

contiene IP

DOSSIER
IL CONTRATTO
E LA MANOVRA
ECONOMICA
PAGINE 2-6

Dal blocco degli stipendi
e straordinari
allo stop degli avanzamenti
di carriera

LA MAZZATA DI TREMONTI

Sommario |

GOVERNO CLINICO

Torna all'attenzione del Parlamento una nuova versione del Ddl sulla governance
pagina 11

COLLEGATO LAVORO

Tutte le novità che investono il trattenimento in servizio dei dirigenti medici
alle pagine 12-13

SPECIALIZZANDI

Lo stato dell'arte e le riflessioni sui percorsi dei giovani medici in formazione
pagina 14

MISSIONE GORONTALO

I risultati raggiunti in Indonesia dall'equipe guidata da Enrico Reginato dell'Anaa Assomed
pagina 15



L'EDITORIALE

di Domenico Iscaro

La Cassazione, le linee guida e la solitudine dei medici

Grande clamore ha suscitato la recente sentenza della Corte Suprema di Cassazione con la quale i giudici hanno annullato, rinviandola alla Corte di Appello, la precedente sentenza assolutoria nei confronti di un medico accusato di omicidio colposo e condannato ad otto anni di reclusione. Il paziente, dopo trattamento di angioplastica ed applicazione di uno stent per infarto acuto del miocardio, era stato dimesso in nona giornata e a poche ore dall'arrivo a casa era deceduto per aritmia ventricolare. I giudici hanno ritenuto che la decisione della dimissione non doveva essere rapportata alle linee guida adottate nel reparto, ma alle condizioni generali del paziente nel quale, ancorché stabilizzato, perdurava una condizione di criticità legata alla persistenza di fattori di rischio (ipercolesterolemia, ipertensione, obesità). E come non rimanere perplessi di fronte ad una sentenza giuridica che ha inferto un duro colpo alla credibilità delle pratiche che regolano quotidianamente l'attività clinica ormai in quasi la totalità delle specialità. È come se una sentenza giuridica intervenisse a gamba tesa sulla teoria della relatività e della meccanica quantistica decidendo sulla validità scientifica di una equazione su cui poggia la teoria dello spazio, del moto e della gravità. Gli effetti sarebbero disastrosi, torneremmo inevitabilmente ai tempi di Newton. Questo è lo scenario possibile se la valutazione della Corte di Cassazione venisse confermata.

Sbagliano i giudici della Corte Suprema quando degradano le linee guida a "mero dato statistico di nessun valore scientifico" perché le linee guida definiscono lo stato dell'arte sulle varie malattie e si basano sulle migliori evidenze disponibili nella letteratura scientifica, razionalizzando percorsi terapeutici e diagnostici. Nell'ampia gamma di variabilità che caratterizza la medicina e le scelte terapeutiche e diagnostiche, esse sono uno strumento di guida per il medico, che poi le modula nel contesto della realtà specifica di ogni singolo paziente. Né deve esser sottovalutato che esse garantiscono il percorso più sicuro per il paziente a cui viene dedicata la cura più efficace in quel momento in base ai dati statistici (a meno che non si voglia ostinatamente negare il valore di tale scienza) e alle evidenze scientifiche a disposizione del mondo medico. Immaginare un mondo senza linee guida è difficile. Ogni medico sceglierebbe percorsi di cura e diagnostici solo nel raggio della propria limitata esperienza e soprattutto si avrebbero scostamenti di risultati da ospedale ad ospedale, da ambulatorio ad ambulatorio. Mettendo in discussione la loro validità si indebolisce l'azione del medico in un momento in cui le contingenze legate alla crisi economica e alle revisioni organizzative

rendono il sistema pericolosamente instabile. Si produrrebbe una pericolosa deriva individualistica destinata a spingere inevitabilmente verso la medicina difensiva, che con i suoi elevatissimi costi (11,8% della spesa secondo un recente studio dell'OdM di Roma) alimenta quei flagelli (sprechi, liste di attesa, diseguaglianze di accesso ecc) che costituiscono la più seria e grave minaccia per la tenuta del Ssn.

Sbagliano i giudici della Corte Suprema quando degradano le linee guida ad un semplice espediente di "economicità gestionale". In un Paese dove più della metà delle Regioni registrano pesanti deficit di bilancio e devono sottostare a gravosi piani di rientro dal debito, i medici sperimentano sulla propria pelle quanto sia difficile confrontarsi ogni giorno con le poche risorse a disposizione ed operare in un'ottica "di minor costo", coniugando l'atto medico più efficace per il paziente con la spesa più congrua. Sappiamo che la scelta di un farmaco piuttosto che un altro, che un iter diagnostico inappropriato, che la durata della degenza in un reparto di alta intensità di cura costituiscono un alto costo che incide direttamente sulla equità del sistema. Un sistema in debito è un sistema biologicamente diseguale e razzista è un sistema dove si salva il più forte e soccombe il più debole. I giudici della corte suprema affermano che è diritto fondamentale del malato di essere curato senza alcun vincolo e che il medico di quel diritto è garante. Ma questo è possibile solo se ci si confronta con il contesto economico, è possibile solo se il sistema tiene, se la compatibilità tra le risorse impegnate e il sistema di erogazione è sincrono. In questo senso la compatibilità economica del Ssn rappresenta un valore etico fondamentale. La sentenza della Corte suprema che ha condannato un medico che si è attenuto alle linee guida abbandona tutti i medici in una pericolosa solitudine. Il medico rischia di diventare il solo punto di equilibrio tra le logiche economicistiche di quelle Aziende sanitarie che utilizzano i budget come una falce che taglia orizzontale prestazioni e servizi, senza salvaguardare nessuna priorità, ed il diritto alla tutela della salute dei cittadini. È urgente che tutti collaborino a soluzioni legislative e normative che scongiurino questo pericolo. E si deve cominciare con il riconoscere ed accettare l'utilizzo delle linee guida e dei protocolli diagnostico-terapeutici come fondamentali della scienza medica convalidata dalle evidenze. È verosimile, come si arguisce dalla sentenza, che i giudici non abbiano acquisito quegli elementi tecnici e quei supporti scientifici idonei a valutare l'efficacia delle linee guida. Ci auguriamo che tale vuoto informativo sulla loro validità sia presto colmato dalla Corte alla quale è stato rinviato il caso.

DOSSIER
IL CONTRATTO
E LA MANOVRA
ECONOMICA

Punto per punto cosa cambia per il nostro contratto a seguito delle norme introdotte nella manovra economica nel luglio 2010 e alla luce delle successive circolari interpretative

➔ **Giuseppe Montante** Responsabile Politiche Contrattuali Segreteria Nazionale Anaa Assomed

La manovra economica del Governo (Legge 122 del 30 luglio 2010), caratterizzata dalla rilevanza delle disposizioni miranti al contenimento della spesa in materia di Pubblico Impiego, ha introdotto in modo unilaterale delle modifiche di carattere transitorio di alcune disposizioni normative presenti nei Contratti Collettivi Nazionali vigenti dei dipendenti pubblici (articolo 9).

Alcune di questi cambiamenti normativi esplicano i propri effetti anche sul Ccnl dei Dirigenti del ruolo sanitario, dipendenti del Ssn.

La traduzione attuativa delle disposizioni legislative suddette non può essere però uguale ed automatica per tutte le Aree e Comparti del Pubblico Impiego, ma deve tener conto delle differenze legislative, contrattuali e professionali esistenti.

Per questi motivi, recentemente la Conferenza delle Regioni ha emanato una Circolare interpretativa delle disposizioni più controverse di modifica delle norme contrattuali, presenti nell'articolo 9 della Legge 122/2011, tentando in tal modo di tradurle alla luce delle peculiarità specifiche presenti nelle diverse Aree professionali.

Questa Circolare in buona parte può essere considerata un passo avanti positivo per l'Area della dirigenza sanitaria, perché le interpretazioni attuative presenti in essa tengono conto della specificità contrattuale e professionale di quest'Area e limitano le ripercussioni negative sul dipendente delle nuove norme legislative.

Su alcuni argomenti però l'interpretazione delle Regioni risulta omissiva o povera o ribadisce tesi a nostro parere errate e particolarmente penalizzanti per la suddetta dirigenza.

La conoscenza e comprensione delle disposizioni legislative che riguardano tale dirigenza e delle interpretazioni suggerite dalla Conferenza delle Regioni può risultare utile ad esercitare un'azione di sorveglianza sui vari momenti attuativi e di contrasto alle applicazioni improprie o errate da parte delle Aziende Sanitarie.

Di seguito si riportano in sintesi per ciascuna delle grosse tematiche, di interesse per la Dirigenza sanitaria, gli elementi esplicativi sotto elencati:

- le disposizioni che riguardano il personale dipendente del Pubblico Impiego, applicabili anche ai dirigenti sanitari dipendenti del Ssn;
- le interpretazioni attuative suggerite dalle Regioni;
- le nostre note esplicative;
- gli eventuali suggerimenti tecnici.

MANOVRA ECONOMICA:

TUTTE LE RICADUTE SUL CONTRATTO



BLOCCO DEL TRATTAMENTO ECONOMICO (ARTICOLO 9 COMMA 1)

SINTESI DISPOSIZIONE LEGISLATIVA

Per gli anni 2011, 2012 e 2013 lo stipendio dei dipendenti e dirigenti pubblici, compreso il trattamento accessorio, non può superare la retribuzione ordinariamente spettante nel 2010, fatta salva l'indennità di vacanza contrattuale ed al netto quindi degli effetti derivanti da eventi straordinari della dinamica retributiva, ivi incluse le variazioni dipendenti da eventuali arretrati, conseguimento di funzioni diverse in corso d'anno, maternità, malattia, missioni svolte all'estero, effettiva presenza in servizio.

CIRCOLARE REGIONI Condivisibili

Sono condivisibili ai fini dell'attuazione delle disposizioni legislative gli approfondimenti di seguito riportati:

- la definizione del concetto legislativo di: "Trattamento economico ordinariamente spettante";
- l'esplicitazione delle voci retributive del trattamento fondamentale ed accessorio che rientrano nel trattamento ordinariamente spettante;
- l'elencazione delle voci e delle condizioni retributive che sono escluse dal blocco delle retribuzioni individuali.

NOTE ESPLICATIVE

Definizione di trattamento economico individuale ordinariamente spettante

Tutte le voci del trattamento economico fondamentale ed accessorio aventi carattere di fissità e continuità.

Voci e condizioni retributive escluse dal blocco

Dal combinato-disposto Legge e Circolare delle Regioni risulta chiaro che le voci e condizioni retributive escluse dal blocco sono:

- pagamenti di arretrati;
- accrescimento della complessità degli incarichi e/o delle funzioni, già attribuiti;
- conseguimento di incarichi e/o funzioni diverse;

DOSSIER
IL CONTRATTO
E LA MANOVRA
ECONOMICA

- indennità di esclusività;
- maternità;
- malattia;
- missioni svolte all'estero;
- retribuzione di risultato;
- effettiva presenza in servizio (ore straordinarie, indennità di servizio notturno, indennità di guardia notturna).

Tetto individuale 2010 di retribuzione

Dal testo risulta chiaro che il tetto alle retribuzioni in questione non coincide con il trattamento "realmente percepito nell'anno 2010", bensì col trattamento ordinariamente spettante per l'anno 2010, anche se pagato per alcune voci negli anni successivi.

Incarichi di posizione di maggiore complessità o di graduazione superiore

Le Regioni chiariscono attraverso la Circolare in modo definitivo che l'elevazione del livello di complessità dell'incarico già posseduto o l'assegnazione di incarichi di posizione di alta professionalità od organizzativi o dirigenziali (diversi e superiori a quelli precedentemente affidati) sono equiparabili anch'essi ad una progressione verticale della carriera e pertanto esclusi dal blocco della retribuzione individuale.

Superamento della verifica dopo i primi 5 anni di servizio

Le stesse chiariscono anche che la condizione

giuridica che si realizza dopo 5 anni di servizio, dopo verifica positiva, è diversa da quella posseduta prima in cui vi è l'impossibilità assoluta di attribuire un incarico ed è equiparabile ad una progressione verticale della carriera e quindi anche in questo caso si ha l'esclusione dal blocco della retribuzione individuale.

Indennità di esclusività di rapporto per anzianità di servizio > a 5 anni ed < a 15 anni o per affidamento di incarico di direzione di struttura complessa

Dal dettato della Circolare risulta chiaro che l'attribuzione della fascia superiore di esclusività, in deroga al comma 1 dell'art. 9, non può derivare solamente dal conseguimento dell'anzianità di servizio, ma consegue alle condizioni, di seguito esplicitate:

- il coincidente superamento della verifica, prevista dopo i primi 5 anni di servizio, perché fa conseguire al dirigente una nuova e superiore condizione giuridica, soddisfacente all'attribuzione della fascia superiore di esclusività;
- l'attribuzione d' un incarico di direzione di struttura complessa.

In tal caso l'operatività del dettato contrattuale non viene nei fatti modificata.

Indennità di esclusività per anzianità di servizio > a 15 anni

Dalla stessa Circolare risulta inoltre che, nel periodo di vigenza delle norme del comma 1 dell'art. 9 della Legge 122/2010, il superamento della verifica prevista dopo 15 anni di servizio non basta più per l'attribuzione della fascia economica superiore d'esclusività, ma occorre che vi sia anche l'attribuzione di incarichi/funzioni diversi da quelli posseduti, quali ad es.: il "gradone", previsto dai commi 5, 6 e 7 dell'art. 5 del Ccnl 2004 - 2005.

Progressioni economiche orizzontali

Le Regioni sanciscono in modo inequivocabile che, nel periodo di vigenza delle norme del comma 1 dell'art. 9 della Legge 122/2010, non è possibile un incremento della retribuzione individuale rispetto a quella 2010 in conseguenza di progressioni ai soli fini economici delle posizioni, rimanendo invariata la tipologia d'incarico rispetto a quello posseduto ed il livello di complessità (progressioni orizzontali di carriera).

SPESA PER IL TRATTAMENTO ACCESSORIO
(ARTICOLO 9 COMMA 2 BIS)
SINTESI DISPOSIZIONI LEGISLATIVE

Questo comma dispone che l'ammontare complessivo delle risorse destinate annualmente al trattamento accessorio del personale delle amministrazioni pubbliche, per il periodo temporale compreso fra 01/01/2011 e 31/12/2013:

- 1) non può superare il corrispondente importo dell'anno di competenza 2010;
 - 2) è automaticamente ridotto in misura proporzionale alla riduzione del personale in servizio.
- Esaminiamo di seguito ciascuna delle due disposizioni.

DISPOSIZIONE N. 1
Blocco all'importo 2010 della spesa complessiva per il trattamento accessorio dei dipendenti
CIRCOLARE REGIONI
Condivisibile

Sono da considerare condivisibili le seguenti interpretazioni:

- il blocco è riferito all'ammontare indistinto della spesa per trattamento accessorio
- la spesa da valutare ai fini dell'eventuale blocco è quella di competenza per ciascun anno compreso fra il 2011 ed il 2013;
- le condizioni retributive esplicitate escluse dal blocco della spesa complessiva della retribuzione accessoria di ciascuna azienda.

Nota esplicativa

Nell'attuazione della suddetta disposizione si deve tener conto dei seguenti principi:

- gli arretrati dei fondi inerenti la retribuzione accessoria degli anni di competenza fino al 2010 non concorrono alla determinazione della spesa di tale tipologia di retribuzione negli anni compresi fra il 2011 ed il 2013;
- il divieto di superamento riguarda l'ammontare complessivo della retribuzione accessoria e non è per forza da riferire a ciascun addendo che la compone;

RIDUZIONE DEGLI STIPENDI
(ARTICOLO 9 COMMA 2)
SINTESI DISPOSIZIONI LEGISLATIVE

1. In questo comma si dispone che dal 01/01/2011 al 31/12/2013 gli stipendi dei singoli dipendenti pubblici, anche di qualifica dirigenziale, superiori a 90.000 euro lordi annui sono ridotti (1° periodo):
 - 5% sulla parte eccedente i 90mila euro, fino a 150mila euro;
 - 10% sulla parte eccedente i 150mila euro.
2. Nell'operare tale riduzione si deve tener conto delle seguenti disposizioni limitanti:
 - la riduzione, di cui sopra, non ha effetto ai fini previdenziali (3° periodo);
 - in conseguenza della suddetta riduzione, il trattamento economico complessivo non può

essere inferiore a 90mila euro lordi annui (4° periodo).

3. A decorrere dal 31/05/2010 (data dall'entrata in vigore del Decreto n. 78/2010, precursore della Legge 122/2010), i trattamenti economici complessivi spettanti ai titolari di incarichi dirigenziali, ferma restando la riduzione sopra riportata, non possono essere superiori a quelli indicati nel precedente contratto per il suddetto incarico, indipendentemente del dirigente che lo abbia stipulato (4° periodo).

CIRCOLARE REGIONI
Condivisibile

Condivisibile la presenza delle seguenti disposizioni attuative in merito a:

- modalità concrete di imputazione della riduzione sui singoli trattamenti stipendiali per cui

si dispone che la decurtazione deve essere attuata solamente quanto la retribuzione complessiva di competenza di ciascun anno supera i tetti;

- voci retributive che sono escluse dalla definizione contabile del trattamento economico complessivo da sottoporre a decurtazione fra cui è esplicitamente ricompresa la libera professione dei dirigenti sanitari in tutte le forme previste dal Ccnl).

Parzialmente condivisibile

Solo parzialmente condivisibile la disposizione attuativa che attribuisce l'onere contributivo previdenziale della parte di trattamento economico, ridotto per effetto del dettato del comma 2 dell'art. 9 della Legge 122/2010, al datore di lavoro (Azienda Sanitaria) anche per la parte dovuta dallo stesso dipendente.

- lo stesso divieto è da riferire all'ammontare complessivo della retribuzione accessoria di ciascuna area e comparto contrattuale presente nell'azienda.

DISPOSIZIONE N. 2

Riduzione dell'ammontare complessivo delle risorse per il trattamento accessorio dei dipendenti in misura proporzionale alla riduzione del personale in servizio

CIRCOLARE REGIONI

Condivisibili

- Le seguenti interpretazioni attuative generali in merito alla metodologia ed ai tempi di riduzione della retribuzione accessoria e pertanto dei fondi che la compongono:
 - la decurtazione deve essere proporzionale all'entità delle cessazioni negli anni compresi fra il 2011 ed il 2013;
 - nel calcolo dell'entità della riduzione negli anni compresi fra il 2011 ed il 2013 si deve tener conto della riduzione a saldo di personale cessato di ciascuna area o comparto, risultante dalla comparazione fra l'entità numerica di questo al 31 dicembre e quella risultante al 1 gennaio dell'anno successivo;
 - da tale riduzione per ciascuna area o comparto deve essere escluso il numero relativo al personale assunto o di cui è prevista l'assunzione, in seguito alla programmazione annuale;
 - il calcolo dell'entità annuale di decurtazione deve tener conto anche della reale data di cessazione;
 - l'eventuale prima decurtazione deve essere attuata sull'entità della retribuzione accessoria dell'anno 2012 in riferimento al personale in servizio nel 2011 e così via per gli anni successivi.
- L'interpretazione metodologica avanzata in merito a):
 - importo economico da ridurre;
 - calcolo dell'importo economico medio.
- Le seguenti interpretazioni attuative specifiche per i dirigenti del ruolo sanitario dipendenti che prevedono la possibilità di esclusione dalla decurtazione dei relativi fondi accessori in seguito a cessazioni degli importi conseguenti alle seguenti voci retributive:

- retribuzione di posizione degli incarichi di direzione, di posizione organizzativa e di alta professionalità;
- indennità di direzione di struttura complessa ed indennità di direzione di dipartimento;
- indennità per lo svolgimento di compiti con particolari responsabilità;
- indennità di: disagio per lavoro notturno e/o festivo, rischio, turno, pronta disponibilità.

Nota esplicativa

Dalla Circolare delle Regioni risultano chiari gli effetti delle disposizioni legislative su ciascuno dei fondi contrattuali della dirigenza sanitaria, di seguito esplicitati.

Fondo di risultato

La riduzione dei fondi viene attuata operando soprattutto sul fondo di risultato ed effettuando, a fine anno, il calcolo differenziale medio fra assunti e cessati.

Fondo di posizione

La quota di posizione lasciata da un dirigente al momento della cessazione dal servizio, viene accantonata (non viene ridistribuita sui dirigenti in servizio), ma viene mantenuta al fine di garantire all'Azienda la possibilità di attuare le politiche retributive.

La quota accantonata potrà essere utilizzata per retribuire:

- le nuove posizioni attivate (incarichi per nuove assunzioni, mobilità),
- l'affidamento di incarichi di livello superiore, diversi da quelli precedentemente affidati,
- l'accrescimento della complessità di incarichi già affidati.

La parte della quota accantonata, che residua a consuntivo nel bilancio di competenza perché non utilizzata, sarà introitata dall'azienda come economie di bilancio.

In caso di saldo d'incremento positivo (maggiore il numero degli assunti rispetto ai cessati), il fondo potrà essere invece implementato sulla base del valore medio retribuito per dirigente (articolo 53, comma 1, Ccnl 8 giugno 2000).

Fondo del trattamento accessorio legato alle condizioni di lavoro

Tale fondo non viene ridotto al fine di garantire la continuità assistenziale per la quale è stato istituzionalmente costituito.

Nota esplicativa

Nella Circolare delle Regioni non vi è alcuna interpretazione o suggerimento attuativo inerente disposizione legislativa, esplicitata al punto 3 della sintesi (trattamento economico complessivo per incarichi dirigenziali, ferma restando la riduzione sopra riportata, non superiore a quello percepito nel precedente contratto per il suddetto incarico). Malgrado il disinteresse interpretativo della Circolare su tale disposizione, si ritiene utile esplicitare i seguenti principi attuativi:

- il contratto a cui si riferisce il dettato del 4° periodo è quello individuale, stipulato all'atto dell'affidamento dello specifico incarico dirigenziale;
- il rispetto della disposizione legislativa n. 3 e del dettato contrattuale vigente presuppone che l'incarico dirigenziale affidato, oggetto del contratto individuale, sia di uguale complessità rispetto a quello precedente equivalente.



RETRIBUZIONE INDIVIDUALE DI ANZIANITÀ DEI CESSATI

SINTESI DELLA CIRCOLARE

La circolare interpretativa delle Regioni, in concordanza con la circolare attuativa del Ministero dell'Economia e Finanza (Mef), esclude la possibilità che la Retribuzione individuale di anzianità (Ria) dei dirigenti sanitari dipendenti cessati dal servizio possa essere versata nel fondo di posizione variabile aziendale, essendo quest'ultimo una voce del trattamento accessorio e come tale non incrementabile mediante automatismi in conseguenza della disposizione legislativa del comma 2 bis dell'articolo 9.

Non condivisibile

Non è assolutamente condivisibile l'interpretazione attuativa su tale materia esplicitata, dal Mef e dalle Regioni, per i seguenti motivi:

- la Ria percepita dai dirigenti sanitari in servizio è voce stipendiale che concorre ordinariamente alla determinazione dell'importo della "massa salariale";
- il trasferimento della Ria dei dirigenti cessati dal servizio al fondo di posizione variabile aziendale non costituisce ai fini contabili una spesa aggiuntiva, ma solamente un "giro di conto" da una voce ad un'altra della "massa salariale" e pertanto non è in antitesi con lo scopo della disposizione legislativa che è quello di impedire l'aumento della spesa delle retribuzioni mediante automatismi.

SUGGERIMENTI ATTUATIVI

Malgrado l'errore interpretativo perpetrato sia dal Mef e sia dalle Regioni, in attesa che sia affermata la verità "giuridica" nelle sedi opportune, la disposizione attuativa in merito esplicitata nelle rispettive circolari può comunque non avere alcun effetto sulle Ria emergente dei cessati negli anni che vanno dal 2010 al 2012 e può pertanto incrementare legittimamente il fondo di posizione degli anni compresi fra il 2011 ed il 2013, senza che ciò determini una violazione delle norme della Legge 122/2010.

Tutto ciò dipende dalle decisioni prese dalla contrattazione aziendale sulle seguenti due condizioni:

- tipologia di fondo di posizione in cui viene versata la Ria dei cessati;
- destinazione d'uso di tale Ria.

LA RATIO LOGICA E GIURIDICA di questa affermazione è già esplicitata nel combinato – disposto delle norme presenti nella Legge, Circolari interpretative e Ccnl vigenti e sono le seguenti:

- la Ria dei dirigenti sanitari dipendenti in servizio è una delle voci della parte fondamentale della retribuzione (disposizione del Ccnl

Non condivisibile

Non condivisibile l'interpretazione nei fatti data dalla Circolare per cui il trattamento economico complessivo da considerare al fine del superamento del tetto di 90.000 o di 150mila euro deve essere al lordo di tutti gli oneri contributivi previdenziali dovuti dallo stesso.

Questa interpretazione a nostro parere:

- tenta di mascherare la reale natura di tassa di questa decurtazione;
- non è rispettosa del dettato presente al comma 2 dell'art. 9 della Legge 122/2010, dove viene invece sancito che la riduzione, di cui sopra, non deve avere alcun effetto ai fini previdenziali;
- finisce nei fatti con il tassare anche gli oneri previdenziali evidenti, evenienza fino ad ora non prevista dalle Leggi fiscali vigenti. per cui dell'art. 9 della Legge 122/2010.

DOSSIER IL CONTRATTO E LA MANOVRA ECONOMICA

1994 – 1998, ribadita in modo ancor più esplicito dall'articolo 35, comma 1, lettera A del Ccnl 8 giugno 2000);

- la Ria, resa disponibile, in conseguenza delle dimissioni o pensionamento dei dirigenti sanitari dipendenti deve essere riversata nel fondo di posizione (comma 3, articolo 9 del Ccnl biennio economico 2000–2001);
- scopo di questa, è quello di concorrere a retribuire l'eventuale crescita (su decisione motivata della direzione dell'azienda sanitaria) della complessità di alcuni degli incarichi di posizione (funzioni pertanto diverse a quelle precedenti perché di diversa la complessità);
- le finalità del fondo di posizione (art. 60, Ccnl 6 dicembre 1996) sono quelle anche di retribuire in rapporto alla loro complessità le posizioni funzionali affidate dalla direzione delle aziende sanitarie ai dirigenti, (articolo 55, Ccnl 6 dicembre 1996);
- tale fondo, per disposizione contrattuale vigente (articolo 35, comma 1, Ccnl 8 giugno 2000) è costituito ordinariamente da due parti: la prima ricompresa nella parte fondamentale della retribuzione (attuale parte unificata), la seconda facente parte della parte accessoria della retribuzione (attuale parte variabile aziendale);
- l'articolo contrattuale che dispone di riversare la Ria emergente dei cessati nel fondo di posizione non esplicita in nessun modo in quale delle due parti deve essere versata la Ria emergente (comma 3, articolo 9 del Ccnl biennio economico 2000 – 2001);

- la decisione in materia di allocazione delle risorse fra le diverse parti dei fondi ed i criteri generali in merito al loro utilizzo sono materia di contrattazione integrativa aziendale per norme contrattuali ancora vigenti.

Da quanto detto ne deriva che:

1. non è impedito dalla Legge 122/2010 e dalle Circolari interpretative sopra ricordate la possibilità di riversare la Ria emergente dei cessati nel fondo di posizione parte fondamentale della retribuzione per gli scopi ad esso demandati (retribuzione della crescita della posizione "unificata" in conse-

guenza di affidamento di incarico di maggiore complessità e di livello superiore, nel caso in cui non vi sia nell'anno di competenza un aumento dei dirigenti del ruolo sanitario e che le risorse economiche del suddetto fondo, correttamente costruite, non lo permettano;

2. non può essere negata alle Oo.Ss. aziendali, se formalmente richiesta, la contrattazione sulla allocazione delle risorse della Ria emergente dei cessati di ciascun anno fra le diverse parti del fondo di posizione ed i criteri generali sul suo utilizzo.



DISPOSIZIONI IN MERITO AL RINNOVO DEGLI INCARICHI DIRIGENZIALI (ARTICOLO 9 COMMA 32)

SINTESI DEL DETTATO LEGISLATIVO

In questo comma è disposto che:

- 1) a decorrere dall'entrata in vigore del presente decreto è possibile attribuire ai dirigenti, alla scadenza dell'incarico posseduto, un incarico con posizione economica inferiore, anche in assenza di valutazione negativa dello stesso (1° periodo);
- 2) tali modifiche possono avvenire anche nell'ambito di processi di riorganizzazione dell'amministrazione (1° periodo);
- 3) non si applicano le norme legislative e contrattuali che garantiscono il trattamento economico più favorevole (2° periodo).

CIRCOLARE DELLE REGIONI Non condivisibile

Non è esplicitata la posizione attuativa delle Re-

gioni sulle disposizioni suddette al fine di coniugare la salvaguardia delle prerogative aziendali con il rispetto comunque delle norme fondamentali, che regolamentano l'operato delle Amministrazioni Pubbliche, in attuazione dei principi della Costituzione (articolo 97).

Nota esplicativa

L'applicazione del dettato di tale comma da parte delle Amministrazioni Pubbliche può determinare un conflitto evidente con i principi costituzionali di imparzialità e buon andamento della Pubblica Amministrazione, già sanciti più volte dalla Corte Costituzionale.

La attuazione delle norme deve sempre rispettare i principi generali che condizionano le Amministrazioni (trasparenza, logicità, oggettività, ecc. degli atti amministrativa) al fine di evitare il rischio di arbitrio.

Interesse e dovere delle Regioni e/o delle Aziende è quello di evitare tale rischio e di predisporre la metodologia attuativa e le procedure necessarie per prevenirlo.

Alla luce di quanto sopra detto, non è plausibile

il silenzio in merito al dettato del comma 32 da parte delle Regioni, dal momento che l'eventuale applicazione errata della disposizione suddetta potrebbe essere oggetto di numerosi contenziosi.

Suggerimenti

Al fine di ostacolare e ridurre una possibile deriva mirante all'utilizzo per fini impropri della norma, basata sull'arbitrio decisionale, si propongono i seguenti suggerimenti:

- chiedere in modo forte alle singole Regioni e/o alle Aziende di individuare la metodologia attuativa e le procedure necessarie per compendiare in modo certo: il rispetto delle prerogative aziendali con il dettato costituzionale al fine di fugare il dubbio di "arbitrio";
- opporsi in tutte le sedi alle decisioni aziendali, attuative del dettato legislativo, nei casi in cui è palese il dubbio di arbitrio, in assenza o non rispetto di metodologie e procedure già codificate per salvaguardare la trasparenza, logicità ed equità degli atti amministrativi (articolo 97).

INDICATORI SELEZIONATI DAL MINISTERO DELLA SALUTE

valutano l'appropriatezza dei ricoveri ospedalieri e dei servizi territoriali

IN RIMONTA l'appropriatezza delle prestazioni

Trend in positivo per l'appropriatezza delle cure anche, in molti casi, nelle Regioni sottoposte a Piano di rientro. È quanto emerge dal Programma operativo del ministero della Salute, il Poa che attraverso 19 indicatori si pone l'obiettivo di identificare le prestazioni ospedaliere inappropriate e, contestualmente, le carenze delle altre forme di assistenza territoriale.

Si chiama Programma Operativo Appropriatezza (Poa) ed è lo studio/ sperimentazione elaborato dal ministero della Salute per valutare l'appropriatezza dei ricoveri ospedalieri e, contestualmente, dei servizi territoriali. "L'appropriatezza – spiega, infatti, il ministero – viene a costituirsi come principio guida nell'ambito di un sistema integrato di servizi ospedalieri e territoriali necessario per garantire sia la continuità delle cure all'interno di percorsi assistenziali adeguati al profilo clinico delle patologie oggetto di analisi, sia l'ottimale utilizzo delle risorse sanitarie nei diversi regimi assistenziali". E i risultati di questo primo studio, che confronta i dati tra l'anno 2001 e il 2009, fanno ben sperare. Il Poa, basato sulle Schede di dimissione ospedaliera (Sdo), mostra infatti, a livello globale "un miglioramento sostanziale della situazione nazionale sul lungo periodo, con sensibili miglioramenti per alcuni indicatori. In molti casi anche nelle regioni in Piano di Rientro seppure – sottolinea il documento – in un quadro complessivo di scarsa efficienza". Alcuni indicatori, invece, mo-

I 19 indicatori di appropriatezza

1. Percentuale di ricoveri con degenza ≥2gg attribuiti a Drg ad alto rischio di inappropriatezza se erogati in modalità ordinaria

I dati mostrano una riduzione dei Drg chirurgici pari al 56,8% e dei Drg medici pari al 27,8%. Trend positivi, dunque. Nel dettaglio i primi sono passati dal 48% del 2001 al 20,7% del 2009, mentre i secondi sono scesi dal 58,8% al 42,4%. Si tratta, comunque, di un dato generale che, per essere correttamente interpretato, sottolinea il ministero, andrebbe valutato con i volume di ricoveri con Drg ad alto rischio di inappropriatezza trattati in ambito ambulatoriale.

2. Percentuale di ricoveri diurni di tipo diagnostico con Drg medico

L'indicatore consente di valutare il volume dei ricoveri diurni, di tipo medico, effettuati negli ospedali per acuti con finalità prevalentemente diagnostiche e per tale motivo a rischio d'inappropriatezza. Ma, avverte il ministero, "l'analisi della distribuzione dei ricoveri in day hospital per motivo del ricovero, mostra che nel 9% circa dei ricoveri con Drg medico è se-

gnalato il motivo chirurgico (day surgery). È pertanto opportuno approfondire l'analisi della casistica trattata, per rilevare eventuali difformità nella corretta compilazione della Sdo". Il dato globale, comunque, mostra un calo che va dal 67,7% del 2001 al 47,4% del 2009.

3. Percentuale di ricoveri brevi con Drg medico (0-1 giorno e 2-3 giorni)

I ricoveri in regime ordinario con Drg medico e breve durata della degenza possono essere considerati ad alto rischio di inappropriatezza relativamente al regime assistenziale e al tipo di attività erogata e pertanto l'indicatore può esprimere un utilizzo inefficiente delle risorse. Per i ricoveri da 0 a 1 giorno i dati mostrano una diminuzione dal 12% del 2001 all'11% del 2009, mentre nel caso di ricoveri da 2 a 3 giorni il dato cresce dal 20,6% al 27,6%.

4. Percentuale di dimissioni da reparti chirurgici con Drg medico

L'indicatore misura l'appropriatezza organizzativa nella gestione e nell'utilizzo dei reparti chi-

urgici. Come osserva il ministero, la presenza o meno nei presidi di unità operative di osservazione a breve degenza o di medicina di accettazione e di urgenza o di astanteria può influire sull'utilizzo improprio dei reparti chirurgici. Il tasso è passato comunque dal 40,6% del 2001 al 34,1 del 2009.

5. Indice di trasferimento in day surgery dei ricoveri per decompressione del tunnel carpale

L'indicatore, misurando la percentuale di pazienti trattati in day surgery e considerando le differenti capacità organizzative a livello regionale attraverso l'inclusione nel numeratore dei ricoveri ordinari di 0-1 giorno, individua le capacità residue di trasferimento degli interventi di decompressione del tunnel carpale al ricovero diurno o breve. La differenza nel tempo in questo caso è consistente, passando dal 79,1% del 2001 al 96,9 del 2009.

6. Indice di trasferimento in day surgery dei ricoveri per cataratta

Anche in questo caso si indivi-

strano un trend costante non evidenziando sostanziali variazioni né in un senso né nell'altro, ed anche le realtà regionali, seppure a diversi livelli, ricalcano lo stesso andamento. Nel dettaglio, sono 19 gli indicatori selezionati dal ministero della Salute per valutare l'appropriatezza delle prestazioni. Sei hanno lo scopo di controllare le quote di inefficienza delle strutture sanitarie caratterizzate da alto rischio di inappropriatezza (1. percentuale di ricoveri con degenza ≥2gg attribuiti a Drg ad alto rischio di inappropriatezza se erogati in modalità ordinaria; 2. percentuale di ricoveri diurni di tipo diagnostico con Drg medico; 3. percentuale di ricoveri brevi con Drg medico ≤1 gg e 2-3 gg; 4. percentuale di dimissioni da reparti chirurgici con Drg medico; 5. indice di trasferimento in day surgery dei ricoveri per decompressione del tunnel carpale; 6. indice di trasferimento in day surgery dei ricoveri per cataratta). Quattro, invece, si concentrano sulla rete di relazioni fra il livello ospedaliero e gli altri livelli di assistenza territoriali con il fine di individuare eventuali carenze nell'offerta e/o

Segue

Segue

inefficienze tecnico-organizzative. Due misurano l'ospedalizzazione per patologie prevenibili con vaccinazione (influenza e polmonite pneumococcica), mentre le altre due riguardano la tutela dai rischi connessi con gli ambienti di vita, quali incidenti stradali e di lavoro (infortuni). L'integrazione con il livello di assistenza distrettuale, in termini di efficacia degli inter-

venti di prevenzione, di presa in carico e di orientamento dei percorsi diagnostico-terapeutici è stata studiata attraverso 7 indicatori, di cui 4 sono relativi ai ricoveri prevenibili per patologie croniche che possono essere efficacemente gestite con l'assistenza territoriale, sia primaria che specialistica e domiciliare (asma, insufficienza cardiaca e due relative al diabete mellito. Altre due si

riferiscono invece al tasso di ospedalizzazione per interruzioni volontarie di gravidanza, che consente di mettere in evidenza eventuali carenze nell'assistenza sanitaria e socio-sanitaria alle donne, e al volume di ricoveri per patologie alcool-correlate, che può fornire indicazioni sull'efficacia delle azioni e interventi a favore di soggetti con dipendenze. La capacità di accoglienza

del territorio, attraverso l'assistenza residenziale e semiresidenziale, è stata invece esplorata con un indicatore che valuta la frequenza di ricoveri, nella popolazione anziana, con Drg medico e prolungata durata della degenza. Infine, sono stati selezionati due indicatori per valutare il livello di utilizzo di alcune procedure, quali parto cesareo e tonsillectomia, la cui varia-

bilità territoriale, spiega il ministero, "non è giustificata da una differenza reale nel bisogno espresso, ma esprime presumibilmente un problema di appropriatezza, in quanto legata alle differenze regionali nell'organizzazione dell'offerta sanitaria, alle diverse capacità di adeguamento e rinnovamento tecnologico, nonché ai diversi comportamenti clinico-professionali".

duano le capacità residue di trasferimento degli interventi per cataratta al ricovero diurno o breve. Ed anche in questo caso la crescita è sostanziale: dal 61,5% del 2001 al 94,4% del 2009.

7. Tasso di ricovero per incidente stradale

Indicatore proxy dell'efficacia delle campagne di prevenzione degli incidenti stradali, della affidabilità e sicurezza infrastrutturale e gestione del sistema trasporti. Si tratta del rapporto tra il numero di dimissioni per incidente stradale e la popolazione regionale (espresso per 100.000 residenti). Il rapporto è stato calcolato complessivamente sui dimessi, senza distinzione di età, ed anche relativamente ai dimessi di età compresa tra 14 e 24 anni, poiché si è osservato che per questa fascia di età la percentuale di decessi per incidente stradale supera il 40% dei decessi complessivi. Occorre inoltre considerare che il numero di dimissioni ospedaliere per incidente stradale può risultare sottostimato perché è molto elevato il numero di Sdo con diagnosi principale di traumatismo in cui non è stata indicata la causa esterna che lo ha determinato.

Il tasso standardizzato è passato negli anni da 172 ricoveri ogni 100 mila abitanti a 79,5, mentre quello grezzo tra i ragazzi nella fascia 14-24 anni di età sceso da 428,1 a 179.

8. Tasso di ricovero per infortunio sul lavoro

Rapporto tra il numero di dimissioni per infortunio sul lavoro e la popolazione regionale (espresso per 100mila residenti). Sono state considerate quali dimissioni per infortunio sul lavoro, le schede ospedaliere con diagnosi principale di traumatismo con causa esterna di "infortunio sul lavoro". Il rapporto è stato calcolato con riferimento all'età lavo-

rativa e quindi per le sole dimissioni ospedaliere in età compresa tra 15 e 64 anni (espresso per 100.000 residenti). Anche in questo caso il ministero invita a considerare che il dato può risultare sottostimato perché è molto elevato il numero di Sdo con diagnosi principale di traumatismo in cui non è stata indicata la causa esterna che lo ha determinato. Netta diminuzione anche per questo indicatore, con un tasso passato dal 69,9 nel 2001 al 38,2 nel 2009.

9. Tasso di ricovero per influenza nell'anziano

L'influenza presenta generalmente un decorso clinico benigno, ma può evolvere in quadri clinici di particolare gravità nella popolazione anziana, per cui la prevenzione attiva tramite vaccinazione è ormai raccomandata da diversi anni con indicazione di raggiungere una copertura di almeno il 75% già nel Piano sanitario nazionale 1998-2000. Il tasso di ospedalizzazione per influenza si può quindi considerare un indicatore proxy della ridotta accessibilità e funzionalità dei servizi territoriali, cui attiene la presa in carico del soggetto anziano, sia in termini di prevenzione che di cura. Generalmente bassi valori indicano buona qualità dei servizi territoriali, mentre valori elevati possono essere determinati dal ricorso improprio alle strutture ospedaliere e da scarsa efficacia della medicina territoriale. Il dato, considerato come rapporto tra il numero di dimissioni per influenza negli anziani e la popolazione residente di età maggiore o uguale a 65 anni, espresso per 100.000 abitanti, è sostanzialmente stabile rispetto al 2001, con un tasso intorno al 10% che ha però registrato molte fluttuazioni nel corso degli anni, con un picco del 17,5% nel 2005 e un minimo del 6,4% nel 2006.

10. Tasso di ricovero per polmonite pneumococcica nell'anziano

La popolazione di riferimento è sempre quella con età maggiore o uguale a 65 anni (per 100.000 abitanti). Generalmente bassi valori indicano buona qualità dei servizi territoriali, valori elevati ricorso improprio alle strutture ospedaliere e scarsa efficacia delle strutture specialistiche territoriali. Ma il trend che si registra è in crescita, passando dal 9,2 ricoveri per 100mila abitanti nel 2001 al 13 nel 2009.

11. Tasso di ospedalizzazione per asma nell'adulto

Discorso analogo per questo indicatore, ma il risultato è opposto: il tasso (basato sul rapporto tra il numero di dimissioni per asma effettuate ovunque e relative ai residenti di età compresa fra 18 e 64 anni e la popolazione residente, espresso per 100mila abitanti) è sceso dal 26,3% nel 2001 al 12,1% nel 2009.

12. Tasso di ospedalizzazione per diabete non controllato senza complicanze

È il rapporto tra il numero di dimissioni per diabete non controllato, senza complicanze (effettuate ovunque e relative ai residenti) e la popolazione residente, espresso per 100mila abitanti. Anche in questo caso il trend è in miglioramento, con un 24,6 per 100mila abitanti nel 2009 rispetto al 37,3 del 2001.

13. Amputazioni maggiori degli arti nei diabetici

L'indicatore esprime, indirettamente, la capacità di presa in carico del paziente diabetico da parte delle strutture sanitarie territoriali e di corretta gestione della patologia e prevenzione delle complicanze: le amputazioni maggiori si possono considerare "sentinella" di percorsi diagnostico-terapeutici inefficaci. Il

dato (rapporto tra il numero di dimissioni per intervento di amputazione maggiore degli arti inferiori determinato dalle complicanze della patologia diabetica e la popolazione residente, espresso per 1 milione di abitanti) segna un leggero calo dal 7,1 per 100 mila abitanti nel 2001 al 6,8 nel 2009.

14. Tasso di ospedalizzazione per insufficienza cardiaca

Anche in questo caso generalmente bassi valori indicano buona qualità dei servizi territoriali; valori elevati indicano ricorso improprio alle strutture ospedaliere e scarsa efficacia delle strutture specialistiche territoriali. Il tasso standardizzato per la popolazione sopra i 18 anni è passato da 318,6 ricoveri ogni 100mila abitanti a 300,4 nel 2009. Per la popolazione over 65 anni è invece cresciuto, seppur leggermente, da 1.244,2 nel 2001 a 1.257,7 nel 2009.

15. Tasso di ospedalizzazione per interruzione volontaria di gravidanza (Ivg) tra le donne in età fertile e tra le più giovani

Il dato (Rapporto tra il numero di Ivg, effettuate presso le strutture ospedaliere pubbliche e private accreditate, da tutte le donne in età fertile 15-49 anni e dalle più giovani 15-24 anni residenti in Italia ed il numero di donne residenti di corrispondente fascia di età) è sceso dall'1,94 allo 0,73, indicando maggiore consapevolezza nelle scelte riproduttive, conoscenza ed uso di metodi contraccettivi nella popolazione e anche maggiore offerta dei servizi nei vari ambiti territoriali.

16. Tasso di ospedalizzazione per patologie alcool correlate

Indicatore proxy della ridotta accessibilità e funzionalità dei servizi territoriali che possono opportunamente trattare le patologie alcool correlate, sia in ter-

mini di prevenzione che cura. In generale si può ritenere che a valori elevati dell'indicatore sia associato il ricorso improprio alle strutture ospedaliere per le patologie alcool correlate e quindi una scarsa efficacia delle strutture specialistiche territoriali. Il tasso (che però, sottolinea il ministero, è riferito ai soli residenti in Italia, ovvero sono escluse le dimissioni per patologie alcool correlate, pure assai frequenti, di stranieri temporaneamente presenti in Italia) è sceso da 35,6 ricoveri ogni 100mila abitanti a 24.

17. Percentuale di dimissioni con Drg medico con degenza oltre soglia nei pazienti anziani

L'indicatore esprime l'inappropriata permanenza in ospedale della popolazione anziana nelle discipline per acuti ed è indice di potenziale inadeguatezza dei servizi territoriali, sia in termini di disponibilità di posti letto, sia in termini di funzionalità della rete ospedale-territorio (RSA, servizi domiciliari, ecc.). E il dato registrato è del 4,8% del 2009 rispetto al 5,9% del 2001.

18. Percentuale di parti cesarei

L'indicatore è individuato per monitorare il ricorso al parto cesareo, procedura a rischio di sovrautilizzo. Il dato mostra un trend negativo, con il 38,4% del 2009 rispetto al 33,9% del 2001.

19. Tasso di ospedalizzazione per tonsillectomia

L'indicatore è individuato per monitorare il ricorso alla tonsillectomia, procedura considerata a rischio di sovrautilizzo e pertanto monitorata anche in altri contesti sanitari. Positivo il trend negli anni. Il tasso di ospedalizzazione, per 100mila abitanti, è passato dal 65,8% nel 2001 al 31,5% nel 2009

La sanità a **L'AQUILA** a due anni dal terremoto

IL LENTISSIMO RECUPERO DELL'OSPEDALE SAN SALVATORE

Dirigenza Medica è tornata a visitare le strutture sanitarie del territorio aquilano colpito dal sisma del 6 aprile 2009. La situazione è migliorata ma il ritorno alla normalità appare ancora lontano. L'ospedale cittadino funziona al 70% delle sue potenzialità, le farmacie del centro restano nei container e le strutture territoriali sono ancora quelle provvisorie messe su all'indomani dei crolli. "Abbiamo perso una grande occasione di riprogettare in maniera migliorativa e più razionale l'ospedale. Anche perché c'erano i fondi dell'assicurazione" ha detto Alessandro Grimaldi, segretario aziendale Anaa Assomed

↳ Luciano Fassari ed Ester Maragò

C'è chi ha tagliato il traguardo e lavora in un reparto nuovo di zecca. C'è invece chi, dopo aver curato i pazienti per un anno nelle tende, ha conquistato uno spazio nella struttura prefabbricata del G8. Sistemazione "nobile", ma pur sempre provvisoria. E c'è anche chi continua a lavorare nei container e in spazi angusti come alcuni medici dell'ospedale, i farmacisti e medici del territorio. A due anni esatti dal sisma che ha inferto una ferita mortale alla città de L'Aquila, l'ospedale San Salvatore, che con il suo cemento "disarmato" è diventato simbolo del malaffare negli appalti svelato dal terremoto, non ha ancora recuperato in toto la sua operatività. Così come sono rimaste al palo anche le attività delle farmacie e di chi lavora sul territorio, ancora costretto, senza sapere per quanto tempo, a lavorare nei con-

tainer. L'ultima visita risale a poco meno di un anno fa. Ma, anche se è indubbio che la situazione sia visibilmente migliorata, è purtroppo evidente che il ripristino di condizioni di effettiva normalità nella sanità del territorio colpito dal sisma del 6 aprile 2009 non è ancora compiuto.

OSPEDALE ANCORA AL 70%

Il nostro viaggio a L'Aquila non poteva partire che dal simbolo della sanità cittadina: l'ospedale San Salvatore che molto lentamente e non senza ritardi e difficoltà tenta di tornare ai livelli pre-sisma. Le camere operatorie sono state tutte riattivate. Utic, cardiologia, pronto soccorso pediatrico e anche la nefrologia, che solo fino a pochi mesi fa era ospitata nei container, hanno trovato una nuova collocazione in reparti completamente ristrutturati. Tuttavia altre specialità come otorino, oculistica, maxillofaciale, endoscopia e l'ambulatorio dei trapian-

ti sono ancora confinate nella struttura prefabbricata del G8. L'anatomia patologica e il centro trasfusionale sono ancora nei container. Il numero dei posti letto che già dal dicembre del 2009, come da cronoprogramma, sarebbe dovuto tornare a essere quello ante sisma (circa 460), a distanza di un anno si è incrementato di poco (da 315 posti letto a maggio 2010 siamo a circa 330 disponibili). Soprattutto nell'ala della struttura abruzzese conosciuta dagli addetti ai lavori come "Delta 8", sede del dipartimento chirurgico di rilevanza strate-

gica per l'attività ospedaliera, che avrebbe dovuto riaprire i battenti al massimo entro gli inizi del 2011, come aveva dichiarato un anno fa il Direttore generale Giancarlo Silveri, tutto è rimasto fermo alla notte del 6 aprile 2009. Eppure i soldi c'erano. O meglio, ci sarebbero stati. Una parte considerevole dei 47 milioni di euro ricavati dalla ri-

scossione della polizza assicurativa stipulata dal San Salvatore prima del sisma sono stati risucchiati nel fondo indistinto della Asl de L'Aquila, Avezzano e Sulmona, e quelli del fondo nazionale per l'edilizia sanitaria sui quali l'ospedale avrebbe dovuto fare affidamento non sono ancora entrati nelle casse dell'ospedale. E così, medici e infermieri continuano la loro battaglia per mantenere alta la qualità



I due volti del San Salvatore



di una struttura che fino a due anni fa era considerata il fiore all'occhiello della sanità abruzzese e assistono sempre più demotivati.

"Ci sono stati molti passi in avanti – ha spiegato Alessandro Grimaldi, segretario aziendale dell'Anaa Assomed e direttore del reparto di malattie infettive – ma si procede con troppa lentezza. Abbiamo affrontato con mezzi ordinari una situazione straordinaria. Così come sono state recuperate celermente le scuole, si sarebbe dovuto procedere con la stessa rapidità al recupero totale dell'ospedale. I medici e tutto il personale sanitario hanno fatto un grandissimo sforzo, hanno lavorato nelle tende per mesi, hanno dato fondo a tutte le loro energie per non abbandonare i pazienti. Sforzi che avrebbero dovuto essere premiati. La sensazione è che si sia persa la grande occasione di riprogettare in maniera migliorativa e più razionale l'ospedale. Anche perché c'erano i fondi dell'assicurazione". Non solo, ha aggiunto Grimaldi, i medici hanno la sensazione che ci sia, in generale nella sanità abruzzese, l'intenzione di tagliare soprattutto il sistema sanitario pubblico. "Temiamo tagli alle nostre unità operative – ha aggiunto – un'operazione che snaturerebbe la funzione del San Salvatore che è quella di ospedale Hub. Eravamo l'ospedale con la più alta mobilità attiva in Regione, il 48% di quella per i ricoveri ordinari e il 64% per i Day hospital, un altissimo peso medio dei ricoveri, intorno a 1,10, il più basso tasso di ricoveri inappropriati. Sarebbe gravissimo se tutto questo venisse svilito".

"Lavoriamo da due anni nei container – ha raccontato



L'ambulatorio di Collemaggio

I medici e tutto il personale sanitario hanno fatto un grandissimo sforzo, hanno lavorato nelle tende per mesi, hanno dato fondo a tutte le loro energie per non abbandonare i pazienti. Sforzi che avrebbero dovuto essere premiati

Giuseppe Carvisi, anatomopatologo – continuando a portare avanti la nostra attività come prima del sisma con grandi sacrifici di tutto il personale, nonostante la situazione oggettivamente non sia a norma. Ora ci hanno promesso che dovremmo rientrare nella struttura a dicembre, ma i lavori ancora non sono cominciati. Paghiamo le escursioni climatiche, che non giovano in particolare ai macchinari, e così se fa molto freddo vanno in tilt. Questo comporta inevitabilmente dei ritardi nelle risposte degli esami effettuati dai cittadini. Cerchiamo di barcamenarci per le urgenze, ma è sempre difficile, anche perché in oncologia tutto è prioritario. Per le biopsie i tempi di attesa non superano i sei giorni. Ma gli esami on-

cologici a secondo dell'organo hanno tempi diversi. Per la mammella non riusciamo a dare risposte prima dei venti giorni. Per le autopsie invece dobbiamo spostarci ad Avezzano. Paghiamo poi oltre al disagio in cui operiamo, la scarsità di personale. Molti dei tecnici sono precari. Stringiamo i denti, ma è veramente dura".

"Ormai da un anno siamo ospitati nell'ospedale prefabbricato ereditato dal G8, dopo i primi 12 mesi passati negli ospedali-tenda – ha detto Loreto Lombardi, direttore della struttura semplice di endoscopia interventistica – e finalmente nelle prossime settimane dovremmo rientrare nella struttura muraria. Insomma qualcosa è migliorato, ma i problemi non mancano. La-

voriamo in maniera "normale", rispondiamo come prima alle richieste dei pazienti, ma il senso di disagio è enorme perché non vediamo vie di uscita per quanto riguarda la città. Infatti, a distanza di due anni molti di noi sono già andati via e tanti stanno pensando di farsi trasferire in altre strutture. È quindi altissimo il rischio di un depauperamento della componente medica e anche non medica. La sensazione è che si stia cercando, più o meno scientemente, di ridurre la forza di questo ospedale che era il miglior ospedale d'Abruzzo. Molti di noi non riescono a vedere in questo momento il proprio futuro".

FARMACIE SEMPRE NEI CONTAINER

Quest'anno non si cambia, stessa strada, stesso container. "Proprio così – spiega Piergiorgio Battibocca titolare di una farmacia andata distrutta – al contrario di ciò che si dice in giro non è cambiato nulla, a cominciare dai prezzi degli affitti per una struttura in muratura, che dopo il sisma sono saliti alle stelle". "Avevamo chiesto degli indennizzi ma a causa di procedure burocratiche farraginate ancora non arrivano". Intanto si resta nei container dati in comodato d'uso dalla protezione civile del Piemonte, grazie all'intervento della Fofi, in attesa della pianta organica che "si potrà fare solo quando la popolazione aquilana si sarà assestata e ciò potrà essere verificato". E come se non bastasse il Dottor Battibocca conferma l'aumento dell'assunzione di antidepressivi. "Dopo due anni nessun dato va in controtendenza e anzi si instaurano patologie di tipo ansioso depressivo a scoppio ritardato che non si erano mostrate prima e questo è dovuto al fatto che non si vede una ripartenza, un futuro". Insomma, a un anno di distanza nulla è cambiato, o forse sì, ora c'è un cartello sulla strada che indica l'ubicazione per la farmacia container.

L'ASSISTENZA TERRITORIALE PASSA DAL DESTINO DI COLLEMAGGIO

Intorno al destino dell'ex complesso sanitario di Collemaggio si gioca la partita sulla fu-

tura assistenza territoriale nell'aquilano. A due anni di distanza dal sisma una buona parte degli uffici amministrativi della Asl si trova ancora nei container, alcuni dei quali donati dalla Croce rossa, che, a onor del vero, sono comunque molto spaziosi e di ottima qualità. A livello di prestazioni, presso Collemaggio di nuovo c'è solo la riapertura degli ambulatori del piano terra nella vecchia sede in muratura del distretto aquilano, per il resto si effettuano servizi di riabilitazione. Altri ambulatori container o casette in legno si trovano ancora presso Paganica dove è molto probabile che rimarranno per molto tempo. Ma perché non si procede alla ricostruzione del distretto sanitario che potrebbe ospitare una cittadina del welfare con la presenza degli uffici Asl, Inail, Inpdap e Inps? "Il fatto – ci spiega il consigliere comunale del Pd e medico, Antonello Bernardi – è che c'è il rischio che si voglia provare a cartolarizzare, e quindi di fatto a vendere, Collemaggio per ripianare i debiti della sanità abruzzese. Ritengo sia una mossa che non faccia altro che depauperare il nostro patrimonio già esiguo senza pensare al domani. Collemaggio ha necessità di essere valorizzato anche perché si trova in una zona strategica anche in considerazione del posizionamento delle nuove new town".

Bernardi poi spiega come Collemaggio, la cui superficie si aggira al di sopra dei 75.000 mq, sia una zona che debba essere sviluppata seguendo le direttrici della sanità e della cultura, un po' come già accadeva prima del sisma con la presenza all'interno dell'area dell'Accademia dell'immagine. "Bisogna recuperare questa zona e occorre valutare cosa debba essere abbattuto e cosa si possa definitivamente recuperare. Qui a L'Aquila si stanno costruendo tante strutture provvisorie mentre la città ha bisogno di recuperare i propri luoghi, quelli che appartengono al vissuto della città". Ed è proprio questo che manca agli abitanti de L'Aquila: il suo cuore, la sua anima, i suoi punti di riferimento che rimangono immobili e puntellati al centro della città.

Presentata dalla Commissione Affari Sociali della Camera la nuova bozza di Ddl

IL RITORNO DEL Governo clinico

Maggior potere alle Regioni; ruolo forte del Collegio di direzione; nuovi criteri di nomina dei direttori generali secondo criteri di trasparenza, selettività e sistemi di valutazione sull'operato; nuove procedure per la nomina dei primari; innalzamento dell'età pensionabile; intramoenia allargata che diventa una modalità di esercizio della libera professione. Questi in sintesi i punti salienti del nuovo testo unico sul Governo clinico in discussione in Parlamento.

Vediamo in sintesi articolo per articolo le novità

L'ARTICOLO 1 dice chiaramente che i principi fondamentali del governo clinico sono disciplinati dalle Regioni e interessano le Asl e Ao, gli Irccs. E garantisce il modello organizzativo più idoneo a rispondere alle esigenze degli utenti e dei professionisti del Ssn, assicurando il miglioramento continuo della qualità delle prestazioni.

L'ARTICOLO 2 prevede l'istituzione del Collegio di direzione come organo dell'azienda accanto al direttore generale e al Collegio sindacale. Le competenze e la composizione del Collegio di direzione sono definite dalle Regioni.

L'ARTICOLO 3 parla di meritocrazia e trasparenza ad ogni livello prevedendo un ridimensionamento del ruolo della politica nelle scelte dei dirigenti in sanità. Si individuano quindi i requisiti indispensabili per l'accesso alle nomine e i criteri di valutazione dei Dg attraverso criteri di pubblicità e trasparenza. Ai Dg è richiesta una competenza specifica che sarà valutata da una commissione nominata da ogni Regione.

L'ARTICOLO 4 modifica i criteri di nomina dei responsabili di struttura semplice e di quella semplice dipartimentale, nel

Dopo mesi di letargo il Ddl sul governo clinico è riemerso all'attenzione del Parlamento. Ora il testo rielaborato, con ampie concessioni all'autonomia legislativa regionale, è di nuovo in pista e la maggioranza si dice ottimista su un suo iter positivo

quadro e secondo le modalità definite dalla contrattazione collettiva nazionale. Tra i requisiti richiesti per essere nominato dirigente c'è un'anzianità di servizio di almeno cinque anni nella disciplina oggetto dell'incarico.

L'ARTICOLO 5 individua gli strumenti, definiti dalle Regioni, per la valutazione dei diri-

genti medici e sanitari con incarico di direzione di struttura complessa e di direttore di dipartimento.

L'ARTICOLO 6 stabilisce che direttore del dipartimento è nominato dal direttore generale, sentito il Collegio di direzione, tra una terna di dirigenti con incarico di direzione delle strutture complesse, proposta dal

Comitato di dipartimento.

L'ARTICOLO 7 prevede l'ottimizzazione dell'uso delle risorse assegnate, l'appropriatezza clinica e organizzativa dell'attività, l'efficacia delle prestazioni, la riduzione al minimo del rischio di effetti indesiderati e di insoddisfazione dei cittadini, oltre che, naturalmente, l'ottimizzazione della gestione dei posti letto.

L'ARTICOLO 8 stabilisce il limite d'età per il collocamento a riposo. L'ipotesi è il settantesimo anno di età come limite massimo per i dirigenti medici e del ruolo sanitario del Ssn compresi i direttori di struttura complessa. Al secondo comma, tra le categorie a cui non si applicano le disposizioni

previste nel decreto, si inseriscono i dirigenti medici, i veterinari e sanitari del Ssn e i medici universitari convenzionati con il Ssn.

L'ARTICOLO 9 parla dell'attività libero professionale dei dirigenti medici e del ruolo sanitario del Ssn. La materia, disciplinata dalle Regioni, stabilisce l'unicità del rapporto di lavoro e incompatibilità con rapporti di dipendenza da ogni altro ente pubblico o privato; l'attività libero-professionale deve essere svolta extra-orario di lavoro all'interno o all'esterno delle strutture, con esclusione delle strutture private convenzionate con il Ssn.

L'ARTICOLO 10 disciplina la libera professione degli operatori delle professioni sanitarie non mediche.

L'ARTICOLO 11 riguarda la programmazione e la gestione delle tecnologie sanitarie da parte delle Regioni.

Troise: "Verificare l'obiettivo di distanziare politica e sanità"

"IL NUOVO TESTO sul governo clinico necessita di essere arricchito e che si verifichi la sua coerenza con gli obiettivi iniziali. Il disegno di legge nasceva infatti con due intenti: aumentare la distanza tra politica e sanità, tenendo quindi fuori dalla carriera professionale della politica; e cercare un nuovo equilibrio nelle aziende tra i valori organizzativi e quelli professionali.

La ripresa dei lavori parlamentari sulla materia mi sembra un buon segnale, dimostra che i principi motori sono ancora validi. Soprattutto credo che, sia il relatore sia il Ministro, siano seriamente interessati a intervenire su questa materia, anche perché lo stato attuale delle cose sempre di più impone la necessità di definire il ruolo e le responsabilità dei medici nella governance generale del sistema sanitario. Aspettiamo

quindi di vedere se in Commissione si procederà su questa linea.

Per quanto concerne la parte di testo riguardante il potere attribuito alle Regioni, non credo che con questa legge vengano concessi ulteriori poteri alle realtà locali: le Regioni continueranno ad esercitare quel potere che viene loro conferito dalla modifica del Titolo V. Alla legge continuerà a spettare, invece, la definizione dei principi fondamentali degli effetti ordinamentali.

Il ruolo attribuito al Collegio di Direzione è un elemento assolutamente positivo, occorre però definirne gli ambiti di competenza. Non basta affermare un principio, occorre poi investirlo con delle competenze precise. Se vogliamo tener fuori la politica dalla sanità è necessario introdurre sostanziali elementi di discontinuità in questo settore. Il medico, come sancisce la stessa Cas-

azione, ha un rapporto fiduciario unicamente con il suo paziente, non certo con il suo Direttore generale. Sull'innalzamento dell'età pensionabile era già intervenuto il Collegato lavoro a stabilire che il limite di età era fissato ai 40 anni di servizio effettivo. Saranno i giovani ad arrivare ai 70 anni. Il punto è che se si posticipa l'uscita dal mondo del lavoro, occorre allo stesso tempo intervenire con provvedimenti che anticipino l'entrata dei giovani. Oggi un periodo formativo eccessivamente lungo tiene lontani i giovani dall'attività assistenziale per troppo tempo.

Altro elemento assolutamente positivo presente nel testo è l'esclusione dei dirigenti Ssn dalla legge Brunetta. Su questo ci siamo da sempre battuti. Crediamo che la specificità del lavoro medico obblighi ad estendere la deroga a tutti i dirigenti sanitari. La legge ri-

sponde anche alle esigenze da noi poste in relazione all'intramoenia. Occorre superare in maniera strutturale il problema delle deroghe. Il testo non fa che fotografare una situazione ormai in vigore da dieci anni, si prende atto che, data anche la scarsità di risorse economiche, non c'è nessuna speranza che tutte le Aziende attrezzino spazi interni e per tutti. Occorrerebbe però un raccordo con quanto stabilito nell'intesa sulla libera professione intramoenia presentata dal ministro della Salute e approvata in Conferenza Stato Regioni che definisce l'organizzazione e il controllo dell'attività.

Novità negativa contenuta nel testo è quella relativa all'affidamento degli incarichi di responsabile di struttura semplice: si ampliano i poteri del Direttore generale e quindi della politica a scapito dei valori organizzativi e professionali. Criteri che contraddicono gli intenti iniziali: invece di aumentare le distanze dalla politica ci si appiattisce sulla discrezionalità dei manager. E questo è inaccettabile". G.R.

Le novità introdotte dal Collegato lavoro

Trattenimento in servizio DEI DIRIGENTI MEDICI

Avv. Vincenzo Bottino
Avv. Francesco Maria Mantovani
Servizi Anaa Assomed

Come noto, in data 24 novembre 2010 è entrata in vigore la legge 4 novembre 2010, n. 183 (c.d. Collegato Lavoro), la quale all'art. 22 (rubricato *Età pensionabile dei dirigenti medici del Servizio sanitario nazionale*) ha introdotto rilevanti modifiche all'art. 15-nonies del D.lgs. n. 502 del 1992, che disciplina il limite massimo di età per il pensionamento del dirigente medico.

Nello specifico è stato stabilito che "Il limite massimo di età per il collocamento a riposo dei dirigenti medici e del ruolo sanitario del Servizio sanitario nazionale, ivi compresi i responsabili di struttura complessa, è stabilito al compimento del sessantacinquesimo anno di età, ovvero, su istanza dell'interessato, al maturare del quarantesimo anno di servizio effettivo. In ogni caso il limite massimo di per-

manenza non può superare il settantesimo anno di età e la permanenza in servizio non può dar luogo ad un aumento del numero dei dirigenti". La predetta disposizione, per espresso volere del Legislatore, si applica "anche ai dirigenti medici e del ruolo sanitario del Servizio sanitario nazionale in servizio alla data del 31 gennaio 2010" (v. art. 22, comma 3, legge n. 183/2010), ossia anteriormente alla data di entrata in vigore del collegato lavoro (24 novembre 2010).

In tal modo, la novella del Collegato Lavoro ha modificato radicalmente il precedente impianto normativo di cui alla legge n. 133/08, reintroducendo il diritto soggettivo del dirigente medico a permanere in ruolo, a domanda, fino al maturare del quarantesimo anno di servizio effettivo e comunque non oltre i 70

anni di età. Sul punto, la locuzione "... su istanza dell'interessato" utilizzata dal Legislatore, unitamente all'efficacia retroattiva della norma (v. art. 22, comma 3, legge n. 183/2010), confermano l'intenzione legislativa di introdurre, solo per la dirigenza medica, un nuovo regime normativo sull'età pensionabile in contrasto con le disposizioni sul trattenimento in servizio e sul recesso unilaterale del rapporto per raggiungimento dell'anzianità contributiva contenute nell'art. 72 della legge n. 133/08 (in particolare, i commi 7 e 11). Queste ultime, come noto, avevano modificato – per il triennio 2009-2011 – le regole sul trattenimento in servizio dei dipendenti delle pubbliche amministrazioni (tra cui i dirigenti medici), "declassando" quello che prima era un diritto soggettivo (non sot-

toposto ad alcuna condizione risolutiva), a mero interesse legittimo. Difatti, l'eventuale domanda di trattenimento del dipendente veniva sottoposta ad un giudizio di discrezionalità organizzativa della pubblica amministrazione (cfr. art. 72, comma 7, legge n. 133/08), la quale, oltre a poter negare la richiesta, aveva altresì facoltà di recedere unilateralmente dal rapporto di lavoro con preavviso di 6 mesi al maturare dei 40 anni di anzianità contributiva del lavoratore, comprensiva dei periodi riscattati (cfr. art. 72, comma 11, legge n. 133/08).

Viceversa, con le modifiche apportate dalla legge n. 183/2010, le Aziende Sanitarie non potranno più negare ai dirigenti medici la richiesta di trattenimento in servizio e di conseguenza, non potranno più esercitare la facoltà di recesso unilaterale dal rapporto previsto dalla legge n. 133/08, in quanto la relativa disposizione deve intendersi derogata dall'entrata in vigore della legge n. 183/2010. Nello specifico, l'istituto della deroga si realizza allorquan-

do la norma seguente contrasti con la precedente non nel senso di farla venir meno in generale e in tutti i casi, ma nel senso di disciplinare in modo diverso solo certi casi che pure rientrerebbero (in assenza della norma seguente) nella previsione della prima'. In sostanza la deroga nasce da un contrasto tra norme di tipo diverso, nel senso che la norma derogata è una norma generale, mentre la norma derogante è una norma particolare: è semplicemente un'eccezione alla regola.

Ebbene, l'art. 72, comma 11, della legge n. 133, trova applicazione nei confronti di tutte le "pubbliche amministrazioni di cui all'articolo 1, comma 2, del decreto legislativo 30 marzo 2001, n. 165", vale a dire di tutte le amministrazioni dello Stato, ivi compresi gli istituti e scuole di ogni ordine e grado e le istituzioni educative, le aziende ed amministrazioni dello Stato ad ordinamento autonomo, le Regioni, le Province, i Comuni, le Comunità montane, e loro consorzi e associazioni, le istituzioni universitarie, gli Istituti autonomi case po-

news // news // news // news //

LAVORI USURANTI: IN D.LGS NON RICONOSCIUTA SPECIFICITÀ MEDICI

Il D.lgs sui lavori usuranti esaminato in Commissione Lavoro del Senato, pur riconoscendo il lavoro notturno di tutti i dipendenti medici compresi (sia pur nei limiti di 78 notti/anno), non prevede alcun specifico riconoscimento per i medici come categoria. Restano esclusi dai benefici anche i medici e chirurghi d'urgenza, anestesisti e rianimatori, a suo tempo inseriti tra le categorie esposte a lavoro usurante dal

D.lgs. 273/93 e successivamente non tradotta in provvedimenti attuativi. L'Anaa Assomed protesta per questa esclusione che non tiene conto dell'attività usurante dei medici e chirurghi d'urgenza, pronto soccorso e rianimazione, nonché del rischio derivato dall'esposizione agli agenti chimici, fisici, biologici e radianti di numerose discipline mediche. Si impedisce in tal modo il turnover accelerato in discipline che richiedono pensionamento anticipato anche per garantire la

sicurezza delle cure rese all'utenza. L'Anaa Assomed ha quindi invitato il Parlamento a non sottovalutare il problema e a modificare il disposto legislativo, e in ogni caso non mancherà di riproporre la questione in futuro nell'interesse della categoria e dei cittadini.

ACCORDO SU TEMPI DI LAVORO: "INTESA POSITIVA SE ESTESA A SSN"

L'intesa sulla conciliazione dei tempi di lavoro e cura familiare raggiunta il 7 marzo

scorso tra il Ministro del Lavoro, Maurizio Sacconi e le confederazioni sindacali, ha incassato la valutazione positiva dell'Anaa Assomed. Il sindacato sia augura però che all'accordo facciano seguito reali provvedimenti a favore delle lavoratrici madri e auspica che non escluda il settore pubblico. "In sanità – ha detto Costantino Troise – è evidente un conflitto, latente o manifesto, tra sistema dei diritti ed organizzazione del lavoro, favorito da politiche governative, ed aziendali, che negano di fatto il part-time e la sostituzione delle gravidanze

al di là delle enunciazioni di principio sulla flessibilità e sul valore sociale della maternità. Confidiamo, pertanto, di non trovarci di fronte alla ennesima mera iniziativa di facciata, indirizzata a recuperare consensi dopo continui e reiterati tentativi da parte del Governo di ridimensionare il ruolo dei lavoratori e delle istituzioni che li rappresentano e di negare le differenze di genere". Per i medici, ha aggiunto l'Anaa, questa intesa, se e quando estesa al Ssn può rappresentare uno strumento utile a contrastare

polari, le Camere di commercio, industria, artigianato e agricoltura e loro associazioni, tutti gli enti pubblici non economici nazionali, regionali e locali, nonché l'Aran (e, quindi, non si tratta di disposizione concernente il solo ambito degli enti e aziende del Servizio Sanitario Nazionale). Ciò spiega la circostanza per cui il Legislatore del 2010, pur modificando la disciplina sull'età pensionabile dei dirigenti medici, non abbia abrogato espressamente l'art. 72 della legge n. 133/08, in quanto tale norma ha ancora efficacia nell'ordinamento, trovando applicazione (fino al 31 dicembre 2011) a tutto il personale delle predette pubbliche amministrazioni, con la sola esclusione della categoria dei dirigenti medici del Ssn, per i quali è stata introdotta una regola diversa e derogatoria a tale disciplina generale. Difatti, solo per la dirigenza medica, l'art. 22 della legge n. 183/2010 ha modificato la disciplina sull'età pensionabile, introducendo così una particolare eccezione al regime sul pensionamento dei dipendenti pubblici che continua, per le restanti categorie di personale e fino al 31 dicembre 2011, ad essere governato dalle disposizioni della legge 133.

Ne deriva pertanto, che le disposizioni contenute nella legge n. 133 del 2008 in materia di trattenimento in servizio e di risoluzione unilaterale, derivate dal Collegato Lavoro, cessano di trovare applicazione per la dirigenza

medica a decorrere dalla data di entrata in vigore della legge 183 (24 novembre 2010).

D'altro canto, l'introduzione di una norma derogatoria specificamente riferita ad una singola categoria di lavoratori, quale quella della dirigenza medico-sanitaria, è in linea con il carattere di specialità della dirigenza medica rispetto alla dirigenza pubblica.

Sul punto occorre osservare che il rapporto di lavoro della dirigenza sanitaria è regolato da una legislazione "speciale", contenuta nel D.lgs. 30

peculiarità del contesto organizzativo ed istituzionale del Servizio sanitario nazionale. Tale disciplina generale costituisce una mera "cornice quadro" in cui si inseriscono le regole speciali dettate per il settore sanitario, vero e proprio paradigma della differenziazione all'interno della categoria dirigenziale pubblica.

Più nel dettaglio, il D.lgs. n. 502 del 1992 estende espressamente al dirigente medico le regole dettate in generale per il dirigente pubblico, facendo salve le norme speciali che tengono conto delle

La disciplina dettata dal D.lgs. n. 165 del 2001 per la dirigenza statale, è solo in parte applicabile al rapporto del dirigente medico, con gli adattamenti imposti dalle peculiarità del contesto organizzativo ed istituzionale del Ssn. Costituisce una mera "cornice quadro" in cui si inseriscono le regole speciali dettate per il settore sanitario

dicembre 1992, n. 502 e successive modificazioni, nonché da una contrattazione specificamente dedicata sia all'area della dirigenza medica che all'area della dirigenza dei ruoli sanitario, professionale, tecnico, amministrativo.

Pertanto, la disciplina dettata dal D.lgs. n. 165 del 2001 per la dirigenza statale (T.U. sul Pubblico Impiego), è solo in parte applicabile al rapporto del dirigente medico, con gli adattamenti imposti dalle

spiccate prerogative tecniche e professionali della dirigenza medica, nonché della delicatezza degli interessi coinvolti nell'attività della stessa, primo fra tutti l'interesse alla salute. L'anello di collegamento fra il sistema generale e quello speciale della dirigenza medica è costituito dall'art. 15 del D.lgs. 30 dicembre 1992, n. 502, ove si prevede che la "dirigenza medica è disciplinata dal D.lgs. 3 febbraio 1993, n. 29, e successive

modificazioni (ora D.lgs. n. 165 del 2001), salvo quanto previsto dal presente decreto".

Ulteriore corollario di quanto sinora affermato è che, in virtù dell'efficacia retroattiva dell'art. 22 della legge 183/2010, eventuali atti di recesso unilaterale adottati dalle aziende ai sensi dell'art. 72, co. 11 della l. n. 133 nei confronti di dirigenti medici prima del 24 novembre 2010 (entrata in vigore del Collegato Lavoro) e che non hanno ancora avuto efficacia estintiva del rapporto, saranno da ritenersi illegittimi in quanto incompatibili con il nuovo regime normativo.

Pertanto, possono impugnare gli atti di recesso, i dirigenti medici che, pur avendo ricevuto la lettera di licenziamento, erano ancora in servizio alla data di entrata in vigore del Collegato lavoro perché il periodo di preavviso non era ancora concluso.

Da ultimo, va aggiunto che l'espressa previsione di retroattività del regime derogatorio introdotto dall'art. 22 citato smentisce la diversa tesi interpretativa – già affiorata in alcune pronunce della giurisprudenza di merito – che risolve il rapporto sussistente tra l'art. 72, comma 11, legge 183/08 e l'art. 22 della legge n. 183/10, riconoscendo prevalenza applicativa alla prima disposizione, in quanto norma eccezionale di contenimento della spesa pubblica limitata esclusivamente al triennio 2009-2011.

In altri termini, secondo tale

tesi giurisprudenziale, la specialità della norma di contenuto finanziario prevarrebbe rispetto alle regole generali sul pensionamento dei dirigenti medici, le quali potrebbero trovare applicazione solo dopo che sia cessato il triennio 2009-2011 (e cioè a decorrere dal 1° gennaio 2012).

Come accennato, tuttavia, il predetto orientamento interpretativo non è condivisibile proprio in virtù dell'espressa previsione di legge secondo cui il diritto potestativo a rimanere in servizio si applica retroattivamente per i dirigenti in servizio alla data del 31 gennaio 2010 (vale a dire già prima dell'entrata in vigore della legge n. 183/2010, quindi, a maggior ragione prima della scadenza del triennio 2009-2011). Ne consegue che la disposizione di cui all'art. 22 della legge n. 183 è immediatamente applicabile anche durante il triennio 2009-2011.

NOTA

Se, ad esempio, data una norma che dice "nessun veicolo può attraversare i parchi pubblici", ne sopraggiungesse un'altra che consentisse il passaggio alle autoambulanze, in tal caso non si può parlare di abrogazione (stante il fatto che la norma precedente rimane in vigore) ma di deroga (dato che solo alcune situazioni tra quelle già previste vengono diversamente disciplinate). Sul tema v. G. Falcon, *Lineamenti di Diritto Pubblico*, Cedam, Padova, 2008, p. 33

news //

l'attuale fuga in quiescenza e la carenza che si evidenzierà nei prossimi anni considerando anche la crescente femminilizzazione della professione cui occorre rispondere con modifiche organizzative che garantiscano maggiore flessibilità nella gestione del tempo di lavoro senza perdere diritti acquisiti.

Con l'Intesa sottoscritta ministero e sindacati hanno condiviso il valore di una flessibilità family-friendly come elemento organizzativo positivo e, conseguentemente, l'importanza della

modulazione flessibile dei tempi e degli orari di lavoro, così come la necessità di incentivare un maggiore e migliore utilizzo del telelavoro e delle tipologie contrattuali a orario ridotto, modulato e flessibile. Hanno inoltre concordato che anche attraverso la pratica della contrattazione di secondo livello può essere assicurata nel modo migliore la distribuzione degli orari di lavoro. Si sono perciò impegnate a valorizzare compatibilmente con le esigenze organizzative e produttive e le dimensioni

aziendali, le buone pratiche di flessibilità family-friendly e di conciliazione esistenti.

ANAAO: CON AMMORTAMENTI, TIMORE PER TENUTA DEL SSN

Preoccupa l'Anaa Assomed l'allarme lanciato dai Governatori delle Regioni costrette dal Governo a provvedere alla copertura finanziaria degli ammortamenti non sterilizzati, ovvero di quelle somme che negli anni sono state impiegate come investimenti, per esempio in

edilizia sanitaria, e che nessuna Regione ha iscritto. Per il segretario nazionale Costantino Troise, la copertura finanziaria degli ammortamenti non sterilizzati: "potrebbe obbligare tutte le Regioni, anche quelle con disavanzi contenuti o in pareggio di bilancio, ai piani di rientro, anticamera del commissariamento". "Dopo la stangata che si è abbattuta sulle Regioni con la manovra economica del luglio 2010 – ha spiegato Troise – con questo atto di fatto si punta a

commissariare l'intero Servizio sanitario nazionale costretto a politiche non certo neutrali rispetto alla quantità e qualità delle prestazioni erogate". L'Anaa Assomed, ha quindi concluso il segretario nazionale "non può restare indifferente ad un susseguirsi di provvedimenti che colpendo i medici e le strutture del Servizio sanitario nazionale configurano un disegno che mira a negare il ruolo dei primi e a portare alla rottamazione il secondo, limitando il diritto alla salute di tutti i cittadini".

Lo stato dell'arte e le riflessioni sui percorsi formativi dei medici specializzandi

“RIPRENDIAMOCI la formazione”

Cronaca di una formazione sognata...

Pierino Di Silverio

Assistente in Formazione Chirurgia Generale
Presidente Nazionale Federspecializzandi

1991: la Cee, ritenuta la formazione del giovane medico elemento di imprescindibile importanza, emana una legge che regolamenta lo stato giuridico del medico in formazione specialistica, riconoscendolo per la prima volta, come lavoratore in formazione.

Le nazioni della Comunità Europea, più o meno celermente, si adeguano alla normativa, l'Italia attende... Cresce da una parte il disinteresse istituzionale nei confronti di una legge che non viene considerata come tale, dall'altra il disappunto dei giovani medici che vedono prevaricati quotidianamente i propri diritti. D.Lgs. 17 agosto 1999 n. 368: finalmente l'Italia, dopo continue pressioni della Cee, emana una legge che regolamenta l'attività del medico in formazione specialistica. Solo sulla carta.

Gli anni che separano l'ema-

nazione della legge 368/99, dalla sua reale, seppur parziale applicazione, per il giovane medico in formazione sono difficili; infatti si ritrova a dover svolgere funzioni che non gli competono, a dover sostituire il personale di ruolo, ad assumersi responsabilità che vanno sicuramente al di là del proprio ruolo e delle proprie competenze. L'adeguamento economico, avviene circa sette anni dopo l'approvazione della legge 368/99 e apre scenari di riformismo teorico che inizialmente lasciano intravedere luci nel percorso ad ostacoli della formazione medico specialistica in Italia. Nel 2007 viene infatti elaborato il Riassetto delle Scuole di Specializzazione che individua gli obiettivi formativi in modo preciso, anche questa volta puntualmente disatteso nella sua applicazione.

Viene istituito, come previsto da legge, sempre con l'ingiu-

Dalla prima legge sulla formazione specialistica sono trascorsi 12 anni, ma il percorso formativo dei medici specializzandi continua ad essere impervio. Pierino Di Silverio, Presidente Nazionale Federspecializzandi e Domenico Montemurro, Consigliere Nazionale Anaaio Giovani hanno scattato una fotografia delle lacune formative presentando riflessioni e suggerimenti per uscire dall'impasse

ustificato ritardo di nove anni, l'Osservatorio nazionale per la formazione specialistica.

Oggi lo specializzando, al di là di un trattamento economico, equiparato alle altre nazioni europee, continua a vivere una formazione lacunosa, con una sostanziale mancanza di regolamentazione e programmazione didattica che in una crisi economica imperante, si ritrova ad essere più che una formazione, una vera e propria attività di medico specialista, con assunzioni di responsabilità, senza peraltro ricevere tutele legali peraltro previste dalla legge. Nonostante il D.Lgs. 368/99 e il riassetto delle scuole di specializzazione intervengano chiaramente nell'individuare come strumento formativo imprescindibile la rete for-

mativa e il conseguente coinvolgimento di strutture esterne all'Università, nel momento in cui l'offerta formativa diventa insufficiente, la rete stenta a decollare, viene organizzata a macchia di leopardo, in alcuni casi è stranamente ed assolutamente discrezionale.

Il medico in formazione specialistica, in molte realtà, si ritrova a svolgere turni di guardia di reparto senza avere al suo fianco un medico tutor e in molte occasioni ad effettuare consulenze specialistiche in prima persona, configurando in tal modo ancor una volta lo svolgimento di un'attività sostitutiva del personale di ruolo. Se oggi dovessimo fare un resoconto della qualità formativa offerta dall'Università Italiana al giovane medico in for-

mazione, il giudizio non sarebbe certo positivo. Intravediamo tuttavia spiragli di luce tra tante ombre. Pensiamo che una precisa organizzazione dell'attività formativa del giovane medico sia punto di partenza essenziale, ma occorre assicurare che questa venga espletata avvalendosi di organismi di controllo esterni.

La rete formativa è inoltre un elemento imprescindibile per assicurare al giovane medico una formazione completa. Riteniamo che sia assolutamente necessaria una compartecipazione di Università, Regioni, Ospedali, Ministeri affinché il giovane medico in formazione trascorra il suo lungo periodo di addestramento professionale ruotando tra strutture universitarie ed ospedaliere al fine di raggiungere gli obiettivi formativi esplicitati nel Riassetto delle scuole di specializzazione. Resta tuttavia un grande rammarico, non avere la possibilità di incidere, con le nostre esperienze ed esigenze, al miglioramento della formazione e della sanità italiana, se non marginalmente, e a volte, strumentalmente.

... e poi

Domenico Montemurro

Consigliere Nazionale Anaaio Giovani

È certamente doveroso un miglioramento della formazione medica che deve necessariamente passare attraverso una Riforma Universitaria fattibile, flessibile ed organizzata anche in reti territoriali decentrate. Quindi plaudo alla nuova Riforma se permetterà con relativa facilità di assimilare le scuole di specializzazione a delle "residenze" con un rapporto di lavoro e responsabilità proprie nell'ambito dell'attività ospedaliera e sempre con un tutoraggio avanzato e allo scopo di un ricambio generazionale. Ma se devo analizzare un "fenomeno" oramai sulla "bocca" di tutti e cioè il precariato medico, allora scrivo da fortunato e cioè colui che dopo la specializzazione ha trovato alcuni mesi dopo un tempo indeterminato. E quindi abbiamo una Sanità schizofrenica, ovvero il contesto italiano, sia in termini di sistema che di professione, sembra risultare storicamente e culturalmente diverso dagli altri paesi europei. Mi spiego: se la mortalità studentesca media an-

nua è di circa il 28.6% (fonte Fnomceo 2008) con iscritti alle facoltà di 8364 (fonte Fnomceo 2008) e laureati 6011 (fonte Fnomceo 2008), allora gli altri abbandonano o si laureano tardi con conseguente ritardo nell'accesso alle scuole di specializzazione mediche o di Mg (Medicina Generale) e se si considera che nel 2025 (Fonte Fnomceo) avremo due milioni di anziani in più e 70 mila medici in meno che ad oggi hanno tra i 50 e 65 anni e che tra circa dieci anni andranno in pensione, i conti sono presto fatti. Vi sarà un "disavanzo". Quindi obsoleti sistemi formativo-didattici, miope programmazione sanitaria possono essere elementi alla base del precariato medico. Si grida allarme Medici e allora le Università Italiane aprono al numero chiuso, quando in anni passati lo chiudevano (vi era la pleora); vengono imposte manovre economiche Nazionali e Regionali per contenere la spesa (bilanci di rientro), ma la qualità dell'offerta dei servizi deve essere la stessa con la conseguenza che i professionisti medici servono, ma meglio se con contratti atipici a minor costo o altrimenti si riducono i posti letto con professionisti precari "licenziati" con inevitabile scadimento della qualità e produttività dei servizi stessi, senza però che vi sia ammissione di colpa. Sembra allora che tutto sia con-

segnato ad arte ma senza valutarne le conseguenze e quasi inconsapevolmente: chi è precario adesso lo sarà fino ad un tempo X, le condizioni di lavoro che peggiorano, con le Aziende che non sostituiscono i medici che vanno in pensione, tutti elementi che allontanano i giovani medici, demotivandoli dal sistema sanitario. Un esempio: se l'azienda Y produce bulloni e un suo dipendente si licenzia, l'Azienda continuerà a produrre, se l'Azienda Sanitaria/ Universitaria ti addestra in processi in cui sei protagonista e senza assumerti, se ti licenzia essa perde il proprio capitale (di conoscenza). E allora la formazione appresa in tanti anni di precariato nel Pubblico o nell'Università dove finisce? È qui che si insinua il pensiero che forse è meglio andare a lavorare nel privato (senza nulla togliere) più redditizio, ma che considera solo determinate professionalità che "servono" e tutti gli altri a casa o ad aspettare un "vento nuovo". Mi rendo conto che si tratta di una riflessione di un fenomeno più articolato e complesso e non sono certamente io a darne una spiegazione storico-politico-sociale, ma resto fiducioso che l'Università e i nostri governanti comprendano il malumore verso una professione che al sottoscritto ha portato da bambino a dire "Da grande voglio fare il dottore".

I risultati raggiunti dall'equipe medica in Indonesia

MISSIONE GORONTALO sotto i riflettori

La missione si è svolta dal 31 gennaio al 4 febbraio del 2011 presso la città di Gorontalo, capoluogo dell'omonima provincia dell'isola di Sulawesi (Indonesia). L'equipe era composta da Enrico Reginato (Anaa) (capo missione), Vincenzo Nocifora (Università "La Sapienza" di Roma), Fabrizio Rossi (Università della Tuscia, Viterbo), Alice Mannocci (Università "La Sapienza" di Roma).

Gli obiettivi della missione, concordati con l'Undp e con i responsabili di Art-Gold Indonesia: dare continuità e applicazione alla convenzione Undp-Anaa, come deciso nella relazione sulla missione del settembre 2009; accrescere la competenza di un gruppo selezionato di operatori del sistema sanitario locale in materia di organizzazione sanitaria; acquisire elementi di conoscenza sul sistema di contabilizzazione dei costi delle strutture locali di presidio sanitario (puskesmas); instaurare rapporti di collaborazione con le principali istituzioni locali e con l'Università pubblica della città di Gorontalo.

Lo strumento attraverso cui raggiungerli era rappresentato da un corso di formazione di sei giorni, i cui contenuti e modalità organizzative erano stati concordati analiticamente con Art-Gold Indonesia. Destinatari del corso: medici, ostetriche, infermieri e personale amministrativo sanitario, selezionati dal "Dinas Kesehatan" (Distretto sanitario).

Al corso hanno partecipato con assiduità ed impegno un gruppo di diciannove operatori del sistema sanitario della provincia di Gorontalo, composto da medici, ostetriche e infermieri, tutti impegnati in prima persona negli ambulatori zonali e in quelli distrettuali ed in ospedale.

Gli elementi di epidemiologia e di contabilità sanitaria acquisiti si sono dimostrati immediatamente utilizzabili per la comprensione della situazio-

Formare un gruppo selezionato di operatori del sistema sanitario locale in materia di organizzazione sanitaria. Instaurare rapporti di collaborazione con le principali istituzioni locali. Dare continuità e applicazione alla convenzione Undp-Anaa. Sono questi gli obiettivi della missione nella città di Gorontalo, capoluogo dell'omonima provincia dell'isola di Sulawesi (Indonesia) guidata da Enrico Reginato dell'Anaa Assomed

ne locale ed in questo senso sono stati recepiti come strumenti di accrescimento dell'efficacia del servizio erogato su scala territoriale.

Il programma formativo realizzato rispondeva, quindi, specificamente al primo e al secondo degli obiettivi che erano presenti nel protocollo d'intesa Anaa-Undp: accrescere la professionalità degli operatori sanitari aumentando la loro attenzione per la dimensione sistemica del servizio sanitario locale.

Ovviamente il corso ha evidenziato anche le lacune e le difficoltà in cui si trovano a dover intervenire gli operatori del sistema sanitario locale, a partire dalla limitatezza delle strutture e delle risorse di cui dispongono, a forte della dimensione crescente dei fabbisogni sociali e delle persistenti emergenze.

Obiettivi come quelli della riduzione della mortalità infantile o della mortalità materna al parto, sono difficilmente perseguibili in un quadro di evidente sotto-dotazione strutturale come quello che viene evidenziato da una semplice visita ad un ambulatorio locale. Per ciò che riguarda il terzo obiettivo della missione l'esercitazione guidata che ha compiuto Fabrizio Rossi, ha consentito di fornire ai corsisti un modello facilmente applicabile di analisi dei costi di un ambulatorio locale, mettendo loro a disposizione uno strumento di agevole ed autonoma replicabilità. Ciò è sta-

to molto apprezzato dai corsisti che si sono dimostrati non soltanto in possesso di tutti gli strumenti di analisi e di valutazione dei costi di una struttura, ma anche molto interessati al loro utilizzo come strumenti di supporto in sede sia programmatica che gestionale. Come evidenziato nel primo rapporto Anaa, il finanziamento del sistema sanitario

è complesso, con risorse di origine governativa centrale, altre di origine provinciale, ed altre provenienti dal pagamento delle prestazioni da parte di pazienti, con esclusione degli esenti per problemi economici, che nel caso specifico, sono circa 6 su 10. Il che rende complessa la gestione delle risorse da parte del personale coinvolto. Si segnala inoltre come, nelle strutture periferiche, il personale con compiti amministrativi è esorbitante rispetto al personale sanitario. Per ciò che riguarda l'ultimo obiettivo della missione il grado di successo è stato veramente molto elevato.

In sede locale è stato possibile incontrare Ibu Winarni, responsabile della programmazione dell'amministrazione provinciale (Bappeda) che si è detta molto interessata sia a proseguire questa esperienza di collaborazione, sia a promuovere visite di studio in Italia dei principali dirigenti della propria struttura amministrativa. Un altro incontro molto proficuo è stato quello con l'Università di Gorontalo, nella persona della Preside della Facoltà di Scienze motorie e della salute, con il suo staff. L'Università ha proposto un protocollo d'intesa all'Anaa e all'Università "La Sapienza" di Roma per lo scambio di competenze sia sul piano didattico che della ricerca scientifica, che è in questo momento allo studio degli organismi competenti. Infine il rapporto più significativo è quello che si è instaurato con il Bappenas (Agenzia nazionale di Sviluppo e Programmazione) di Jakarta, nella persona del suo responsabile Budhi Santoso. Questo rapporto si è concretizzato subito con un incontro con il gruppo dirigente del Bappenas, che si è svolto a Jakarta il 14 febbraio, presso la sede istituzionale, nel corso del quale i docenti Reginato e Nocifora hanno tenuto una breve conferenza sugli stessi argomenti che erano stati da lo-

ro trattati a Gorontalo, seguiti da discussione. In quella sede sono stati individuati diversi campi di collaborazione in materia di programmazione della spesa sanitaria nazionale e di organizzazione di un nuovo Ssn. Come di consueto la missione ha incontrato l'ambasciatore italiano in Indonesia, il ministro Roberto Palmieri non soltanto per metterlo al corrente dei progressi dell'iniziativa di cooperazione italo-indonesiana, ma anche per analizzarne i possibili sviluppi futuri. L'ambasciatore è stato come sempre prodigo di utili consigli soprattutto per ciò che riguarda l'utilizzabilità, nell'ambito della cooperazione bilaterale, dei fondi derivanti dalla cancellazione del debito, negoziato tra Italia e Indonesia negli anni scorsi. Per il prosieguo dell'intervento si individuano differenti piani di lavoro che è bene siano proseguiti parallelamente negli anni a venire: programmazione, consulenza, formazione. In tema di programmazione l'Anaa, con la rete dei propri partner, è in grado di fornire ogni utile supporto alla messa a punto di un Psn o di piani sanitari provinciali, avendo più volte collaborato sia in sede di governo nazionale che regionale, in Italia ed essendo impegnata in questo senso negli organismi europei ai quali aderisce. In tema di consulenza nella Provincia di Gorontalo, dopo la realizzazione della formazione, si dispone adesso di un buon gruppo di operatori sanitari in grado di supportare un intervento di epidemiologia applicata e di analisi dei bisogni a scala territoriale. L'Anaa è, quindi, disponibile a studiare i termini concreti di una o più missioni finalizzate a mettere in condizioni il sistema locale di dotarsi di strumenti di analisi operativi auto-gestiti. In tema di formazione è appena il caso di ricordare che il percorso formativo già realizzato può essere facilmente replicato in tutte quelle province in cui si ritiene di dovere promuovere un processo di qualificazione degli operatori sanitari. Qualora si assumesse una decisione in questo senso è abbastanza chiaro che l'intervento formativo deve essere preceduto da una visita esplorativa come quella che è stata realizzata a Gorontalo nel settembre del 2009.

L'accordo fra Undp e Anaa

Dall'istituzione della Scuola Carlo Urbani per la cooperazione internazionale, sono stati creati rapporti di collaborazione con l'Undp (United Nations Development Program) grazie alla presenza, nel corpo docente, di funzionari di questa organizzazione. Questi rapporti diretti hanno portato a collaborare, da parte dell'Anaa Assomed ed in particolare da parte di alcuni partecipanti ai corsi della Scuola, ad alcuni progetti di Undp art-gold. È stato quindi firmato, lo scorso anno, un accordo di collaborazione fra l'Undp stessa e l'Anaa, in considerazione che l'Associazione, con i suoi iscritti, specialisti ospedalieri di ogni disciplina e con specifica formazione culturale orientata alla cooperazione, è in grado di fornire all'Undp il personale altamente qualificato, necessario alle possibili missioni di cooperazione allo sviluppo e di emergenze sanitarie.

SPECIALIZZANDI: chiarimenti sulla sentenza della Corte di Appello di Roma

BORSE DI STUDIO 83-91 LA PRESCRIZIONE È DECENNALE

Dopo la comparsa di notizie di stampa relative alla sentenza della Corte di Appello di Roma sull'annosa questione borse di studio 1983/1991 occorre puntualizzare quanto segue. L'iter giudiziario è stato fino ad ora molto articolato, con alcuni importanti passi avanti, ma senza una soluzione comune definitiva. Ora, però, dopo anni di "carta bollata", non manca il sospetto che ci sia stato "commercio del ricorso", che per tanti medici danneggiati ha rappresentato solo una spesa aggiuntiva. In passato la nostra Associazione aveva promosso delle azioni a livello regionale che hanno avuto esiti contrastanti. In generale l'orientamento giurisprudenziale prevalente è stato quello di ritenere inesistente il diritto per intervenuta prescrizione dello stesso, in forza della relativa eccezione proposta in giudizio dall'Avvocatura dello Stato. Solo in alcuni casi - Sentenza del Tribunale di Roma n.24828/2006 -, l'Avvocatura dello Stato non è comparsa in giudizio, non si è difesa, dunque non ha accettato la prescrizione con conseguente vittoria dei ricorrenti e relativo pagamento. La pronuncia della Corte di Appello del 15 novembre scorso n. 4717 (pubblicata sul sito www.anao.it - sezione sentenze), che ha avuto tanta risonanza tra gli organi di stampa, stigmatizzata quale sentenza che avrebbe garantito il rimborso delle borse di studio a centinaia di medici non erogate all'epoca della loro frequenza della scuola di

specializzazione (in realtà su 430 ricorrenti, a solo 59 è stato riconosciuto il compenso non percepito per la frequenza della scuola di specializzazione, mentre gli altri 361 hanno perso la causa per sopraggiunta prescrizione), si colloca nell'alveo dell'orientamento giurisprudenziale inaugurato dalle Sezioni Unite della Corte di Cassazione (sentenza n. 9147 del 17 aprile 2009) secondo cui la mancata attuazione nei termini prescritti di una direttiva Cee costituisce inadempimento di un obbligo imposto dalla legge comunitaria allo Stato italiano, con il corollario che trova applicazione il termine di prescrizione decennale. Anche con riferimento al momento di decorrenza della prescrizione, la pronuncia si adegua all'indirizzo giurisprudenziale prevalente, secondo cui il danno per il medico si è verificato al momento del conseguimento del diploma di specializzazione, coincidendo con tale momento la conclusione del percorso formativo del singolo e, quindi, il venir meno delle esigenze materiali per l'attuazione dell'impegno a tempo pieno richiesto dalla scuola di specializzazione. Pertanto, è dalla data di conseguimento del diploma di

specializzazione che inizia a decorrere il termine di prescrizione.

La pronuncia risulta maggiormente innovativa laddove indica i parametri per ottenere il risarcimento del danno nel caso in cui il medico abbia frequentato anche un secondo corso di specializzazione. In tal caso, non è sufficiente la frequenza del corso di specializzazione, con ovvia iscrizione successivamente alla conclusione del primo, ma va altresì dimostrato che il medico non ha potuto svolgere attività professionale a causa del protrarsi di un impegno a tempo pieno per il secondo periodo di formazione.

La pronuncia, infatti, specifica come gli emolumenti, previsti dalla normativa comunitaria e da quella introdotta con il D.lgs. 257/1991, non rappresentano una forma di retribuzione in senso stretto, bensì una indennità funzionale a sopperire alle esigenze materiali per l'attuazione di un impegno a tempo pieno per il conseguimento della formazione. Poiché i medici che avevano già conseguito un primo diploma di specializzazione potevano conciliare lo svolgimento dell'attività professionale con l'iscrizione a un secondo corso di specializzazione, al fi-

ne di richiedere il risarcimento del danno i medesimi devono dimostrare il pregiudizio subito e, quindi, che l'impegno determinato dal secondo periodo di formazione impediva lo svolgimento di attività lavorativa.

A onor del vero è necessario ricordare che solo in pochissime sentenze (in particolare ricordiamo la pronuncia della Corte d'Appello di Genova del giugno 2008), si è sancito il cd. principio dell'illecito permanente: in sostanza, la prescrizione in danno ai medici non sarebbe neppure a oggi iniziata a decorrere, in assenza di un adeguamento pieno e completo da parte dello Stato alla normativa comunitaria. Ragion per cui ogni medico, anche se non ha mai agito, può promuovere azioni a tutela del proprio diritto. Si deve aggiungere, per rigore scientifico, che si sta sviluppando un ulteriore orientamento della giurisprudenza atto ad individuare la preminenza del diritto comunitario rispetto a quello nazionale, "con pronunce che stabiliscono anche la rimozione di atti definitivi dell'amministrazione, se emanati in contrasto con la normativa comunitaria". A tutt'oggi, tuttavia, si tratta ancora di sporadici casi, tali da non deter-

minare una "corposa giurisprudenza", essendo, allo stato la stessa "granitica" nell'accogliere la difesa dell'Avvocatura dello Stato che ritiene il diritto prescritto (prescrizione ordinaria di dieci anni) e che fa decorrere la possibilità di accedervi dal momento del verificarsi del danno (momento del conseguimento del diploma di specializzazione - come ribadito dalla Corte di Appello del novembre scorso).

Su un punto si è d'accordo: non è necessario provare il dolo o la colpa dell'amministrazione e pertanto il diritto al risarcimento del danno spetta per il mero ritardo.

Si aggiunge, tra l'altro, che la retribuzione corrisposta, in rarissimi casi, è stata non solo la conseguenza di occasionali mancate costituzioni dell'Avvocatura dello Stato ma anche l'applicazione della legge n. 386/96 nei limiti e nella consistenza economica previste solo per coloro che non svolgevano nessuna altra attività professionale (in sede amministrativa, il Consiglio di Stato ha ritenuto meritevoli di retribuzione, sotto forma di borsa di studio solo quei medici che dichiarassero ed autocertificassero, con tutte le conseguenze del caso di non aver mai svolto attività lavorativa durante gli anni di frequenza, con un ulteriore corollario: chi aveva lavorato anche un solo anno, era escluso in toto della borsa).

La Segreteria nazionale Anao Assomed continuerà a monitorare l'evoluzione della questione dandone comunicazione agli iscritti.

DIRIGENZA MEDICA
Il mensile
dell'Anao Assomed

Sede di Roma: via XX Settembre 68
tel. 06.4245741 - Fax 06.48.90.35.23
Sede di Milano: via D. Scarlatti, 27
e-mail: dirigenza.medica@anao.it
www.anao.it

Direttore
Costantino Troise

Direttore
responsabile
Silvia Procaccini
Comitato
di redazione:
Giorgio Cavallero,
Domenico Iscaro,
Mario Lavecchia,
Gianluigi Scaffidi,

Coordinamento
redazionale
Ester Maragò

Progetto grafico
e impaginazione:
Daniele Lucia,
Barbara Rizzuti

Periodico Associato

ANES
ASSOCIAZIONE NAZIONALE EDITORI

Editore



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

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

postale - D.L. 353/2003 (conv. in L. 27/02/2004
n. 46) art. 1, comma 1, DCB Roma
Diritto alla riservatezza: "Dirigenza Medica"
garantisce la massima riservatezza
dei dati forniti dagli abbonati
nel rispetto della legge D.Lgs. 196/2003

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

Costo a copia: euro 2,50

Finito di stampare nel mese di marzo 2011