviluppo della legislazione federalista che rischia di frammentare il Ssn in molti sottosistemi differenti tra loro per i livelli quali-quantitativi delle prestazioni erogate e di mettere in crisi la stessa erogazione dei Lea. Affermazioni quest'ultime non particolarmente gradite da Fini che ricordava come sui contenuti della protesta dei medici ci fosse una netta divergenza tra le sigle sindacali (semmai qualcuno nutriva ancora qualche dubbio su quale parte abbia favorito l'annullamento dello sciopero generale del 3 giugno da parte di Cimo, Cisl, Uil ed Anpo) e come le posizioni dell'Anaa per tale motivo fossero solo strumentali.

## CONCLUSIONI

Date le premesse e la forte divergenza delle posizioni di partenza la conclusione è così riassumibile: il Governo si impegna a rivedere sul tavolo negoziale il finanziamento per la produttività cercando di ricomporre in qualche modo la asimmetria con quanto fissato per la produttività nella precedente tornata contrattuale, e a ridiscutere, affidandosi alle analisi dell'Istat, il recupero inflattivo per il biennio 2002-2003. Chiusura totale sugli incrementi derivanti dalla inflazione programmata per il 2004-2005. Preso atto delle differenze esistenti tra le parti il tavolo è rinviato al dopo elezioni, convinto, ognuno per la sua parte, di ricavare da queste le indicazioni utili a trovare le possibili mediazioni di una vertenza che si annuncia difficilissima.

**Domenico Iscaro**  
Vice segretario nazionale  
Anaa Assomed

INTERVISTA A ROMANO COLOZZI, PRESIDENTE DEL COMITATO DI SETTORE DELLE REGIONI PER IL COMPARTO SANITÀ E ASSESSORE AL BILANCIO DELLA LOMBARDIA

# Le questioni pregiudiziali hanno ritardato la trattativa

Nel presentare i nuovi Atti di indirizzo per il rinnovo dei contratti della dirigenza medica e sanitaria, Romano Colozzi non rinuncia alla polemica. Nell'augurarsi tempi rapidi per l'avvio della trattativa, infatti, sottolinea il suo auspicio a che non si pongano "ulteriori questioni pregiudiziali che fino ad ora non hanno fatto altro che ritardare il tanto atteso rinnovo contrattuale". Ma il suo orientamento è soprattutto quello di valorizzare l'operato delle istituzioni regionali, che il 17 giugno scorso hanno approvato i due documenti. Secondo Colozzi "le Regioni hanno dimostrato, ancora una volta, un grande senso di responsabilità, operando in modo concreto, senza farsi ingabbiare da contrapposizioni ideologiche". Abbiamo incontrato Romano Colozzi proprio nella sede della Conferenza dei presidenti delle Regioni, pochi istanti dopo il pronunciamento positivo sugli Atti di indirizzo, e gli abbiamo chiesto alcuni chiarimenti.

di Eva Antoniotti

**A**ssessore Colozzi, in questi nuovi documenti, che arrivano a quasi un anno di distanza dai precedenti, avete recepito le critiche mosse dalle organizzazioni sindacali e dall'Anao Assomed in particolare?

Secondo noi sono stati dati tutti i chiarimenti che si sono resi necessari per iniziare il confronto. Come sempre, un Atto di indirizzo non entra nel dettaglio delle clausole contrattuali ma indica una linea di tendenza verso cui a parere delle regioni il contratto deve muoversi. Riguardo al passato, sinceramente non abbiamo compreso l'atteggiamento che molti sindacati hanno assunto, chiudendosi pregiudizialmente ad un confronto e dichiarando irricevibile l'Atto di indirizzo elaborato lo scorso anno. A nostro parere, questo ha semplicemente allungato i tempi per avviare la trattativa sul contratto e quindi ha penalizzato i medici. La controprova è la trattativa del comparto sanità. Anche in quel caso i sindacati avevano espresso critiche all'Atto di indirizzo, senza però rifiutarsi di sedere al tavolo e questo ha consentito, in un breve giro di tempo, di vedere quali erano i punti di criticità, risolverli e siglare il contratto in tempi molto più rapidi.

**Il nuovo Atto di indirizzo per la dirigenza medica riprende una questione già prevista dal 229, collegando l'avvenuta riduzione delle liste d'attesa alla possibilità di svolgere attività libero-professionale intramoenia. Ma quali saranno gli strumenti concreti per realizzare questo proposito?**

Individuare gli strumenti non è compito nostro ma di Aran e sindacati. Noi abbiamo detto che ci sembra essenziale in questo momento che si trovino dei meccanismi virtuosi per collegare le prestazioni e le remunerazioni dei medici al realizzarsi di una riduzione dei tempi d'attesa per le prestazioni, che è un obiettivo richiesto da

tutti a cominciare dagli utenti. Le modalità possano essere le più diverse e noi auspichiamo che vengano trovate in trattative norme di soddisfazione per tutti.

**L'indicazione contenuta nell'Atto di indirizzo e riguardante la congruità di presenza oraria per chi accede alla direzione di strutture complesse è un modo per "aggirare" la norma prevista nel decreto sulle emergenze sanitarie?**

No, anche se tutti sanno che sulla riforma fatta con la 138 le Regioni hanno posizioni differenti. In particolare noi, come Regione Lombardia, siamo assolutamente d'accordo. Ma con questa norma non si è voluto impedire o rendere impossibile che i dirigenti di struttura complessa abbiano un'attività libero-professionale; diciamo semplicemente che occorre trovare i meccanismi minimi per garantire la presenza in tempi congrui a quell'incarico. Non è un impedimento all'applicazione della nuova norma sulla reversibilità del rapporto di esclusiva, ma una sottolineatura che si è resa necessaria proprio per l'introduzione di quella norma.

**Passiamo alla parte economica. Perché solo ora avete accolto l'incremento eccedente il dato d'inflazione, ovvero circa un punto percentuale?**

Noi abbiamo sempre sostenuto che la condizione per poter mettere a disposizione questo incremento era che fosse previsto dalla Legge Finanziaria. Quando abbiamo elaborato l'Atto di indirizzo lo scorso anno non era così, ora che invece, visto che questo incremento è stato previsto dall'ultima Finanziaria, lo abbiamo inserito, per quel che riguarda la dirigenza.

**Lei ha proposto di passare alla Sisac, la struttura interregionale che si occupa delle Convenzioni mediche, anche le trattative sul contratto della dipendenza. Perché?**

Questa dovrebbe essere l'inevitabile conseguenza derivante dalla riforma istituzionale fatta. Ormai la sanità è competenza delle Regioni, tranne che per le linee generali di coordinamento, ed essen-



Romano Colozzi, presidente del Comitato di settore per la sanità delle Regioni e assessore al Bilancio per la Regione Lombardia

do anche necessaria una sempre maggiore integrazione tra i vari segmenti della sanità, dalla convenzionata all'ospedaliera eccetera, noi crediamo che sarebbe intelligente unificare anche la parte tecnica interessata, così come è stato unificato il Comitato di settore, che elabora gli Atti di indirizzo. Credo che questo sarebbe un vantaggio per tutti perché un'interlocuzione più diretta tra le parti realmente coinvolte nella trattativa renderebbe più facile il dialogo.

# Lazio

## LA SANITÀ NELLA REGIONE LAZIO

# I primi passi sono stati compiuti ma il cammino resta ancora lungo

IL PSR 2002-2004 È ALL'80% DELLA SUA ATTUAZIONE, PER L'EMERGENZA È STATA ISTITUITA UN'AZIENDA SANITARIA AD HOC, QUANTO ALLA PREVENZIONE LO SCORSO AUTUNNO È STATO VACCINATO PIÙ DEL 70% DELLA POPOLAZIONE. TUTTO BENE DUNQUE? NON PROPRIO. SE, INFATTI, I PROGRESSI SONO STATI FATTI, IL LAZIO CONTINUA A REGISTRARE 'DRAMMATICI' DEFICIT DI SPESA, LE LISTE D'ATTESA SONO ANCORA ELEVATE E LA RIORGANIZZAZIONE DELLA RETE OSPEDALIERA È ANCORA IN ALTO MARE.

di Lucia Conti

“La sanità nel Lazio continua a fare indubbi passi in avanti” per il presidente della Regione Francesco Storace, secondo il quale “i cittadini hanno sempre più fiducia verso le strutture sanitarie”. E lo dimostrerebbe il fatto che “siamo passati da una mobilità dei pazienti passiva ad una mobilità attiva. In tanti, da varie parti d'Italia, si rivolgono sempre più alle nostre realtà sanitarie per i ricoveri”. Il tutto realizzato “senza aumentare le tasse, bloccando l'emorragia di risorse e puntando sul fattore umano, dando credibilità agli operatori”.

Ugualmente soddisfatto l'assessore alla Sanità Marco Verzaschi, secondo il quale nel Lazio esisterebbero centri sanitari di “eccellenza e personale di elevata qualità professionale, non solo a livello regionale ma anche internazionale”. Anche l'assessore conferma l'incremento delle prestazioni: “in tre anni – ha detto – le prestazioni nelle strutture ospedaliere sono aumentate di un terzo, nonostante le difficoltà economiche e la limitazione delle assunzioni”.

Restano, comunque, alcuni nodi da sciogliere, soprattutto per il capitolo che riguarda l'assistenza agli immigrati. “Oggi lo Stato dà 1.250 euro a persona – ha spiegato nei giorni scorsi Storace – ma, a conti fatti, per garantire l'assistenza agli immigrati regolarizzati, mancano 800 miliardi di vecchie lire”. Una cifra considerevole, che tiene conto di una realtà in cui il sistema sanitario regionale deve garantire assistenza al 9% dei cittadini italiani e a ben il 12% di tutti gli immigrati regolarizzati presenti nel Paese”.

### L'ATTUAZIONE DEL PSR 2002-2004

“Vincente si è rivelata l'attività legislativa, a partire dal Piano sanitario regionale, il primo mai realizzato per il Lazio”. Sono le parole dell'assessore alla Sanità Marco Verzaschi.

E prima delle strategie da seguire, il Psr del Lazio fa un premissa: “Il principio etico che ispira il Piano – si legge sul documento – è l'impegno a perseguire un obiettivo ambizioso, ma possibile, e cioè quello di orientare il sistema e l'organizzazione del servizio sanitario verso la copertura del diritto alla salute, affinché ogni cittadino del Lazio possa esprimere la piena potenzialità del proprio essere ed aggiungere tempo e qualità alla propria vita”.

Necessario, secondo il Piano sanitario regionale, adottare una pianificazione a medio e lungo termine ed un diverso modo di operare, improntato alla cooperazione tra il sistema sanitario regionale e le forze sociali presenti nella Regione. “Le azioni del sistema dovranno, comunque, esplicarsi in un'ottica di vocazione di servizio

verso gli altri, nel rispetto dell'autonomia del paziente e nella valorizzazione della dignità umana di fronte ad ogni situazione della vita”.

Tra le priorità, quindi, la costituzione di 1.715 posti residenziali nuovi, da realizzare nel triennio con l'obiettivo di riequilibrare l'offerta nel territorio regionale; lo sviluppo dell'assistenza domiciliare specialistica e dell'erogazione dell'assistenza farmaceutica a domicilio. Secondo la Regione, inoltre, una particolare attenzione verrà rivolta anche alla formazione e all'aggiornamento degli operatori coinvolti nell'assistenza ai malati, in particolare coloro in fase terminale, “avendo cura di comprendere tra i contenuti formativi le metodologie di ‘accompagnamento’ alla morte”.

### LA SOSTENIBILITÀ ECONOMICA

La praticabilità di un Piano sanitario regionale è condizionata, ovviamente, dalla capacità di coniugare gli obiettivi di salute che si propone con le risorse disponibili. Pertanto, è decisiva la scelta di meccanismi economici che possano garantire l'equilibrio tra indirizzi programmatici, livelli di qualità delle cure e vincoli, rendendo sostenibile il sistema.

Secondo il documento, allora, “l'economicità nell'impiego delle risorse si realizza attraverso la promozione dell'effettuazione degli interventi sanitari al livello di cura appropriata, in termini organizzativi e di erogazione”. Storace ha comunque sottolineato che il Lazio, “oggi, è una Regione che, in sanità, non brucia più le risorse che le vengono assegnate”. Le risorse si conquistano ai tavoli con le altre Regioni e quest'anno, quando siamo entrati alla Conferenza con gli altri governatori, al Lazio erano destinati 500 miliardi in meno rispetto allo scorso anno, ma quando siamo usciti, 24 ore dopo, il Lazio ne aveva 500 in più. Questo perché – ha detto Storace – noi non buttiamo soldi ed è evidente anche per gli altri”.

Per arginare il problema del risanamento della situazione debitoria delle Aziende ed Istituti sanitari regionali nei confronti delle industrie farmaceutiche, inoltre, il Lazio ha sottoscritto, lo scorso marzo, un accordo con Farindustria che “rappresenta – si legge in una nota congiunta – un'opportunità e non un obbligo per le singole imprese associate a Farindustria, di attivare una procedura ad hoc di certificazione dei debiti da parte delle Asl e, successivamente, di rimborso degli stessi, a determinate condizioni economiche, da parte della Regione”.

L'accordo, fissando come obiettivo il risanamento del debito pregresso, “mira a migliorare l'efficienza complessiva del sistema, razionalizzandone i costi, e a riportare i

tempi di pagamento dei fornitori, per il futuro, entro i limiti di 30 giorni previsti dal decreto legislativo 231/02”.

### LO SVILUPPO DELLA RETE OSPEDALE-TERRITORIO

Secondo il Psr, il percorso di razionalizzazione della rete ospedaliera dovrà essere graduato in connessione al potenziamento della rete territoriale, “dal momento che il contenuto assistenziale dei servizi territoriali e la loro configurazione organizzativa sono strettamente connessi al consolidamento ed allo sviluppo che essi assumeranno, restituendo gli ospedali alla missione del trattamento della fase acuta degli episodi di cura che non possono trovare risposta altrettanto efficace nell'ambito del sistema dei servizi territoriali, ambulatoriali, domiciliari, semiresidenziali e residenziali”.

“Determinante sarà la capacità della direzione di Distretto di interpretare in modo efficace le nuove funzioni di governo e gestionali, promuovendo il lavoro integrato tra professionisti ed Unità operative, coordinando i fattori produttivi interni ed esterni al Distretto (comunque afferenti al livello di assistenza distrettuale), valorizzando l'integrazione, nei processi distrettuali, dei medici di medicina generale, dei pediatri di libera scelta, dei medici di continuità assistenziale, dei medici specialisti ambulatoriali interni, dei medici specialisti ambulatoriali dipendenti, dei farmacisti aziendali, nonché di tutte le altre figure professionali non mediche e riconoscendo il ruolo del terzo settore, in una programmazione dell'offerta ed erogazione dei servizi coerente con le strategie aziendali e zonali”.

## Lazio

Popolazione: 5.264.000 abitanti

Aziende Asl: 12

Aziende Ospedaliere: 4

Altre strutture ospedaliere: 53 presidi ospedalieri nelle Asl, 8 ospedali classificati, 80 case di cura accreditate, 3 policlinici universitari, 6 Irccs

Medici dipendenti del Ssn: 8.500 circa

Medici in convenzione: 4.700 circa

# Razionalizzazione per l'efficienza e il risparmio

**INTERVISTA A DONATO ANTONELLIS  
SEGRETARIO REGIONALE  
ANAAO ASSOMED LAZIO**

## Dottor Antonellis, qual è l'attuale situazione della rete ospedaliera della Regione Lazio?

Dobbiamo anzitutto distinguere la sanità pubblica da quella privata, perché anche se messe sullo stesso piano sul fronte dei Drg e dei finanziamenti da parte della Regione, tuttavia sono molto diverse per gestione e per tipologia di interventi. Se vogliamo parlare di numeri, ad esempio, i posti letto negli ospedali delle Usl del Lazio sono 2,4 a fronte di una media nazionale del 2,3 e nelle aziende ospedaliere sono 1,7 su una media nazionale di 1,8. Il discorso, però, cambia per gli istituti privati accreditati, in cui la media nazionale è pari ad 1 mentre quella del Lazio è pari a 2,2. Allora, quando si dice che occorre eliminare i posti letto per acuti, vorrei essere sicuro che si vada a tagliare nei punti giusti. Certamente vanno eliminati quei posti che funzionano meno, ma quali sono? Quali sono le tipologie di intervento che servono? Chi gestisce le emergenze? Il problema della Regione Lazio è poi anche e soprattutto finanziario ed economico. La Regione ha sfiorato su tutti i fronti e, questo, in parte dipende anche dalle politiche regionali come quelle delibere che hanno tolto i tetti di spesa per i privati e quelle di accreditamento indistinto, sia pubblico che privato. Senza considerare le spese delle Usl per varie consu-

lenze o scelte di acquisto di attrezzature la cui efficacia non è neanche basata sull'evidenza scientifica e quindi assolutamente inopportune.

## Quale potrebbe essere la strategia per fermare questi sprechi?

Un'oculata politica sanitaria che abbandoni le clientele e programmi la rete ospedaliera eliminando, ad esempio, quegli ospedali monospecialistici che potrebbero invece far parte di un reparto di qualsiasi ospedale. Non si tratta di chiudere o di tenere aperto: si tratta di razionalizzare, nell'ottica di una migliore efficienza e, contestualmente, di un risparmio. Questo è possibile, mentre continuare ad avere il blocco degli organici e mantenere tutto aperto significa avere attività che non possono funzionare ma che continuano a rappresentare un costo. Per esempio, per le cardiocirurgie c'è da chiedersi: dove devono stare? di quanti posti il Lazio ha bisogno? perché si continuano ad ipotizzare aperture di cardiocirurgie? Forse perché servono, ma questo va verificato. Si tratta di una spesa enorme, che deve aver una ragione nella salute del cittadino.

## Nessuno si occupa di questa verifica?

No. Invece tutto va razionalizzato sui numeri. Occorre poi ri-

cordare che nella Regione Lazio abbiamo un privato accreditato enormemente dilatato e, allora, bisogna chiedersi: vogliamo una sanità pubblica o una sanità privata? ci costa di più una sanità pubblica o una privata? Se poi costa di più la sanità pubblica, si porrà rimedio, ma va analizzato con esattezza quello che funziona di questa sanità. Certamente, il discorso si gioca anche sul piano occupazionale, perché non si possono chiudere delle strutture dall'oggi al domani e lasciare il personale disoccupato. Si tratta, dunque, di mettere in pratica un piano a medio-lungo termine e alla fine i risultati dovranno necessariamente venire fuori.

## Come va il dialogo tra il vostro sindacato e le istituzioni regionali?

Abbiamo un buon rapporto con l'assessorato e il nostro pensiero viene senz'altro preso in considerazione. Il problema è che, al di là della considerazione, nei fatti pratici molte cose non prendono il via perché politicamente non sono convenienti e opportune. Credo che le possibilità di recupero comunque ci siano e vanno ricercate in un confronto tra le forze politiche e le forze sociali, in maniera tale che ognuno, assumendosi le proprie responsabilità, possa portare il Lazio a livello delle altre Regioni virtuose d'Italia.

## Presidente Gramazio, il Lazio, due anni fa ha emanato il suo primo Piano sanitario. All'interno erano contenuti obiettivi ambiziosi, a che punto di realizzazione è giunto?

Il piano è attualmente all'80% di attuazione. Entro luglio, la prima sfida del piano, la riorganizzazione dell'emergenza, diventerà effettiva con l'approvazione della legge regionale che istituisce l'azienda sanitaria per l'emergenza 118, con un direttore generale, un direttore amministrativo e un direttore sanitario.

Gestirà le cinque centrali operative del 118 delle province e il servizio di eliambulanza che sarà ulteriormente implementato, raggiungendo i quattro apparecchi: uno a Roma, uno a Velletri, uno a Latina e l'ultimo a Frosinone.

Per quanto riguarda l'assistenza domiciliare siamo ancora in alto mare, stiamo lavorando con i medici di famiglia per migliorare la situazione. Buoni risultati, invece, sul fronte della prevenzione. La campagna di vaccinazioni per l'influenza ha raggiunto il 72% della popolazione a rischio. Tra gli obiettivi c'era anche la riduzione delle liste d'attesa. Sulle liste d'attesa siamo riusciti ad ottenere una riduzione del 38%, ma non è sufficiente. Attendiamo che la rete informativa di tutti i Cup territoriali sia messa in collegamento con i Cup regionali in modo che le prenotazioni possano avvenire on-line tempi d'attesa il più possibile ridotti.

Su questo punto che consideriamo importante stiamo operando un pressing molto forte affinché le strutture della Regione mettano a disposizione dei Cup le proprie agende di prenotazione.

## Per quanto riguarda la riorganizzazione degli ospedali per curare meglio gli acuti, altro punto del piano...

È uno dei problemi che stiamo discutendo con le direzioni generali del Ssr, e con le aziende. Il nostro lavoro è diretto a ridurre i ricoveri inappropriati attraverso l'utilizzo dei day-hospital per alleggerire il sistema.

Veniamo alle note dolenti: la spesa sanitaria della Regione. Nella contrattazione complessiva che le aziende stanno svolgendo con la direzione generale e l'assessorato alla Sanità, in merito ai problemi economici, si sta tentando

di tagliare i rami secchi e impropri che pesano sul Ssr. Per anni, invece di operare in funzione della qualità dei servizi si è operato nella quantità. Oggi bisogna cambiare rotta. Sotto questo profilo nel 2002-2003 abbiamo incassato, per visite o interventi specialistici di cittadini fuori Lazio venuti ad operarsi da noi, la cifra di 270 milioni di euro, a fronte di una spesa per cittadini del Lazio che sono andati a curarsi fuori di 160 milioni di euro.

Questo significa che la sanità del Lazio è di qualità e sta diventando centro di attenzione e di attrazione.

## La spesa farmaceutica continua ad essere fuori controllo.

Si, c'è un ulteriore aumento. Su questo punto abbiamo

aperto un confronto con le associazioni dei medici di famiglia per capire molte cose, sul tavolo ci sono diversi fattori: aumento della vita media, riduzione dell'occupazione di posti letto, quindi dei ricoveri impropri, e poi da ultimo lo stimolo ad usare i farmaci generici.

## Qual è il rapporto tra sanità pubblica e privata?

Chi ha polemizzato sull'aumento della spesa sanitaria privata ha sbagliato. Intanto, per capirci, il servizio privato accreditato è servizio pubblico a tutti gli effetti per il quale noi come Regione paghiamo lo stesso Drg del cosiddetto pubblico vero. Quindi, chi sostiene che è aumentata la spesa del privato sostiene una cosa inesatta.

**INTERVISTA A DOMENICO GRAMAZIO  
PRESIDENTE AGENZIA SANITÀ PUBBLICA DEL LAZIO**

# La sanità del Lazio è di qualità

**Tabella 1 - Costi pro-capite per livelli di assistenza (lire) Anno 2001**

Livelli di assistenza	Regioni (media)	Lazio
A assistenza sanitaria collettiva in ambiente di vita e di lavoro	115.176	79.928
B assistenza distrettuale	1.268.163	1.258.686
* assistenza di base	157.231	149.571
-guardia medica (compresa guardia turistica)	19.290	7.390
-medicina generale	116.150	118.718
-pediatria di libera scelta	21.791	23.464
* assistenza farmaceutica	401.256	460.832
* assistenza specialistica ambulatoriale	314.390	274.076
* assistenza territoriale ambulatoriale e domiciliare	112.783	143.325
* assistenza territoriale semi-residenziale (disabili psichiatrici, disabili fisici, psichici, tossicodip., anziani, malati terminali e persone affette da AIDS)	70.715	59.955
* assistenza territoriale residenziale (disabili psichiatrici, disabili fisici, psichici, tossicodip., anziani, malati terminali e persone affette da AIDS):	142.115	104.256
* altro	69.673	66.669
C assistenza ospedaliera (comprensiva di P.S.)	1.280.686	1.346.325
<b>Totale</b>	<b>2.664.024</b>	<b>2.684.939</b>

**Tabella 2 - Ripartizione in % dei costi dei singoli livelli di assistenza sul totale Anno 2001**

Livelli di assistenza	Regioni (media)	Lazio
A assistenza sanitaria collettiva in ambiente di vita e di lavoro	4,32%	2,98%
B assistenza distrettuale	47,60%	46,88%
* assistenza di base	5,90%	5,57%
-guardia medica (compresa guardia turistica)	0,72%	0,28%
-medicina generale	4,36%	4,42%
-pediatria di libera scelta	0,82%	0,87%
* assistenza farmaceutica	15,06%	17,16%
* assistenza specialistica ambulatoriale	11,80%	10,21%
* assistenza territoriale ambulatoriale e domiciliare	4,23%	5,34%
* assistenza territoriale semi-residenziale (disabili psichiatrici, disabili fisici, psichici, tossicodip., anziani, malati terminali e persone affette da AIDS)	2,65%	2,23%
* assistenza territoriale residenziale (disabili psichiatrici, disabili fisici, psichici, tossicodip., anziani, malati terminali e persone affette da AIDS):	5,33%	3,88%
* altro	2,62%	2,48%
C assistenza ospedaliera (comprensiva di P.S.)	48,07%	50,14%
<b>Totale</b>	<b>100,0%</b>	<b>100,00%</b>

Fonte: Assr

## Molise

## LA SANITÀ NELLA REGIONE MOLISE

## Tanti progetti. Ora si aspettano i fatti

COSTRUIRE UNA SANITÀ MODERNA ED EFFICIENTE, CHE DIA RISPOSTE CONCRETE E SODDISFACENTI AI CITTADINI: ECCO L'OBIETTIVO DELLA REGIONE MOLISE. EPPURE, SECONDO IL SEGRETARIO REGIONALE DELL'ANAAO, QUESTI BUONI PROPOSITI SONO RIMASTI SOLO PAROLE E LA SITUAZIONE SANITARIA MOLISANA CONTINUA A RISTAGNARE, CON I SUOI DEBITI E UNA POPOLAZIONE SEMPRE ALLA RICERCA DI CURE IN ALTRE REGIONI. E SENZA NEANCHE UN PIANO SANITARIO REGIONALE CHE LASCI INTRAVEDERE UN FUTURO MIGLIORE.

di Lucia Conti

Tanti i progetti per migliorare la sanità molisana e, nel febbraio scorso, il presidente della Giunta regionale e attualmente delegato all'assessorato alla Sanità, Michele Iorio, sembrava avere le idee chiare anche sulle strategie da seguire per realizzarli: "Immaginiamo di muoverci su due direttrici principali: la qualificazione, modernizzazione e specializzazione delle strutture ospedaliere e la creazione e valorizzazione massima di una dinamica rete territoriale che permetta di fornire ai malati-utenti servizi direttamente nelle proprie case o in strutture facilmente raggiungibili". E quindi "partire che da una profonda e decisa revisione dell'assetto burocratico-organizzativo, mediante la creazione di una sola Asl e di una serie di strutture ad essa funzionalmente collegate, che rispondano alle esigenze del territorio, risparmiando e razionalizzando risorse economiche da investire poi nel miglioramento del servizio con l'acquisto di apparecchiature e strumenti di alta tecnologia per ottimizzare le singole prestazioni". Ecco anche lo scopo della costituzione, di recente, del Nucleo Ispettivo sulla Sanità: verificare sotto l'aspetto sanitario e finanziario tutte le attività assistenziali delle Asl, in relazione alla gestione dei fondi ad esse assegnate".

Eppure, le Asl del Molise sono tuttora quattro, il Piano sanitario regionale è datato 1997-99, né ha mai preso effettivamente il via la riorganizzazione della sanità prevista nella delibera del luglio 2002, con la quale la Giunta si poneva come obiettivo il rilancio del Servizio sanitario regionale attraverso: "a) il compiuto perseguimento dei Lea, con lo sviluppo delle prestazioni ancora non erogate; b) lo sviluppo di un organico piano di miglioramento continuo della qualità dei servizi resi, sia tecnica che percepita; c) la riduzione della mobilità passiva a livelli fisiologici; d) il potenziamento delle attività territoriali, anche al fine di contenere il fenomeno dell'eccesso di ospedalizzazione; e) il potenziamento dei centri di eccellenza, che possono attirare utenti extra-regionali e, quindi, in tale modo autofinanziarsi; f) il riordino della rete sanitaria regionale, ivi compresa anche la riduzione del numero delle Asl".

### FERMARE LA MOBILITÀ EXTRA-REGIONALE DELLE CURE

L'attivazione delle prestazioni previste dai Lea e ancora non erogate, con la esclusione di quelle giustificate dal bacino di utenza regionale, e lo sviluppo di quelle erogate in misura insufficiente rispetto al livello di domanda atteso (con la esclusione di quelle che registrano un livello di domanda superiore alla capacità produttiva ma anche ai Lea, per le quali occorre agire controllando la domanda), avrebbe consentito, inoltre, di ridurre il fenomeno della mobilità extra-regionale oppure il fenomeno delle liste di attesa o, ancora, il ricorso a prestazioni alternative, meno appropriate.

I cosiddetti "viaggi della speranza" rappresentano una realtà molto diffusa tra la popolazione molisana, ma secondo la Giunta sarebbe possibile realizzare "una riduzione dei ri-

coveri totali fuori regione del 50%, da perseguire sull'arco di un triennio" attraverso la "riorganizzazione degli ospedali; il miglioramento della qualità di erogazione dei ricoveri e, conseguentemente, della capacità di attrazione dell'utenza; il miglioramento dell'integrazione dei servizi (territoriali, poliambulatoriali e ospedalieri) e della continuità assistenziale".

### I RICOVERI IMPROPRI

Non mancava, nella delibera, un riferimento ai ricoveri impropri: a fronte di un valore atteso di 160 ricoveri, ordinari e in Day hospital/Day surgery, per 1.000 abitanti (tasso di ospedalizzazione), in Molise si era registrato nel 2000 un tasso medio di 217 ricoveri, quasi nella totalità riferibile ai ricoveri ordinari per acuti. Veniva inoltre considerato che la riduzione della mobilità passiva comporta una maggiore attività degli ospedali molisani con i conseguenti maggiori costi (sia fissi, per il personale specializzato eventualmente necessario ed oggi non disponibile, sia variabili), che possono essere stimati l'80% del totale.

L'obiettivo della Regione, a quanto si leggeva sul documento, era dunque la riduzione in tre anni del 50% dei ricoveri, "che porterebbe a regime una riduzione dei ricoveri di molisani in strutture di altre Regioni da 16.883 casi (ultimo dato disponibile, relativo al 2000) a 8.440 casi. Tenuto conto del valore medio dei ricoveri fuori regione di euro 2.905,58, si può prevedere un risparmio lordo delle spese connesse all'erogazione di tali prestazioni nell'ambito delle strutture molisane, a regime, di 24.523.095 euro".

### LA RETE OSPEDALE-TERRITORIO

Nell'ipotesi di piano di riordino della funzione ospedaliera redatta dalla Giunta nel dicembre 2002, si sottolineava la necessità di sviluppare i rapporti tra servizi ospedalieri e territoriali. Questa rete, era scritto sul documento, "comporta l'effettivo sviluppo dei servizi territoriali, in modo che le prestazioni improprie dell'ospedale non siano giustificate dalla carenza dei servizi alternativi; la condivisione di percorsi assistenziali tra servizi ospedalieri e territoriali; la tipizzazione dell'intervento ospedaliero nella fase dell'acuzie e della immediata postacuzie, nell'ambito di un percorso assistenziale in cui i servizi territoriali prendono in carico il problema sanitario e svolgono funzione di filtro e indirizzo verso le prestazioni ospedaliere più appropriate".

### LA SPESA SANITARIA

Il futuro di una Regione appare appeso al filo della spesa sanitaria, ritenuta "insostenibile" per le casse del Molise, Regione alle prese con le emergenze del terremoto e dell'alluvione e, come sostenuto in passato dal presidente della Regione Michele Iorio "la crescita della spesa sanitaria, che sta portando il deficit del comparto ad un grado di sopportazione non più tollerabile, dimostra che bisogna intervenire drasticamente attuando la riforma del settore".

## Molise

**Popolazione:** 316.000 abitanti

**Aziende Asl:** 4 (Asl Basso Molise, Termoli; Asl Centro Molise, Campobasso; Asl Alto Molise, Agnone; Asl Pen-  
tria, Isernia)

**Aziende ospedaliere:** 1

**Medici dipendenti dal Ssn:** 650

Un passo in avanti per la razionalizzazione e il contenimento della spesa sanitaria in Molise è stato la firma, nel gennaio scorso, di un accordo tra la Regione, Federfarma e i distributori intermedi di medicinali, in base al quale sarà direttamente la Regione, e non più le Asl, ad acquistare i farmaci ad alta specializzazione (interferoni, antitumorali, ormone della crescita, ecc.) con uno sconto non inferiore al 50%. "È solo un primo passo - ha commentato Iorio - verso la centralizzazione degli acquisti al fine di ridurre la spesa farmaceutica e di andare incontro, nel contempo, alle esigenze dei malati che d'ora in poi potranno ritirare i medicinali ad alta specializzazione presso la farmacia da cui abitualmente si servono senza doversi recare presso i presidi sanitari pubblici. Proseguiremo su questa strada per migliorare l'assistenza e mettere ordine nella sanità".

### Dottorssa De Camillis, la sanità molisana è attualmente orfana del Piano sanitario regionale.

È vero, attualmente non ce ne è uno, ma stiamo lavorando alla sua compilazione. Soprattutto, però, stiamo lavorando a una proposta di legge sulla riorganizzazione strutturale di tutto il sistema sanitario, che si basa innanzitutto sulla riduzione da quattro ad un'unica Asl.

### Questa ristrutturazione cosa dovrebbe comportare per la rete ospedaliera?

Il provvedimento sulla riorganizzazione della rete ospedaliera è pronto ed è stato anche discusso e approvato dalla Giunta regionale circa un anno e mezzo fa, ma poi non si è proceduto più nella sua realizzazione reale perché si pensò che fosse prioritaria la riorganizzazione amministrativa, per poi gestire conseguentemente la rete ospedaliera, che può prevedere l'azienda ospedaliera o i presidi autonomi, così come la definizione di un unico presidio degli ospedali di Isernia Venafrò e degli ospedali di Larino Termoli, oppure una loro autonoma gestione.

Tra l'altro è intervenuto negli ultimi mesi anche un nuovo fattore, che riteniamo particolarmente positivo per la nostra Regione, e cioè l'attivazione della facoltà pub-

**INTERVISTA A GIOVANNI PULELLA  
SEGRETARIO REGIONALE  
ANAAO ASSOMED MOLISE**

# Una sanità trascurata da una politica disinteressata

## Dottor Pulella, cosa è stato fatto ultimamente per migliorare la sanità del Molise?

Niente. Il potere politico è arrogante, un cuscino di gomma piúma e nessuno si muove per migliorare le cose. La cosa che dispiace, poi, è che il presidente della Giunta regionale, ora anche con la delega di assessore alla Sanità, è un medico ed ex segretario provinciale dell'Anaa, che quindi dovrebbe capire i bisogni della sanità regionale. Invece, è latitante. Il problema principale è che non c'è, in Molise, un regime di democrazia: i politici hanno altre priorità, che sono il terremoto, l'alluvione e l'Università Cattolica costruita, peraltro, con oltre 40 miliardi di denaro pubblico pur essendo di proprietà privata. Inoltre, solo la Asl di Agnone è riuscita a definire una trattativa aziendale, mentre per il resto non c'è ancora niente in cantiere.

## E l'Anaa cosa può fare per cambiare questa situazione?

Siamo pochi iscritti, anche se buoni. Chiaramente, però, 80 persone che si muovono non possono fare nulla se non sono uniti agli altri sindacati, cosa che non riusciamo a realizzare. Ci vorrebbe la denuncia alla magistratura e, anziché un sindacato, faremmo meglio a tenere un ufficio legale.

## Di Piano sanitario regionale non se ne parla?

Piano sanitario regionale? Due anni fa, ad agosto, si sono limitati a fare due atti deliberativi in cui affermavano di voler riorganizzare e migliorare la sanità regionale, ma si è trattato solo di uno specchio per le allodole. Tutti i buoni propositi sono rimasti chiacchiere. Dall'anno prossimo però, con il decreto legislativo 56/2000 e i fondi sanitari regionali, le cose dovranno cambiare, perché non ci sarà più la possibilità di contare sulla compensazione nazionale. Allora, forse, faranno una Asl unica e un'azienda ospedaliera, facendo ingoiare l'Ospedale di Campobasso dalla Cattolica.

## Per quanto riguarda gli investimenti?

Bisogna specificare se si parla di investimenti nella sanità pubblica o nella sanità privata, intesa come Cattolica e come convenzionata. Oppure, se per investimenti si intendono quei soldi sperperati in consulenze inutili. Nel '99, seguendo quanto stabilito dall'accordo Braghetto del '96 sulle risorse ag-

giuntive, riuscimmo a ottenere qualche risorsa, anche se inferiore al minimo stabilito dallo stesso accordo. Ma nel '98, l'assessore alla Sanità, allora di centrosinistra, decurtò la somma arbitrariamente, senza consultare i sindacati. Ma nessuno si ribellò. Però, si tratta di un circolo vizioso, perché con i soldi diminuiscono anche i servizi. Continuando così, presto non ci saranno più soldi e forse neanche più i servizi. Del resto, non è possibile applicare più tasse su una popolazione di 300 mila abitanti per sanare buchi così grossi. Ma non intendo dire che sia un problema di destra o sinistra politica: è un problema di uomini e di poteri trasversali.

## Cosa fanno, allora, i pazienti per curarsi?

Vada a vedere il tasso di migrazione! La popolazione va a cercare la sanità in altre Regioni, visto che qui non la può trovare. C'è una totale mancanza di riorganizzazione nelle Asl. Per esempio il presidio ospedaliero di Isernia comprende due stabilimenti con strutture identiche a 20 Km di distanza, che in termini di percorrenza saranno non più di 20 minuti. Che bisogno ce ne è? Andiamo a verificare anche le sale operatorie non centralizzate e tutti gli altri sprechi. Ne verrebbe fuori una bella indagine.

## E il nucleo ispettivo della sanità istituito recentemente?

Istituito da chi? Dalla Regione! Quindi che risultati vuole che dia se non quelli che decide la forza politica. Abbiamo provato più volte a stimolare qualche cambiamento e a creare un dialogo costruttivo con le Istituzioni, ma la verità è che mi fanno sfogare, fingono di ascoltare e poi, nei fatti, nessuno fa nulla.

## Ha un'idea su cosa si potrebbe fare in futuro?

Sono sempre convinto che il miglior mezzo sia il dialogo, ma non riesco a sentirmi ottimista. Questo non significa che l'Anaa regionale, attraverso la mia persona, si arrenderà, però "rex vox clamat in deserto". Sono anni che vado in assessorato e cerco di dare vita a un dialogo, ma se anche vengo accolto con tutti gli onori, alla fine nulla cambia. In Molise non esiste neanche il diritto all'informazione, non veniamo mai messi a corrente delle situazioni e dei progetti. E finché la gente ha la pancia piena, non cambierà nulla.

**INTERVISTA A SABRINA DE CAMILLIS  
CONSIGLIERE DEL PRESIDENTE DELLA REGIONE MOLISE PER LA SANITÀ**

## Presto la riorganizzazione strutturale di tutto il sistema

blica di Medicina a Campobasso, per la quale abbiamo già ottenuto il sì del ministero della Salute e dell'Istruzione. Questo comporta, quindi, la necessità di avere anche punti di specializzazione in ogni presidio ospedaliero del territorio, altrimenti la facoltà sarebbe incompleta. Sarebbe un beneficio, quindi, per tutta la realtà sanitaria regionale, dalla formazione alle prestazioni.

### Uno dei problemi del Molise sembra essere, intanto, la mobilità dei pazienti.

Nel 2002 i nostri dati rilevavano, in realtà, che la mobilità in uscita era uguale a quella in entrata per una percentuale di circa del 23%. Per la prima volta nel 2003, inoltre, abbiamo avuto una mobilità attiva più forte della passiva, cioè più gente che riceveva le cure da noi piuttosto che molisani che andavano a curarsi altrove, in particolare nel Lazio, Abruzzo e Puglia. L'analisi, però, andrebbe fatta in modo più approfondito, sia valutando le tipologie di prestazioni che interessano la mobilità, sia valutando che il costo della mobilità in uscita è maggiore di quello di entrata, in quanto le cure extra regionali riguardano Drg a costo più elevato rispetto agli uten-

ti che invece vengono da noi per prestazioni inferiori.

Intanto, stiamo lavorando molto per frenare la mobilità oncologica e ci stiamo riuscendo attraverso l'Università Cattolica, la cui attività è centrata proprio sul dipartimento oncologico. Il nostro obiettivo è non solo frenare la mobilità passiva, ma attrarre la popolazione delle Regioni limitrofe.

### Qual è il ruolo del privato in Molise?

C'è una grande e produttiva integrazione. Il privato lavora su settori dove il pubblico non riesce ad arrivare. Abbiamo un Irccs, che lavora per 80% con la mobilità extra regionale, ed ha una specificità nella neurochirurgia e poi c'è la Cattolica, partita con l'oncologia e da poco impegnata anche nella cardiocirurgia. Poi ci sono altre strutture private, accreditate e convenzionate, che lavorano moltissimo sui settori in cui nel pubblico ci sono lunghe liste d'attesa.

**Quindi il privato rappresenta una risorsa per la popolazione, ma rileva anche i punti deboli della sanità pubblica. Pensate di fare qualcosa per allineare i servizi privati a quelli pubblici?**

Certo bisognerà cercare di mettere in concorrenza il pubblico

e privato, anche allo scopo di elevare verso l'alto la qualità dei servizi. Vorrei sottolineare, però, che tra il pubblico e il privato in Molise non c'è competizione ma una vera e propria integrazione. Addirittura potremmo stringere i rapporti per creare insieme maggiori servizi e di più elevata qualità per l'utenza.

### Qual è il rapporto tra l'assessorato e l'Anaa?

Abbiamo un dialogo con tutti i sindacati e per ogni tipo di attività vengono coinvolti i comitati regionali delle categorie. Credo, inoltre, che la piccola dimensione della nostra Regione permetta rapporti più diretti con il presidente, essendo la nostra struttura ridotta rispetto a territori più dispersivi. È sistematicamente attivo un tavolo di incontro tra le istituzioni regionali e i rappresentanti dei medici e delle altre professionalità. Abbiamo lavorato bene, ad esempio, con i medici di medicina generale e i pediatri, firmando un contratto che in molte altre Regioni è ancora lontano. Con i medici ospedalieri abbiamo ancora molto da lavorare, perché loro adesso sono alle prese con la contrattazione a livello centrale. Una volta chiusa questa, però, penseremo anche a quella regionale.

I dati relativi ai costi pro-capite per i livelli essenziali di assistenza e i dati relativi alla ripartizione percentuale dei costi dei singoli livelli di assistenza della Regione Molise non sono pervenuti all'Assr che ne ha curato la raccolta e l'elaborazione

PIEMONTE

# Assicurazioni: positivi i risultati dell'azione sindacale

L'articolo 24 del Ccnl prevede che le aziende assumano tutte le iniziative necessarie per garantire la copertura assicurativa per le somme che i dirigenti siano eventualmente tenuti a pagare a titolo di risarcimento dei danni cagionati a terzi nello svolgimento dei loro compiti di servizio e nell'esercizio della libera professione intramuraria. La norma contrattuale esclude dalla copertura assicurativa le ipotesi di dolo o colpa grave. La realizzazione del sistema assicurativo è affidata ad un costituendo Fondo consortile delle Regioni che deve provvedere a sottoscrivere accordi quadro con compagnie di assicurazione appositamente selezionate.

Per la copertura di ulteriori rischi non coperti dalla polizza generale, vale a dire l'esclusione della rivalsa in caso di colpa grave, le aziende avrebbero dovuto stipulare un'ulteriore polizza di copertura trattenendo su una voce stipendiale una quota mensile di 25 euro, secondo le modalità previste da una specifica commissione paritetica nazionale.

Tale commissione ha concluso i lavori senza espletare tutti i compiti assegnati in quanto l'Autorità Garante della concorrenza e del mercato lamentava che la non chiara formulazione dell'articolo 24 del Ccnl potesse dar luogo ad interpretazioni non conformi alle regole della concorrenza in sede di selezione delle imprese di assicurazioni.

La commissione ha disatteso la disciplina contrattuale, scegliendo, al posto di un unico Fondo consortile nazionale, una linea di intervento su base locale, individuando nelle realtà assicurative regionali gli ambiti atti alla realizzazione degli scopi prefissati ex art. 24. Si è dunque preferito alla convenzione assicurativa unica valida per l'intero Ssn un sistema su base locale che prevede, nell'ambito di ciascuna Regione, la stipulazione di una diversa polizza quadro valida esclusivamente per le strutture sanitarie ricomprese nel territorio regionale. Per questo motivo ciascuna Regione è tenuta ad indire una gara di appalto finalizzata alla stipulazione della convenzione assicurativa.

Venuti meno i riferimenti nazionali e anche quelli regionali, ogni azienda ha provveduto a stipulare delle polizze assicurative in ordine sparso.

Ciò ha impedito economie di scala consentendo gravi difformità tra le diverse realtà, spesso costringendo i dirigenti medici ad esborsi sempre più onerosi per polizze assicurative private. Pertanto, la Segreteria regionale dell'Anaa Assomed del Piemonte ha iniziato azioni sindacali atte a sensibilizzare e sollecitare la Regione ad impartire disposizioni alle aziende sanitarie coerenti con il contratto collettivo nazionale e ad insediare la commissione di vigilanza prevista dalla Commissione paritetica.

La Regione Piemonte ha risposto positivamente alle istanze fatte e culminate nell'apertura di un tavolo regionale ad hoc e in incontri intersindacali e con l'assessore alla Sanità. Espressione di questa apertura è stata soprattutto l'inserimento nella Finanziaria 2004 regionale dell'articolo 21 (di seguito pubblicato), in cui si prevede tra l'altro l'istituzione di un fondo speciale per rischi di respon-

sabilità civile delle Asl. La norma è di notevole rilevanza perché garantisce l'inserimento di un sistema omogeneo assicurativo a livello regionale e prevede una possibile estensione dei massimali anche nell'ipotesi di colpa grave ("Alla giunta regionale è demandato il compito di individuare i criteri per la copertura, escludendo la rivalsa da parte delle Asl e dell'impresa di assicurazione nei confronti dei dirigenti, per i sinistri per i quali sia riconosciuta la colpa grave, anche ai sensi del Ccnl"). La previsione della colpa grave è un passo in avanti notevole, proprio perché il codice penale fa del grado della colpa il criterio per la graduazione dell'entità della pena, nel senso che la differenziazione tra colpa lieve e colpa grave non opera come criterio discriminante per la punibilità o non punibilità di un comportamento, ma solo come parametro per valutare l'entità della pena, una volta riconosciuta la sussistenza della colpa. Non è facile, infatti, alla luce di una sentenza di condanna per responsabilità professionale colposa, stabilire con

VENETO, AZIENDA ULSS 9 TREVISO

# Quando il sottofinanziamento colpisce i servizi

Come segretario aziendale del più rappresentativo sindacato dei medici dipendenti della Ulss 9 del Veneto sento l'esigenza di dare un contributo al dibattito sull'attuale stato di crisi della nostra sanità. Certamente a fronte dell'invecchiamento della popolazione, dell'aumento delle patologie croniche e degenerative e dell'arrivo di tanti immigrati extracomunitari, e nonostante l'uso oculato delle risorse (per esempio la nostra Ulss ha una delle minori spese pro capite per i farmaci in Italia), il finanziamento del Ssn non è più sufficiente neanche a Treviso. Questo sottofinanziamento impedisce di rispondere adeguatamente alle legittime aspettative di salute della nostra popolazione con disagi materiali crescenti e perdita di credibilità del sistema pubblico. Sulla stampa si legge la protesta per il persistere dei letti in corridoio nelle medicine del nostro Ospedale, soluzione non rispettosa della privacy, della dignità di chi è malato e dei tempi di attesa troppo lunghi per tante prestazioni specialistiche. Pochi soldi significa anche cercare di risparmiare sulle assunzioni di personale! Il tutto si aggraverà con l'arrivo dell'estate e con il conseguente diritto di fruire delle ferie estive.

La risposta delle Istituzioni preposte alla sanità, fino ad oggi, è stata deludente; l'imperativo di contenere la spesa si è associato alla mancanza di volontà politica di attuare misure di razionalizzazione che potevano in qualche modo toccare interessi e privilegi localistici o individuali. Così la Regione non ha assunto alcuna iniziativa per spostare risorse dalla gestione alla assistenza come potrebbe essere la riduzione del numero delle Ulss del Veneto. Per quel che riguarda l'assistenza anche a Treviso, le risorse vengono sempre più spostate dall'Ospedale al Territorio; ma nella nostra Ulss manca il coinvolgimento dei dipartimenti ospedalieri nei processi

organizzativi della medicina distrettuale. Purtroppo, nonostante che nell'atto aziendale i distretti vengano promossi in altrettanti dipartimenti, la medicina del territorio non è manifestamente in grado di dare una risposta sufficiente ai bisogni di diagnosi e cura e l'Ospedale continua ad essere caricato di prestazioni come e più di prima (per l'invecchiamento della popolazione media) ma con mezzi sempre più ridotti; l'indicatore più credibile di questo stato di cose è il dato che la maggioranza dei ricoveri nei reparti medici continua a verificarsi nelle ore serali-notturne e nei giorni festivi. Non è accettabile che i reparti di medicina e geriatria vengano sovraccaricati con ricoveri impropri motivati dalla sola non adeguatezza dell'assistenza a domicilio e nelle case di ricovero! Il tutto con un aumento della spesa e disagio (ma anche rischio vero e proprio) per gli operatori e per i malati che hanno realmente bisogno di ricovero o di prestazioni specialistiche in Ospedale.

Ritengo che iniziative semplici possano modificare questo stato di cose senza costi aggiuntivi e/o anche con dei risparmi sulla spesa corrente a patto che venga finalmente riconosciuto e valorizzato il ruolo dei medici ospedalieri. Mi appello ai cittadini perché il potere politico regionale e tecnico a livello della nostra Amministrazione, accetti la competenza della Professione nella gestione della Sanità. Per parte nostra siamo pronti a collaborare con le Istituzioni a patto che questa collaborazione venga richiesta e istituzionalizzata.

**Carlo Bocci**  
Segretario Aziendale  
Anaa Assomed  
Ulss 9 - Treviso

precisione se si tratti di colpa grave o lieve, non affrontando sempre le motivazioni della sentenza questo problema in modo dettagliato ed organico, e, conseguentemente, riflettendosi sul piano dell'operatività o meno della copertura assicurativa. Ora occorrerà al più presto dare corso al regolamento attuativo.

#### Il testo dell'articolo 21 della finanziaria regionale Articolo 21

(Istituzione fondo speciale per rischi di responsabilità civile delle Asl)

1. La Regione promuove la predisposizione di strumenti idonei a migliorare l'efficienza e l'economicità nella gestione dei rischi di responsabilità civile delle Aziende Sanitarie Locali (Asl). A tale fine è istituito un Fondo speciale nell'Unità previsionale di base (Upb) 28051 (Programmazione sanitaria - Gestione e risorse finanziarie - Titolo I - Spese correnti) per un ammontare attualmente determinato in 45 milioni di euro per un triennio, di cui 15 milioni di euro relativi all'anno 2004.
2. Il fondo è destinato al finanziamento degli esborsi che le Asl devono sostenere per il risarcimento dei sinistri di valore compreso tra 1.500,00 euro e 500.000,00 euro per sinistro, per un valore massimo annuo di 15 milioni di euro. La parte eccedente l'importo di 500.000,00 euro per sinistro è a carico dell'impresa di assicurazione, scelta mediante procedura ad evidenza pubblica.
3. Alla Giunta regionale, entro e non oltre 60 giorni dall'approvazione della presente legge, è demandato il compito di individuare:
  - a) la quota della spesa sanitaria di competenza di ogni singola Asl da destinarsi al finanziamento del Fondo;
  - b) i criteri e le modalità di gestione del rischio a carico del Fondo e di individuazione del soggetto incaricato della gestione medesima;
  - c) i criteri che garantiscono la compartecipazione nella gestione del sinistro da parte dell'impresa di assicurazione che assume il rischio per la quota eccedente l'operatività del Fondo;
  - d) i criteri per la copertura, escludendo la rivalsa da parte sia delle Asl sia dell'impresa di assicurazione nei confronti dei dirigenti, per i sinistri per i quali sia riconosciuta la colpa grave, anche ai sensi dei Contratti Collettivi Nazionali di Lavoro (Ccnl).
4. Per assicurare la copertura finanziaria le Asl trasferiscono alla Regione le quote di cui al comma 3, lettera a), iscritte nella stessa Upb 28051.

#### SCUOLA CARLO URBANI

# Un corso di formazione per la cooperazione internazionale

Paolo Quondam\*, Egidio Di Pede e Enrico Reginato\*\*

Il 28 giugno si è concluso a Firenze il percorso formativo della prima edizione della scuola Carlo Urbani, corso di formazione per i medici interessati al mondo della cooperazione internazionale che ha ottenuto ben 50

crediti dalla Commissione nazionale per l'Ecm.

Il corso, promosso con atto istitutivo del consiglio nazionale dell'Anaa Assomed, è stato un successo ancor prima di iniziare perché ha evidenziato quella componente dell'attività sindacale che ha un valore assoluto "positivo". Infatti l'impegno dei medici di questa associazione nei confronti di chi non ha niente, di chi vive giornalmente il dramma della sopravvivenza è forte e molto più concreto di quello sostenuto dalle istituzioni governative della nostra società "civile".

Cinquanta colleghi, tutti iscritti all'Anaa, di età molto diverse, hanno frequentato con assiduità ed estrema attenzione tutte le lezioni del corso, per 96 ore complessive, e hanno costituito gruppi di lavoro che hanno già avuto un riscontro positivo da parte delle agenzie delle Nazioni Unite, mandatarie dei progetti della cooperazione internazionale multilaterale.

I docenti della scuola sono arrivati gratuitamente per portare le loro compe-

tenze e conoscenze a disposizione dei nostri allievi da Ginevra, Gerusalemme, Tirana, Lhasa, Bagdad, Kabul e da Organizzazioni non governative e da istituzioni dedicate in Italia.

È stata diffusa pertanto con chiarezza la cultura della cooperazione per lo sviluppo, che seppur sofferente, in questo periodo storico, di cronico sottofinanziamento, rimane l'unica arma a disposizione dell'Organizzazione delle Nazioni Unite per costruire prospettive di pace e "ponti di pace" tra il nostro mondo ricco e incosciente e il Sud del mondo che possiede solo povertà, fame e malattie.

A noi rimane l'orgoglio di aver ricordato la dedizione di Carlo Urbani con uno strumento di grande significato come questa Scuola, e l'impegno di mantenere negli anni prossimi, nelle prossime edizioni, il livello elevato di questa edizione.

\* Direttore Corso per la formazione dei medici per la cooperazione internazionale

\*\* Segreteria organizzativa del Corso

### Progetto "Lavoriamo insieme per la pace"

L'ufficio dell'Onu presso i territori palestinesi in Cisgiordania ha proposto all'Anaa Assomed, tramite la scuola Carlo Urbani della Fondazione Pietro Paci, di costruire insieme un progetto che permetta ai medici israeliani e palestinesi di collaborare.

L'obiettivo a breve termine è quello di offrire occasioni di incontro legate alla professione medica che possano spezzare il circuito perverso della violenza fra gruppi opposti.

In sostanza si pensa di disegnare percorsi educativi presso strutture del Servizio sanitario nazionale italiano con la collaborazione del network professionale dell'Anaa Assomed che consentano ai medici israeliani e ai medici palestinesi di lavorare insieme seguendo la metodica del "teaching on job".

La funzione didattica assume di per sé la valenza di occasione "neutra" e paritetica di incontro tra i due gruppi e la presenza tutoriale del medico italiano potrebbe aggiungere un valore umano di grande significato cooperativo.

Un altro elemento positivo è sicuramente rappresentato dalla convivenza, sia pur per breve periodo, all'interno della stessa struttura ospite con ulteriori occasioni di incontro legate ai momenti della vita quotidiana.

In seguito i piccoli gruppi di medici palestinesi e israeliani tradurranno in un editoriale scritto a quattro mani la loro esperienza per diffonderla via internet e su supporto cartaceo.

La nostra associazione entra così attivamente nel mondo della cooperazione cercando di impegnare le proprie risorse in un progetto di sviluppo e non solo assistenziale.

### Progetto "Art-Gold Maghreb"

L'Undp, il Programma delle Nazioni Unite per lo sviluppo, ha proposto all'Anaa Assomed per tramite della Scuola Carlo Urbani della Fondazione Pietro Paci, di impegnarsi in un progetto di sviluppo umano nel Maghreb. Questo progetto ha diverse finalità istituzionali nelle diverse aree dello sviluppo umano. In particolare è necessario che i processi di crescita economica, giuridica per quanto riguarda i diritti della persona, dell'istruzione e delle infrastrutture siano supportati contemporaneamente a quelli di tutela sanitaria. Questo approccio più complesso al problema della cooperazione non sminuisce il significato degli interventi sanitari umanitari in regime d'urgenza che si stanno svolgendo con notevole impegno in ogni parte del mondo, ma crea un modello operativo condiviso tra i soggetti interessati e diviene condizione indispensabile per migliorare le condizioni di vita complessive di quell'area.

La parte sanitaria sarebbe affidata a noi per quanto concerne il Maghreb tunisino. Tramite opportuni correttivi al proprio programma educativo, la Scuola Carlo Urbani potrà essere un attore del processo di omogeneizzazione dei sistemi sanitari tra il nord ed il sud del Mediterraneo.

Verrà per questo identificata come centro internazionale di formazione per la cooperazione internazionale da parte delle Agenzie delle Nazioni Unite. L'importanza ed il rilievo che con questo accordo vengono dati alla nostra associazione ci pongono in una posizione di grande responsabilità:

Questo impegno va mantenuto negli anni futuri, e richiede a tutta l'associazione quel contributo umano, culturale e professionale che possa garantire la continuità dell'azione.

## MEDICI SPECIALIZZANDI

# Un peso o un investimento per il futuro?

di Stefano Magnone\*

Nel recente dibattito scaturito dalla Vertenza per la Salute, conclusasi con il successo della manifestazione nazionale del 24 aprile a Roma, gli specializzandi hanno assunto un ruolo di primo piano, vuoi per la vergognosa condizione in cui si trovano da più di dieci anni, vuoi per l'attenzione che un gruppo agguerrito di "opinion makers" ha saputo attirare sulla questione

A partire dal 2002, dopo la mobilitazione che vide, in quasi tutte le Università italiane, gli specializzandi scendere in piazza per chiedere che fossero stipulati i contratti di formazione-lavoro, previsti dalle direttive comunitarie e anche dalla normativa nazionale, un piccolo gruppo di specializzandi di cinque Università ha dato vita ad una federazione nata con lo scopo di diventare la voce degli specializzandi italiani. FederSpecializzandi è nata dalla scelta di cinque associazioni gemelle, costituite a Genova, Milano, Pavia, Pisa e Roma, di unirsi per proporsi come interlocutore nazionale sia nei confronti degli specializzandi sia nei confronti delle Istituzioni e delle realtà associative medico-scientifiche e sindacali. Lo scopo è naturalmente quello di promuovere la corretta formazione e di tutelare i diritti lavorativi e professionali dei medici specialisti in formazione. Altri obiettivi non meno importanti sono la realizzazione di una linea di condotta unitaria tra tutte le Associazioni con scopi affini a FederSpecializzandi e, ovviamente, la collaborazione e lo sviluppo di rapporti con Istituti e Società scientifiche e con qualsiasi altro ente che sia impegnato nella tutela della professione medica e della salute dei cittadini.

## IL PORTALE DEGLI SPECIALIZZANDI

Lo strumento più adatto per perseguire questi scopi è sembrato quello che ora è da tutti chiamato il Portale degli Specializzandi e il cui indirizzo web è [www.specializzandi.org](http://www.specializzandi.org). Esso è l'organo ufficiale della Federazione, entro il quale è possibile reperire ogni sorta di documento e notizia in materia e soprattutto instaurare un dibattito con specializzandi di tutta Italia. Il numero di iscritti alla newsletter ha ormai superato i quattromila elementi e gli iscritti al forum sono millecento. All'interno del portale gli specializzandi possono liberamente dibattere tra loro su argomenti che riguardano la formazione o l'attività assistenziale ma anche sui nuovi problemi come il contratto che non arriva o i nuovi esami di Stato e di specialità che hanno debuttato quest'anno tra le polemiche. Non esiste in Italia un altro luogo dove gli specializzandi tra loro possano parlare di temi che riguardano la loro quotidianità, potendo anche beneficiare del confronto tra esperienze di città diverse e tra tappe diverse di un medesimo percorso. Appare comunque difficile coinvolgere i colleghi su temi che, a prima vista, possono forse apparire un po' teorici e astratti ma che invece costituiscono il nucleo essenziale degli anni della formazione specialistica. Questi primi mesi di esperienza sui forum denotano, infatti, un certo distacco da queste tematiche, forse legato alla rassegnazione di fronte alla difficoltà di operare un purché minimo cambiamento in senso migliorativo.

## RAPPORTI DI PARTNERSHIP

Una delle prime scelte qualificanti la nostra attività è stata quella di prendere contatti con alcune organizzazioni sindacali mediche, autonome e non, per instaurare un rapporto di collaborazione leale e proficua. Ci è sembrato naturale, infatti, rivolgere la nostra attenzione verso un mondo sicuramente lontano dai giovani medici al momento ma che comunque potrebbe rappresentare lo sbocco naturale, una volta conclusa la formazione specialistica e formalizzato l'ingresso nel mondo del lavoro. Non abbiamo mai pensato che fosse produttiva l'idea di creare una ulteriore sigla sindacale nella giungla che già esiste e che sicuramente non aiuta la classe medica a difendere i propri interessi legittimi e a favorire la tutela della salute pubblica, demandando ad altri soggetti il governo della politica sanitaria all'interno degli ospedali. Per questi motivi nelle settimane scorse analoghi protocolli d'intesa sono stati stipulati con Anaa As-somed, Cgil Fp Medici e Uil Fpl Medici. Tali intese hanno lo scopo di formalizzare e rafforzare una collaborazione già in essere, anche con l'ingresso per cooptazione di un referente di FederSpecializzandi nei rispettivi Consigli Nazionali.

## OBIETTIVO: DECRETO LEGISLATIVO 368/99

Si auspica, che da queste intese possa derivare un aiuto concreto per la stipula dei contratti di lavoro di tipo subordinato (con le implicazioni economiche e di tutela che ciò comporta) che, insieme alla ridefinizione della rete formativa e all'avvio definitivo dell'attività degli osservatori nazionale e regionali della formazione specialistica rappresentano una meta agognata di tutta la categoria. In tal modo si darebbe finalmente vita, dopo cinque anni di attesa, al famigerato decreto legislativo 368/99 che recepisce la direttiva comunitaria del 1993 sulla formazione medica specialistica. L'Italia brilla come al solito per il ritardo con cui attua le direttive comunitarie, soprattutto quando queste configurano chiari benefici, rispetto alla situazione pre-esistente, per i destinatari delle stesse. Dal 1991 gli specializzandi ricevono un borsa di studio concepita come sostentamento per il periodo formativo. L'innovazione rispetto al passato era richiesta dal recepimento di una direttiva comunitaria del 1982 che imponeva agli specializzandi un impegno formativo-lavorativo a tempo pieno. Tale borsa attualmente è di undicimilaseicento euro lordi, lo stesso importo che aveva nel 1992. A fronte di un evidente perdita di potere d'acquisto della stessa, c'è da annoverare anche il fatto che in questi tredici anni di applicazione della normativa comunitaria nessun bilancio è stato tracciato. Come avviene spesso per l'attività clinica, nessuna procedura di audit è stata prevista. In altre parole nessuno ha verificato se la formazione specialistica in Italia funziona davvero e se

chi è deputato a curarne l'organizzazione e l'erogazione svolge effettivamente il proprio lavoro.

## MONOPOLIO DELLA FORMAZIONE

Attualmente il monopolio della formazione medica specialistica è appannaggio delle Università. Anche recenti trasmissioni televisive ("Report", RaiTre, 18 aprile 2004) hanno confermato quanto da tempo gli specializzandi vanno dicendo: questo monopolio è fallimentare. Al termine del loro percorso gli specializzandi non hanno quasi mai le competenze che il loro titolo gli riconosce. Soprattutto quelli che hanno trascorso tutto il periodo all'interno dei Policlinici universitari dimostrano le colpevoli lacune delle Scuole così come ora sono concepite e gestite. FederSpecializzandi, auspica l'impostazione di una nuova forma di formazione specialistica e per questo desidera anche collaborare con il mondo accademico, che finora si è dimostrato il più sordo ad ogni cambiamento ma anche a qualsiasi forma di dialogo che non fosse un'imposizione dall'alto quando non un vero e proprio atto di sopraffazione. Questo modo di gestire la formazione di professionisti trentenni deve scomparire e FederSpecializzandi non mancherà di stigmatizzare qualsiasi resistenza al cambiamento e qualsiasi sopruso dovesse provenire dal mondo dell'università.

## MANTENERE ALTA L'ATTENZIONE

Attualmente, in Commissione Affari Sociali alla Camera sono in discussione due proposte di legge che mirano all'attivazione della 368/99 e quindi al radicale cambiamento dello status giuridico del medico specializzando. L'azione di FederSpecializzandi in queste settimane è mirata a mantenere alta l'attenzione del Parlamento e del Governo sul problema. La nostra azione mira a far acquisire agli specializzandi una consapevolezza, e cioè quella di essere a tutti gli effetti dei lavoratori, per quanto in formazione. Perché questo è un ulteriore grosso ostacolo che la categoria deve superare: quello di continuare a ritenersi uno studente senza diritti e solo con doveri o debiti di riconoscenza. Il poter essere letti anche tra le pagine di riviste sindacali di categoria potrà dare un'ulteriore prova (soprattutto agli specializzandi) che la strada che vogliamo percorrere insieme ai nostri colleghi più esperti è quella giusta. Da un lato, perché crediamo che le richieste di una categoria di medici giovani non necessariamente debba essere in conflitto o debba essere ignorata da chi nel mondo del lavoro c'è già anche da decine di anni. Dall'altro, perché non è più eludibile la richiesta legittima di entrare a far parte del mondo del lavoro già da specializzando. Altro non sarebbe che il riconoscimento *de iure* di una realtà nota da tempo a tutti noi *de facto*.

\* Tesoriere FederSpecializzandi  
Presidente Specializzandi Milano

## REGNO UNITO

## I dipendenti del Ssn sono soddisfatti del proprio lavoro, malgrado si confrontino con molte situazioni stressanti

Nonostante siano costretti a fare straordinari, abbiano sperimentato episodi di violenza e si confrontino con situazioni stressanti, la maggior parte dei dipendenti del Ssn britannico si dichiara soddisfatto del proprio lavoro. Lo rivela un'indagine nazionale realizzata l'anno scorso dalla Commission for Health Improvement (CHI) (l'organismo indipendente, ora sostituito dalla Commission for Healthcare Audit and Inspection, con compito di promuovere la qualità in seno sia alle strutture sanitarie pubbliche sia private e no profit di Inghilterra e Galles) e finalizzata a raccogliere informazioni utili a migliorare la qualità dell'assistenza erogata ai pazienti nelle strutture sanitarie del Ssn britannico nonché le condizioni lavorative degli operatori sanitari. All'indagine hanno preso parte 572 strutture e sono stati 203.911 i dipendenti ad aver risposto al questionario. Ecco in sintesi i principali risultati.

Il 75% degli intervistati ha dichiarato di lavorare oltre il normale orario di lavoro, e di questi il 12% afferma di fare ben oltre 10 ore di straordinario in media alla settimana; il 15% ha riferito di aver subito una qualche forma di vessazione sul posto di lavoro da parte dei pazienti o dei loro familiari, il 7% da parte dei più alti in grado e l'11% da parte di colleghi. Il 22% ha dichiarato di aver subito un qualche danno fisico o psicologico correlato alla propria attività lavorativa.

Ciò nonostante, il 73% del personale del National Health Service britannico afferma di essere generalmente soddisfatto del proprio lavoro e ritiene che il datore di lavoro si sforzi di creare le condizioni per una buona vita lavorativa. L'85% degli intervistati ha dichiarato di aver ricevuto una qualche formazione o aggiornamento negli anni precedenti, con un 76% che riferisce di aver frequentato un corso di almeno un giorno, fornito o pagato dal datore di lavoro.

"C'è una chiara correlazione tra buona gestione aziendale, soddisfazione del personale e benefici per gli utenti/pazienti" dice Jocelyn Cornwell, direttore esecutivo della CHI, commentando i risultati dell'indagine.

"Nonostante vi sia ancora molto da fare, è incoraggiante vedere come il Ssn stia investendo sul personale in termini di formazione e sviluppo".

Riguardo all'alto numero di operatori esposti alla violenza sul posto di lavoro la Cornwell sottolinea come sia necessario prendere urgenti provvedimenti perché "è certamente preoccupante che un operatore su sei abbia subito una qualche forma di violenza fisica, nonostante la sfortunata statistica non si discosti da altre realtà sanitarie nordeuropee".

## USA

## Gli investimenti delle lobby sanitarie surclassano quelli degli altri gruppi di pressione

Quanto spendono gli esponenti delle lobby sanitarie per influenzare senatori e delegati al Congresso, Casa Bianca e agenzie federali? Più degli altri. Nel 2000 la cifra si è aggirata sui 237 milioni di dollari, come rivela uno studio pubblicato sull'American Journal of Medicine e ripreso anche dal Bmj. Aziende farmaceutiche e di forniture medicali ne hanno spesi 96 di milioni di dollari, medici e altri operatori della sanità, come gli infermieri, 46 milioni di dollari, ospedali e case di cura 40 milioni, compagnie di assicurazione sanitaria e organizzazioni che erogano servizi sanitari 31 milioni, organizzazioni di sostegno ai malati e assistenziali pubbliche 12 milioni.

Nel periodo 1997-2000, preso in esame dallo studio pubblicato sulla prestigiosa rivista, l'investimento in gruppi di pressione da parte dei professionisti della sanità è cresciuto "solo" del 10 per cento, paragonato al 26 per cento di altre organizzazioni.

La politica sanitaria dunque rischia di essere influenzata oltremodo da quei gruppi di interesse che mettono in campo le maggiori risorse finanziarie e questo è allarmante per i medici, si legge in un editoriale pubblicato sullo stesso numero. Ed ancora, i gruppi di interesse della farmaceutica hanno intensificato la loro pressione quando gli aumenti dei medicinali stavano diventando un problema drammatico per i più anziani, quasi tutti assicurati con Medicare, il programma di assistenza sanitaria nato per gli over 65 che però non copre i costi dei medicinali. "I recenti cambiamenti nel programma Medicare fanno supporre che le lobby farmaceutiche si fossero unite nel ristretto obiettivo di assicurare l'espansione dei benefici farmaceutici senza peraltro associarvi una politica di controllo dei costi".

I medici devono riuscire a combinare i loro interessi con quelli dei pazienti e con la necessità di migliorare la salute della popolazione, afferma sempre l'editoriale. Gli esponenti delle lobby hanno incontri di routine con gli assistenti dei legislatori, che hanno il compito di raccogliere e riassumere le informazioni su un determinato argomento per il loro senatore o delegato. I medici americani sono rispettati e ascoltati, ma discutono gli argomenti sbagliati. "Sono circa 29mila l'anno le riunioni tra medici e assistenti, ma gli argomenti trattati vertono quasi esclusivamente sui rimborsi ai medici e i finanziamenti alla ricerca. Gli assistenti preferirebbero di certo avere input su questioni legate, ad esempio, all'accesso alle cure, alla lotta al tabacco, al diritto d'aborto, ad argomenti inerenti la sanità pubblica".

Le organizzazioni che riuniscono gruppi di interesse sono cresciute del 50 per cento tra il 1997 e il 2000 e sono oltre 40mila i rapporti archiviati dalle 1192 organizzazioni. Dal 1995 infatti i membri di una lobby sono tenuti a dichiarare l'organizzazione per la quale lavorano e gli importi spesi, anche se non sono obbligati a menzionare la normativa che "spingono" o la posizione politica della loro organizzazione o quanto è destinato agli stipendi, la stampa, i trasporti e altri costi vari. Nel rapporto non sono stati presi in esame i contributi alle varie campagne e nemmeno il lobbying statale e locale.

Nella nota di commento, l'editoriale sostiene che per il futuro sarebbe piuttosto utile sapere quanto del denaro delle lobby viene investito, ad esempio, in rappresentanza piuttosto che nella stampa e studiare le varie ripercussioni in campo legislativo.

## UE

## La direttiva europea sull'orario di lavoro preoccupa molti Ssn

L'entrata in vigore il 2 agosto prossimo della direttiva europea 2003/88/Ce del Parlamento Europeo e del Consiglio del 4 novembre concernente l'orario di lavoro sta provocando una certa preoccupazione in alcuni Paesi dell'Unione per le possibili ripercussioni in ambito sanitario. E montano le pressioni per modificare prima della scadenza estiva questa legge comunitaria che potrebbe determinare una drammatica penuria di medici. Ricordiamo infatti che la direttiva prevede un orario massimo di lavoro settimanale di 48 ore in media ed è stata interpretata dalla Corte di Giustizia europea, nel settembre 2003, nel senso che ogni presenza al posto di lavoro, anche le cosiddette guardie mediche, è da ritenersi tempo di lavoro. Per i medici in formazione, i junior doctor, originariamente esclusi dalla direttiva del 1993, l'Unione europea ha stabilito, nel 2000, un orario di 58 ore settimanali che però dovranno ridursi a 48 entro il 2009.

La Camera Alta del Regno Unito ha sostenuto in un recente rapporto che il rispetto delle 58 ore settimanali, con un Ssn già a corto di medici, significherebbe avere circa 3700 junior doctor in meno, per cui difficilmente il Paese riuscirà ad adeguarsi alla direttiva entro agosto. Anche il governo olandese preme per delle modifiche alla legge al fine di evitare una spesa extra di 100 milioni di euro da destinare all'assunzione di altro staff, mentre quello tedesco teme che la direttiva possa rendere necessario aumentare di un quarto il numero di medici, con una spesa di 1,75 miliardi di euro.

L'Olanda in particolare ha chiesto che agli Stati membri sia data la possibilità di stabilire autonomamente quante delle ore destinate alle guardie mediche debbano rientrare nell'orario di lavoro paventando che, qualora tutte le ore destinate agli "on-call duties" venissero conteggiate nell'orario di lavoro, avrebbe bisogno di 10mila sanitari in più, per un costo pari a 400 miliardi di euro l'anno. Il governo irlandese ha espresso la sua preoccupazione per l'adeguamento nei tempi previsti, ormai troppo vicini, in particolare sarebbe difficile riuscire a garantire, laddove è prevista una copertura 24 ore su 24, riposi compensativi immediati ai medici ospedalieri che si alternano nei turni di guardia. Inoltre, per quanto riguarda il tetto di 58 ore settimanali previsto per i junior doctor ritiene che comporterà standard formativi più bassi. I governi di Francia e Spagna, invece, hanno deciso di disapplicare la direttiva in ambito sanitario. Tutti questi punti di vista sono stati portati dinanzi alla Commissione europea che a fine marzo ha concluso il riesame della direttiva e si è detta pronta a tenere nella dovuta considerazione ogni opinione a riguardo, al fine di definire un "contesto legislativo flessibile" tale da non creare "aggravi non necessari".

## UE

## Con l'allargamento una migrazione sanitaria di pazienti e medici

La migrazione sanitaria potrebbe costituire un problema nell'Europa allargata dei 25. Lo ha dichiarato il ministro della Sanità irlandese in un'intervista al Bmj durante un recente meeting dei 15 ministri europei della Sanità a Praga. Secondo il ministro Michel Martin, le due sentenze della Corte Europea di Giustizia a favore, l'una, di un paziente belga, l'altra, di uno olandese (cfr. Dirigenza Medica n. 5/2003) - che affermano il principio in base al quale un cittadino che si trovi dinanzi a lunghe liste di attesa può, pur non essendone stato preventivamente autorizzato, farsi curare all'estero ottenendo il rimborso dal proprio Ssn - contribuiscono a favorire la tendenza che vede già numerosi pazienti emigrare per cure e ciò "potrebbe mettere a repentaglio la capacità dei singoli Stati di sviluppare i propri sistemi sanitari".

Con l'allargamento, inoltre, si verificherà molto probabilmente una emigrazione di medici dall'Europa centro-orientale, soprattutto verso Gran Bretagna e Germania, a causa dei migliori livelli salariali: in alcuni dei nuovi Stati membri, infatti, gli stipendi dei medici sono un decimo di quelli dell'Europa occidentale. "Ovviamente non vogliamo in alcun modo che entrare nell'Unione significhi per alcuni Paesi veder minacciati i propri sistemi sanitari. Non sarebbe certo auspicabile perdersi una buona fetta del loro staff medico"; anche se per il ministro Martin "l'esodo non sarà poi così massiccio e l'Irlanda comunque non andrà a caccia di medici stranieri".

Un impatto forte sui servizi sanitari nazionali sarà provocato dalla direttiva europea sull'orario di lavoro "non in quanto riduce l'orario ma perché definisce tutto ciò che rientra nell'attività lavorativa e nei riposi".

Entrare nell'Unione comunque porterà ai nuovi membri dei sostanziosi benefici sul fronte della sanità pubblica, un miglioramento generale dei servizi "ma soprattutto un maggior rispetto per l'ambiente garantito dalle leggi sanitarie comunitarie".

# Pronta disponibilità del dirigente medico: la previsione contrattuale

## DEFINIZIONE DELL'ISTITUTO E PROCEDURE CONCERTATIVE

La pronta disponibilità è un istituto contrattuale che si caratterizza per la immediata reperibilità del dirigente medico e per l'obbligo dello stesso di raggiungere il presidio, nel tempo stabilito attraverso le procedure concordate con le Oo.ss., nell'ambito del piano annuale adottato dall'Azienda per affrontare le situazioni di emergenza in relazione alla dotazione organica ed agli aspetti organizzativi delle strutture (art. 20, comma 1, del Ccnl 5 dicembre 1996).

Ai fini della legittima istituzione del servizio di pronta disponibilità all'interno di una struttura ospedaliera è necessaria la predisposizione, in sede di contrattazione decentrata, del piano annuale per le emergenze sanitarie.

Tale piano deve essere adottato attraverso un'articolata procedura concertativa con le rappresentanze sindacali aziendali, caratterizzata da una fase di informazione preventiva e da una successiva fase concertativa.

In particolare, nella prima fase procedimentale, l'Azienda sanitaria deve informare periodicamente e tempestivamente le delegazioni sindacali dei lavoratori sugli atti organizzativi di valenza generale concernenti l'orario di lavoro, i turni di guardia, ed i servizi per garantire le emergenze sanitarie.

I rappresentanti dei lavoratori, una volta ricevuta tale informazione, possono attivare, mediante richiesta scritta, una specifica procedura concertativa, prevista espressamente per l'articolazione dell'orario e dei piani necessari per assicurare le emergenze. La concertazione in esame si svolge in appositi incontri da effettuarsi entro quarantotto ore dalla data di ricezione della richiesta e si conclude nel termine tassativo di trenta giorni dalla data della richiesta stessa (art. 6, punto B, Ccnl 1998-2001).

Il rispetto delle procedure sopra descritte costituisce requisito di legittimità indispensabile per l'adozione, da parte dell'Azienda sanitaria, di singoli atti riguardanti l'istituzione e la disciplina del servizio di pronta disponibilità. La violazione di tali norme comporta, da un lato, la nullità giuridica dei singoli atti amministrativi e, dall'altro, il configurarsi, in capo all'Azienda, di una condotta antisindacale.

Il servizio di pronta disponibilità va tenuto giuridicamente distinto dal cosiddetto "lavoro di attesa", in quanto viene effettuato fuori dell'orario di lavoro. Ad esso si ricorre, tutte le volte in cui l'Azienda ospedaliera non è in grado di coprire con turnazioni l'intero arco del periodo giornaliero durante il quale il servizio deve essere assicurato.

## CAMPO DI APPLICAZIONE, DURATA E LIMITI QUANTITATIVI

Allo svolgimento dei turni di pronta disponibilità sono tenuti, per contratto, "i dirigenti medici in servizio presso unità operative con attività continua nel numero strettamente necessario a soddisfare le esigenze funzionali" (art. 20, comma 2). Inoltre, in sede di contrattazione aziendale decentrata, "possono essere individuate altre unità operative per le quali (...) sia opportuno prevedere il servizio di pronta disponibilità" (art. 20, comma 2).

La normativa contrattuale prevede che il servizio in questione, "va limitato ai soli periodi notturni e festivi" e "può essere sostitutivo ed integrativo della guardia divisionale o interdivisionale ed è organizzato utilizzan-

do dirigenti appartenenti alla medesima disciplina" (art. 20, comma 3).

Inoltre, nei servizi di anestesia e rianimazione può prevedersi soltanto la pronta disponibilità integrativa. Quest'ultima è di norma di competenza dei dirigenti sia di I che di II livello, mentre il servizio sostitutivo coinvolge, a turno individuale, solo i dirigenti di I livello.

Con riferimento alla collocazione temporale, nei soli periodi notturni o festivi, è opportuno precisare che l'utilizzo della locuzione "va limitato" non esclude che, in via eccezionale, il ricorso al servizio medesimo sia possibile anche nei periodi diurni e feriali, qualora ciò si renda necessario in ragione di una carenza di organico tale da non garantire un'adeguata gestione delle emergenze durante l'intero arco giornaliero.

Evidentemente, tale diversa regolamentazione dei turni di reperibilità deve essere non solo giustificata da esigenze di servizio, ma, soprattutto, concertata con le Oo.ss. aziendali, attraverso le specifiche procedure sopra descritte.

"Il servizio di pronta disponibilità ha durata di dodici ore. Due turni di pronta disponibilità sono prevedibili solo per le giornate festive e di regola non potranno essere previste per ciascun dirigente più di dieci pronte disponibilità nel mese" (art. 20, comma 4).

In particolare, per ciò che riguarda la durata dei turni, non è escluso che questi possano essere articolati in orari di minore durata, comunque non inferiori a quattro ore. Tale circostanza è confermata, implicitamente, dalla disposizione contenuta nel successivo comma 5 dell'art. 20, il quale, nel regolamentare l'indennità di disponibilità, contempla espressamente l'ipotesi di turni di reperibilità articolati su una durata inferiore alle normali dodici ore.

Con riferimento al limite massimo di dieci turni mensili di pronta disponibilità è opportuno sottolineare come il tenore letterale della norma, preceduta dall'espressione "di regola", lasci intendere che si tratti di un limite superabile in caso di eccezionali esigenze organizzative.

Tale deroga, tuttavia, è ammessa, come ha chiarito la giurisprudenza costituzionale e di legittimità, nel rispetto di quei limiti di ragionevolezza, oltre i quali la salute e l'integrità psico-fisica del lavoratore rischia di subire un grave pregiudizio (cfr. Corte Cost. 7 maggio 1975, n. 5245 e Cass. 20 marzo 1997, n. 2476). È questo uno specifico limite, derivante dall'art. 32 Cost., cui soggiace la discrezionalità datoriale.

Sebbene, infatti, il servizio di pronta disponibilità si concretizzi, in gran parte, in una situazione di attesa della chiamata in servizio, non è escluso che, se ripetuto numerose volte nell'arco del mese, lo stesso possa cagionare al medico un notevole disagio psico-fisico. Si pensi, ad esempio, allo stress causato dal non potersi allontanare troppo dal luogo di lavoro per periodi di tempo prolungati; oppure alla condizione di minore efficienza psico-fisica di certe fasi del giorno, la maggiore irritabilità o emotività causata da frequenti chiamate e l'ansia di precipitevoli corse in auto verso il luogo di lavoro.

## L'INDENNITÀ DI PRONTA DISPONIBILITÀ

Il servizio di pronta disponibilità, inteso come periodo di tempo nel quale il dirigente medico non presta la sua attività, ma resta in attesa, in un luogo predeterminato,

garantendo l'immediata reperibilità in caso di chiamata in servizio, è remunerato con una specifica indennità contrattuale detta indennità di pronta disponibilità.

L'art. 20 del Ccnl del 1996 stabilisce, infatti, che "la pronta disponibilità dà diritto ad un'indennità per ogni dodici ore. Qualora il turno sia articolato in orari di minore durata - che comunque non possono essere inferiori a quattro ore - l'indennità è corrisposta proporzionalmente alla durata stessa, maggiorata del 10%" (comma 5).

La misura dell'indennità di pronta disponibilità è di £ 40.000 lorde (ora € 20 circa), così come determinato dall'art. 110, comma 6, del Dpr n. 384/1990. Tale somma, tuttavia, può essere ricalcolata in sede di contrattazione decentrata, in base ai modelli organizzativi adottati per la ristrutturazione aziendale (art. 62, comma 6, Ccnl 1996).

Dall'interpretazione del testo normativo si evince che il diritto a percepire l'indennità, da parte del dirigente medico, sorge nel momento in cui si raggiungono dodici ore effettive di pronta disponibilità. L'utilizzo dell'espressione "per ogni dodici ore" lascia intendere, infatti, che il compenso in questione vada calcolato con riferimento ad ogni turno di pronta disponibilità comunque non inferiore alle dodici ore; sicché le ore eccedenti o inferiori a tale limite possono essere retribuite successivamente, finché raggiungono la cifra di dodici ore.

Tale emolumento è dovuto al medico per l'effettivo periodo di attesa, mentre in caso di chiamata in servizio, l'attività prestata viene computata come lavoro straordinario o compensata come recupero orario.

## PRONTA DISPONIBILITÀ IN GIORNO FESTIVO E RIPOSO COMPENSATIVO

L'art. 20 del Ccnl disciplina, inoltre, il caso in cui il servizio di pronta disponibilità cada in un giorno festivo, prevedendo, in tale ipotesi, che spetta al dirigente medico "un giorno di riposo compensativo senza riduzione del debito orario settimanale" (comma 6).

La scelta del giorno di riposo compensativo spetta alla direzione aziendale in base alle esigenze di servizio e, comunque, in conformità con quanto previsto dal piano annuale per le emergenze stipulato in sede di contrattazione decentrata. Tale giorno dovrebbe, di regola, coincidere con il giorno feriale immediatamente successivo a quello festivo o, comunque, andrebbe usufruito nell'arco della settimana seguente.

Nel caso ciò non avvenisse, si verrebbe a configurare una illegittima violazione del diritto al riposo settimanale, costituzionalmente garantito al dirigente medico ex art. 36 Cost.

Questa inadempienza può dar luogo ad un'azione giudiziaria di risarcimento del danno da usura psico-fisica causato dal mancato godimento del diritto al riposo settimanale, ed è interamente imputabile al comportamento inadempiente del datore di lavoro, perché derivante dalle scelte organizzative da lui operate, senza che si possa attribuire rilievo giuridico all'eventuale acquiescenza o tacito consenso del lavoratore, essendo in presenza di un diritto, quello al riposo settimanale, indisponibile e irrinunciabile da parte di quest'ultimo.

**Vincenzo Bottino**  
Servizio Tutela Lavoro  
Anaa Cref

## PREVIDENZA

# Il conguaglio tra pensione provvisoria e definitiva

Cosa fare quando la pensione provvisoria è superiore a quella definitiva. Chi deve rimettere l'indebitato percepito? L'istituto previdenziale, l'ente di appartenenza o l'interessato?

**A**nche dopo molti anni dal momento del collocamento a riposo, l'istituto previdenziale, provvede alla formulazione della cosiddetta pensione definitiva. Fino ad allora il pensionato ha ottenuto un trattamento provvisorio, basato sulle indicazioni economiche e di servizio prodotte, all'atto delle dimissioni, dall'azienda sanitaria. Spesso per diversi condizionamenti contrattuali e normativi può accadere che la pensione provvisoria, originariamente assegnata, sia superiore a quella definitiva. In questi casi sorgono dei contrasti fra l'istituto previdenziale, l'ente di appartenenza e l'interessato su come e chi debba rimettere indebitato percepito.

La questione che c'è stata posta anche da diversi colleghi merita un chiarimento. Intanto sottolineiamo che la materia dei debiti scaturenti dal conguaglio tra la pensione provvisoria e quella

definitiva è regolata dall'articolo 8 del Dpr 538 dell'8 agosto 1986 (circolare applicativa 614 del 22 aprile 1987 del ministro del Tesoro - Direzione generale degli istituti di previdenza).

Questa norma stabilisce che, al di fuori dell'ipotesi di fatto doloso dell'interessato, l'ente responsabile della comunicazione deve rifondere le somme indebitamente corrisposte, salvo rivalsa verso l'interessato medesimo.

Non è corretto, quindi, come già segnalato dalle organizzazioni sindacali e dai patronati, in nome e per conto dei propri assistiti, che alcune sedi provinciali Inpdap recuperino direttamente sui trattamenti pensionistici degli ex dipendenti iscritti alle casse degli ex istituti di previdenza i debiti derivanti dal conguaglio tra la pensione provvisoria attribuita dagli enti e quella definitiva liquidata dalle strutture periferiche dell'Inpdap medesimo.

Le sedi Inpdap devono, quindi, osservare i criteri fissati dall'articolo 8 Dpr 538/86. L'Inpdap (informativa 47 del 18 settembre 2001), inoltre, ha fatto presente che le proprie sedi periferiche potranno disporre il recupero delle somme pagate in più sulle pensioni soltanto nel caso nel quale l'ente trasmetta apposita autorizzazione in tal senso rilasciata dall'interessato.

L'Inpdap (informativa 13 del 4 febbraio 2002) ha ritenuto di poter aderire alla richiesta di alcune amministrazioni locali di rateizzare il debito sorto sulle amministrazioni medesime. In questi casi, l'importo del debito verrà maggiorato del saggio degli interessi legali (articolo 1284 del Codice civile) e il numero delle rate potrà essere fissato dai direttori delle sedi periferiche secondo il loro prudente apprezzamento.

**Claudio Testuzza**

## Il servizio militare è utile ai fini pensionistici

La normativa in materia di "contribuzione figurativa" afferma che la leva potrà divenire utile a pensione senza alcun onere per l'interessato

**I**l periodo di tempo dello svolgimento del servizio militare di leva è computabile ai fini dell'anzianità utile a pensione. Esso rientra tra taluni periodi, quali quelli di malattia e di assolvimento a cariche pubbliche, che pur essendo già riconosciuti tali, anche per i regimi previdenziali esclusivi dell'A.G.O., come è il caso dell'Inpdap, riguardo ai dipendenti pubblici, dalla delega prevista dalla legge n. 335 dell'8 agosto 1995, attuata con il decreto legislativo n. 564 del 1996, rientrano nell'istituto della così detta "contribuzione figurativa".

La contribuzione figurativa rappresenta una forma di intervento tipica della solidarietà generale, in relazione a particolari situazioni del rapporto di lavoro, per le quali si ritiene doveroso l'intervento della finanza pubblica, in sostituzione e del datore di lavoro e dello stesso dipendente. In effetti già l'articolo 20 della legge n. 958 del 24 dicembre 1986 (Norme sul servizio militare di leva e sulla ferma prolungata) aveva previsto che il periodo di servizio militare fosse valido, a tutti gli effetti, per l'inquadramento economico e per la determinazione dell'anzianità lavorativa ai fini del trattamento previdenziale del settore pubblico. Per l'effettiva

attuazione, in considerazione dell'incertezza relativa soprattutto alla sua applicazione, è stato necessario attendere un'altra legge, la n. 412 del 30 dicembre 1991. Con quest'ultima disposizione è stato chiarito che il servizio militare valutabile ai fini previdenziali è quello in corso al 30 gennaio 1987, cioè dalla data di entrata in vigore della legge 958/86, nonché quello prestato successivamente a quella data. Una circolare del ministero per la Funzione pubblica (n. 85749/1992) conferma, anche per gli istituti di previdenza prima del Tesoro, e dal 1994 confluiti nell'Inpdap, la validità, ai fini del computo per la quiescenza, dei periodi di servizio di leva e quelli considerati sostitutivi ed equiparati, da valutare indipendentemente dall'epoca nella quale sono stati prestati, con effetto dal 30 gennaio 1987. Anche il corrispondente periodo di volontariato nei Paesi in via di sviluppo (legge 1222/1971), non in costanza di rapporto di lavoro, viene equiparato al servizio militare di leva, ai fini previdenziali.

Il servizio militare di leva potrà divenire utile a pensione, senza alcun onere per l'interessato, mediante domanda prodotta dallo stesso, iscritto all'istituto

previdenziale pubblico.

Ai fini del riconoscimento il richiedente dovrà presentare domanda in carta semplice, diretta all'ufficio provinciale dell'Inpdap, accludendo copia autenticata del foglio matricolare militare, ed una dichiarazione sostitutiva dell'atto di notorietà, rilasciato ai sensi della legge n. 15/1968, con la quale si attesti che il servizio in questione non è stato utilizzato in altre gestioni previdenziali. L'Ente di appartenenza dovrà certificare, sul modello 98, i servizi prestati con l'obbligo di iscrizione ed attestare che il richiedente era in servizio all'atto della domanda.

Spetta comunque all'iscritto documentare la domanda acquisendo anche la certificazione dell'ente datore di lavoro prodotta sul modello 98.

Ricevuta la documentazione, l'Inpdap provvederà ad emettere il provvedimento di riconoscimento del periodo di servizio militare di leva ed a notificarlo all'interessato. Qualora il periodo di servizio militare sia stato già, in passato, riscattato onerosamente, non si potrà più chiedere il riconoscimento gratuito e neppure la restituzione dell'onere versato a questo fine.

**C.T.**

# La mozione finale approvata dal Consiglio Nazionale

Il Consiglio Nazionale Anaa Assomed, riunito a Giovinazzo in data 9 luglio 2004, fa propria, approvandola all'unanimità, la mozione finale proposta dalla Conferenza Organizzativa riunita in data 8 luglio 2004.

La Conferenza Organizzativa esprime unanime apprezzamento per la conduzione della VERTENZA PER LA SALUTE riaffermando la propria determinazione a perseguire i legittimi interessi categoriali nell'ambito di quelli generali che coinvolgono il diritto costituzionalmente sancito alla tutela della salute.

La difesa e il rilancio del Servizio Sanitario nazionale si conferma obiettivo prioritario dell'Anaa Assomed che denuncia e respinge il processo in atto d'impovertimento finanziario del sistema e di frantumazione della sua integrità ed unitarietà funzionale e gestionale, minacciata dal progetto devolutivo di riforma costituzionale.

L'Anaa Assomed conferma, invece, la propria disponibilità e impegno a progetti che, salvaguardando i principi di solidarietà ed equità, orientino il sistema, sul piano dell'organizzazione e gestione, verso una maggiore ricerca dell'efficacia, appropriatezza e qualità delle prestazioni rese ai cittadini e, sul piano politico ed economico, garantiscano una rigorosa definizione e finanziamento dei Lea.

Pronunciamenti autorevoli di alcuni soggetti istituzionali (Regioni, Corte dei Conti, Comuni) e di molti istituti di ricerca, terzi e pubblicamente accreditati (recentemente l'Istat), vanno tutti in una sola direzione: senza un robusto finanziamento pubblico aggiuntivo il Servizio Sanitario Nazionale non può garantire nemmeno i Livelli Essenziali di Assistenza.

La Conferenza Organizzativa ritiene, quindi, che l'imminente presentazione del Documento di Programmazione Economica e Finanziaria debba contenere finanziamenti per il sistema sanitario coerenti ed adeguatamente stimati, non inferiori a 13 miliardi.

La Sanità rappresenta un settore ad elevata innovazione tecnologica per cui non può essere considerata una semplice area da tagliare dimenticando la sua capacità di costituire un volano insostituibile per investimenti, ricerca ed occupazione.

La piena attuazione dei Lea presuppone risposte concrete ad alcune grandi questioni categoriali che vanno quindi poste con forza sul tavolo politico e contrattuale:

- **valorizzazione anche economica** delle competenze professionali acquisite;
- **Ecm e formazione** post laurea;
- **organizzazione e retribuzione** del sistema di risposta alle urgenze-emergenze e dei percorsi di continuità assistenziale
- **finanziamenti adeguati per il rinnovo** tecnologico anche per potere rispondere in maniera sempre più efficace ai bisogni di una popolazione sempre più anziana e fragile.

Rivendicare per queste questioni finanziamenti aggiuntivi a quelli previsti per il

rinnovo del Ccnl non è solo un problema di categoria, ma un dovere e un atto di responsabilità civile e sociale delle istituzioni verso i cittadini che giustamente chiedono garanzie di tutele e garanzie di sicurezze nella tutela.

La Conferenza Organizzativa invita quindi la Segreteria Nazionale a adoperarsi, con tutti gli strumenti ritenuti opportuni ed efficaci, per il rinnovo del Ccnl attraverso il quale adeguare le retribuzioni e realizzare sostanziali innovazioni di quegli istituti contrattuali che hanno evidenziato limiti e insoddisfazioni.

In particolare occorre assicurare:

- **la trasparenza e la semplificazione** delle procedure connesse all'attribuzione degli incarichi dirigenziali e delle relative verifiche professionali;
- **la definizione dell'orario di lavoro** nella quale va ribadito il principio che ogni attività non compresa nell'orario contrattuale deve essere retribuita tramite risorse aziendali extracontrattuali;
- **la solidificazione**, per quanto possibile, nella parte fissa, garantita ed uniforme a livello nazionale, di voci variabili;
- **la valorizzazione economica** e risoluzione dei problemi organizzativi del lavoro notturno e festivo;
- **la difesa e tutela** della libera professione anche in forma allargata;
- **la piena copertura assicurativa** anche degli ulteriori rischi professionali;
- **la definizione del numero di contratti** di lavoro atipici possibili, compresa una corretta applicazione dell'articolo 15 septies D.lgs 229/99, e del loro contenuto economico e normativo, insieme con la attivazione degli ordinari meccanismi concorsuali.

La Conferenza Organizzativa chiede che l'atto di indirizzo ancorché non condivisibile nella sua totalità venga approvato al più presto al fine di permettere l'apertura del tavolo contrattuale. Ulteriori ritardi sarebbero vissuti come un tentativo di 'saltare' una intera tornata contrattuale.

Infine, la Conferenza Organizzativa auspica che l'Associazione si impegni ad arrestare il processo di progressivo invecchiamento della categoria anche modificando l'attuale meccanismo che regola la formazione post laurea, sia rivedendo la necessità del titolo di specializzazione come requisito per l'accesso al Ssn, sia valorizzando il ruolo didattico e professionalizzante dei medici ospedalieri e la attuazione delle direttive Cee in materia.

La mancata risposta agli obiettivi generali della VERTENZA PER LA SALUTE e alle aspettative a livello contrattuale accentuerebbe ulteriormente il disagio della categoria costringendola ad ulteriori azioni sindacali. In tal senso la conferenza organizzativa di mandato alla Segreteria nazionale di perseguire tali richieste e a promuovere tutte le eventuali azioni sindacali ritenute necessarie.

## segue dalla prima

### 15 LUGLIO 2004

all'interno dell'esecutivo proprio sulle scelte di politica economica, sociale, istituzionale che hanno portato anche alle dimissioni del super ministro Giulio Tremonti, simbolo sino ad ora della politica berlusconiana.

A distanza di un mese dalla riscrittura dell'atto di indirizzo all'Aran per il rinnovo contrattuale, ancora il Consiglio dei ministri non lo ha approvato, nonostante le assicurazioni del ministro della salute ai sindacati accorsi all'incontro di

Milano e quelle del vicepremier Gianfranco Fini, del sottosegretario Gianni Letta, dei ministri Tremonti, Maroni e Mazzella alle confederazioni del pubblico impiego nell'incontro di Palazzo Chigi del 3 giugno scorso.

Probabilmente non avevamo sbagliato a diffidare dell'incontro di Milano e delle facili promesse pre-elettorali. Speriamo ancora nei prossimi giorni l'insostenibile balletto abbia termine e possa avere finalmente inizio la stagione contrattuale.

Se questo però non dovesse accadere, prenderebbero corpo le preoccupazioni di molti che temono ormai il salto di una tornata contrattuale.

L'Anaa Assomed, però, a Giovinazzo ci ha dato un mandato:

operare politicamente e sindacalmente in tutti i modi, anche i più drastici, perché la vertenza proceda nella difesa della medicina pubblica e di chi vi opera. Lo strumento principale da utilizzare a tale scopo è ancora l'unità della categoria medico-dirigenziale del Ssn avvertendo, però, che tale unità non è il fine del movimento da raggiungere a tutti i costi, ma deve servire per perseguire gli obiettivi che ci siamo prefissi: difesa e sviluppo del Ssn e della sua unità, contratto nazionale di lavoro.

Il mese di settembre ci deve trovare pronti attenti e decisi. La partita è lunga e difficile. La posta in gioco è alta. Non possiamo abbandonare a metà la strada intrapresa.

**Serafino Zucchelli**

DIRIGENZA MEDICA

Il mensile dell'Anaa Assomed

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

direttore  
**Serafino Zucchelli**

direttore responsabile  
**Silvia Procaccini**

comitato di redazione:  
**Alberto Andron, Piero Ciccarelli,  
Antonio Delvino,  
Mario Lavecchia**

coordinamento editoriale

**Cesare Fassari**  
hanno collaborato:  
**Arianna Alberti, Eva Antoniotti, Carlo Bocci,  
Vincenzo Bottino, Paola Carnevale, Lucia Conti,  
Egidio Di Pede, Domenico Iscaro, Stefano Magnone,  
Paolo Quondam, Enrico Reginato, Stefano Simoni,  
Claudio Testuzza**  
Progetto grafico e impaginazione:  
**Daniele Lucia**

Editore

**Italpromo Esis Publishing**  
Via dei Magazzini Generali 18/20, 00154 Roma  
Telefono 065729981 - fax 0657299822

Registrazione al Tribunale di Milano n.182/2002 del 25.3.2002  
Diritto alla riservatezza: "Dirigenza Medica"  
garantisce la massima riservatezza dei dati forniti  
dagli abbonati nel rispetto della legge 675/96  
Stampa: Tecnostampa srl - via Le Brece 60025 Loreto (An)  
Finito di stampare nel mese di luglio 2004