

DIRIGENZA MEDICA

Il mensile dell'Anaao Assomed

SPED. IN. A.P. ART. 2 COMMA 20/b - 45% - L. 662/96 DIV. CORR. D. C. I. ANCONA

Editoriale

È IL MOMENTO DELLE SCELTE

di Serafino Zucchelli

L'orizzonte per il futuro del Ssn e per i dirigenti medici che in esso operano, in questo tardo autunno del 2003, si va facendo sempre più scuro e denso di nubi minacciose.

La legge finanziaria, la devoluzione di Bossi, le modifiche dello stato giuridico, la riforma previdenziale, la mancata applicazione delle code contrattuali, il grave ritardo dell'apertura delle trattative per il rinnovo del contratto, i contenuti dell'atto di indirizzo del comitato di settore, la mancata o insufficiente tutela assicurativa del rischio professionale, contengono ciascuno elementi di grave danno per la sopravvivenza del sistema e dei nostri legittimi interessi professionali. Se a questo si aggiunge il permanere e l'aggravarsi del quotidiano disagio del medico per la frequente marginalità delle funzioni cui le cosiddette aziende lo relegano e per le sempre più pesanti condizioni di lavoro, si ha il quadro complessivo di una situazione disastrosa alla quale dobbiamo con forza reagire.

Perché i giudizi espressi non appaiano immotivati vi proponiamo una rapidissima analisi dei contenuti dei provvedimenti in itinere.

Finanziaria 2004

a) non prevede investimenti adeguati per assicurare i Lea, come hanno dichiarato all'unisono regioni, province e comuni che hanno quantificato in 150 Euro il taglio delle disponibilità per ogni cittadino non compensabile dai tributi locali anch'essi bloccati;

b) non c'è traccia di finanziamento alcuno per istituire un fondo di sostegno per i non autosufficienti su cui il ministro ed importanti settori della maggioranza si erano già impegnati;

c) non c'è finanziamento per dare vita ai contratti di formazione lavoro per gli specializzandi nonostante la raccomandazione unanime del Parlamento;

d) si reiterano blocchi e limitazioni alle nuove assunzioni dopo analogo terapia praticata con la finanziaria precedente;

e) si dà la possibilità alle aziende sanitarie di stipulare contratti di lavoro a progetto senza una regolamentazione quadro;

f) si sottostima il finanziamento per il rinnovo contrattuale per il biennio 2002/2003 e quasi nulla si prevede per il biennio 2004/2005;

g) viene istituito presso il ministero dell'economia, un "grande fratello" destinato a controllare tutte le prescrizioni mediche.

Assicurazioni: silenzio assoluto. Non ci sono norme e soldi a tutela del rischio professionale dei medici, la maggior parte dei quali non sono oggi sufficientemente tutelati nonostante gli obblighi posti alle regioni dal contratto vigente.

segue a pag 16

DOCUMENTO UNITARIO DEI SINDACATI MEDICI

Allarme rosso per il Ssn

Per la prima volta dopo anni, tutte le sigle sindacali della Dirigenza medica (sola assente la Cgil) denunciano lo stato di grave abbandono in cui è lasciato il Ssn. Bocciati finanziaria e atto di indirizzo per il contratto, preoccupazioni forti per la riforma pensionistica e per la mancata conclusione delle code contrattuali. Manifestazione unitaria annunciata per il prossimo 3 dicembre

Le sottoscritte organizzazioni sindacali della dirigenza medica, veterinaria e sanitaria esprimono profonda preoccupazione per lo stato di grave abbandono in cui è lasciato il Servizio sanitario nazionale ed il personale dirigente in esso operante. In particolare pongono l'accento sui seguenti punti:

Legge Finanziaria

- a) non prevede investimenti adeguati per assicurare su tutto il territorio nazionale l'erogazione dei Lea;
- b) riduce ulteriormente i trasferimenti finanziari agli enti locali, introducendo anche provvedimenti limitativi della loro autonomia impositiva;
- c) non contempla l'istituzione di un fondo di sostegno per i non autosufficienti;
- d) reitera blocchi e limitazioni a nuove assunzioni nel settore sanitario;
- e) introduce la possibilità per le aziende sanitarie di stipulare contratti di lavoro a progetto senza che questi siano regolamentati da una specifica norma-quadro che spieghi i suoi effetti anche sul pubblico impiego;
- f) sottostima il finanziamento del rinnovo contrattuale della dirigenza medica e sanitaria per il biennio 2002-2003 e non interviene con previsioni specifiche e credibili relativamente al 2° biennio economico (2004-2005);
- g) omette lo specifico stanziamento per dare attuazione ai contratti di formazione lavoro per gli specializzandi, nonostante l'unanime raccomandazione in tal senso del Parlamento e la disponibilità dimostrata dalle Regioni di concorrere alla spesa;
- h) centralizza, attribuendolo al Ministero dell'Economia, in modo irrispettoso quindi del ruolo delle Regioni, il controllo delle prescrizioni mediche secondo una metodologia che comporta costi aggiuntivi.

Previdenza

Nell'emendamento al disegno di legge-delega sulla riforma previdenziale, approvato dal Consiglio dei Ministri, vi è una discriminazione tra lavoratori pubblici e privati a proposito degli incentivi a permanere in servizio, nonché una notevole incoerenza, laddove si consideri che il lavoro medico ha tutte le

caratteristiche dell'attività usurante, per la quale sono previsti, per legge, abbuoni di anzianità. Ancora, con lo stesso emendamento, viene introdotto il principio della omogeneizzazione del sistema di calcolo del trattamento pensionistico tra settore privato e settore pubblico, che comporterebbe una perdita secca del valore delle pensioni dei lavoratori dipendenti pubblici tra il 15 ed il 25%, senza alcun rispetto per i loro diritti acquisiti, e senza alcuna giustizia, perché prima di omogeneizzare il calcolo della misura delle pensioni dei dipendenti pubblici bisogna armonizzarne la base pensionabile rispetto a quella, oggi più favorevole, dei lavoratori dipendenti privati.

Stato giuridico della Dirigenza medica, veterinaria e sanitaria

Non è più stato convocato il tavolo a tre (Governo, Regioni, Sindacati medici) ufficialmente insediato dal sottosegretario alla Presidenza del Consiglio, dottor Gianni Letta, il 7 maggio 2003 per studiare la possibilità di una modifica dello stato giuridico dei dirigenti medici, veterinari e sanitari senza ricadute negative su quanto pattuito nel vigente contratto, in riferimento alla esclusività di rapporto.

In questo vuoto di iniziativa politica del Governo, si assiste al pericoloso moltiplicarsi di velleitarie proposte regionali, o parlamentari di parte, che rischiano di provocare solo danni alla organizzazione sanitaria e ai diritti acquisiti dei dirigenti medici e sanitari, se non concertate con le Oo.Ss. delle categorie interessate. Infatti le sottoscritte organizzazioni sindacali della dirigenza medica, veterinaria e sanitaria hanno costantemente confermato la propria disponibilità a concertare una regolamentazione del rapporto esclusivo che ne preveda la reversibilità in precise circostanze e su libera scelta individuale, senza che vengano messi in discussione il principio fondamentale e la posizione economica e normativa di tutti coloro che vorranno confermare la propria scelta esclusiva.

Rinnovo contratto di lavoro

È stato redatto dal Comitato di settore un atto di indirizzo considerato inaccettabile da tutte le organizzazioni sindacali della dirigen-

za medica, veterinaria e sanitaria perché peggiorativo delle condizioni normative oggi godute dalla categoria, oltre che inadeguato a garantire almeno l'invarianza del potere reale d'acquisto delle retribuzioni. Difficilmente si arriverà ad un confronto costruttivo se tale atto non verrà sostanzialmente modificato.

Code contrattuali

A distanza di 22 mesi dalla scadenza del Ccnl 98/2001 di area medica, veterinaria e sanitaria non si è ancora aperto il tavolo per il rinnovo contrattuale del quadriennio normativo 2002-2005, al quale comunque le sottoscritte organizzazioni non si siederanno in carenza della stipula delle "code" del precedente contratto, sottoscritte come pre-intesa nell'agosto 2002 e siglate il 7 maggio 2003. Quale credibilità può avere una controparte pubblica che non mantiene i patti sottoscritti a distanza di mesi e mesi?

Assicurazioni

Manca una adeguata tutela assicurativa che garantisca il rischio professionale dei dirigenti medici, veterinari e sanitari dipendenti, anche dalla rivalsa per colpa grave, nonostante precise disposizioni in merito del vigente Ccnl, non attuate per inerzia delle Regioni.

Educazione continua in medicina

Manca un'ipotesi di regolamentazione dell'Ecm che possa essere normata nel contratto con gli opportuni finanziamenti.

Tutto quanto sopra esposto illustra e motiva il gravissimo disagio di tutta la categoria dei dirigenti medici, veterinari e sanitari, che inevitabilmente condurrà a manifestazioni di protesta.

Anaao Assomed, Anpo, Aupi, Cimo-Asnd, Cisl Medici, Cisl Medici, Cosime (Disan Medici-Cisas Medici-Sapmi-Uspi), **Civemp** (Sivemp-Simet), **Federazione Medici aderenti Uil Flp** (Uilflp Medici, Amco, Coas, Cumi-Aiss, Fapas, Fials, Fnam, Nuova Ascoti, Sapmi, Umi, Umus), **Fesmed** (Acoi-Anmco-Aogoi-Sumi-Sedi-Femepa-Anmdo), **Sicus, Sidas, Sinafo, Snabi Sds, Snami Ospedalieri, Umsped** (Aaroi-Aipac-Snr), **Unione Medici, Ugl Medici**

FINANZIARIA 2004: LE REGIONI BOCCIANO LA MANOVRA

Servizi a rischio: mancano 5 miliardi di euro

L'iter parlamentare della manovra economica per il 2004, iniziato al Senato il 1 ottobre, si è concluso con il voto di fiducia di questo ramo del Parlamento al decreto legge di accompagnamento. Mentre andiamo in stampa il disegno di legge Finanziaria 2004 è all'esame dell'Aula di Palazzo Madama dove il voto finale è previsto per il 13 novembre (i testi e l'iter sono disponibili sul portale dell'Associazione www.anaao.it). Sin dall'esordio parlamentare, non sono mancate le polemiche, anche all'interno della stessa Cdl, sui contenuti dei due provvedimenti, polemiche aggravate dalla secca bocciatura delle Regioni che hanno denunciato una sottostima delle risorse di oltre 5 miliardi di euro. Di seguito riportiamo il testo del documento della Conferenza dei Presidenti delle Regioni

CONFERENZA DEI PRESIDENTI DELLE REGIONI E DELLE PROVINCE AUTONOME

Le valutazioni delle Regioni sui documenti della Manovra Finanziaria 2004

Premessa

Nel documento di osservazioni al Dpef 2004-2007 le Regioni avevano chiesto che la legge finanziaria 2004 venisse preparata con un metodo improntato al nuovo titolo V, ma ancora una volta si deve registrare che è stata persa un'altra occasione per scrivere una legge finanziaria improntata ai principi costituzionali.

Le Regioni sottolineano che la manovra determina una situazione di insostenibilità finanziaria resa ancor più accentuata dalla circostanza che è effettuata, in gran parte, con decreto legge.

Per questo le Regioni sottolineano 5 questioni fondamentali la cui risoluzione è ineludibile per evitare il collasso del sistema regionale che, come anello più debole del sistema Paese, rischia, con questa manovra finanziaria, di essere il livello di governo più penalizzato:

- 1. Copertura oneri di assistenza sanitaria per gli immigrati regolarizzati:** l'accordo dell'8 agosto 2001 stabiliva che "il Governo si impegna ad accompagnare eventuali variazioni in incremento dei Livelli Essenziali di Assistenza, decise a livello centrale, con le necessarie risorse aggiuntive". A seguito della "legge Bossi - Fini" sulla emersione e sulla regolarizzazione dell'immigrazione extracomunitaria le Regioni sono state gravate dei conseguenti oneri senza l'accompagnamento delle necessarie risorse aggiuntive in difformità dall'Accordo dell'8 agosto 2001.
- 2. Sottostima del fabbisogno sanitario nazionale:** il tavolo di monitoraggio sui Livelli Essenziali di Assistenza ha concluso nel mese di luglio scorso la rilevazione sui costi dell'assistenza sanitaria per il 2001 evidenziando un disavanzo di 7.549 miliardi di lire (3,9 miliardi di euro). Lo Stato pertanto non può considerare esaustivo il livello di finanziamento indicato nell'accordo dell'8 agosto 2001, ma dovrà verificarne la congruità sulla base dei lavori dei tavoli di monitoraggio e verifica sui Lea effettivamente erogati e sulla corrispondenza ai volumi di spesa stimati. Per il 2004 le Regioni segnalano una sottostima di circa 5 miliardi di euro. La situazione è resa ancor più grave dal fatto che alle Regioni è stata bloccata la possibilità di utilizzare le leve fiscali (Irap e addizionali Irpef) per fare fronte alle responsabilità che l'Accordo dell'8 agosto 2001 ripartiva tra Stato e Regioni.
- 3. Adeguamento delle risorse di cassa per il fabbisogno sanitario:** le Regioni, in attuazione dell'accordo dell'8 agosto 2001, concordano sul fatto che i tavoli di monitoraggio su-

gli adempimenti della spesa sanitaria debbano costituire la premessa per l'erogazione a saldo delle risorse, tuttavia l'attuale applicazione di questo meccanismo determina una dilazione nei tempi di erogazione delle risorse (per il 2002 restano scoperti 7,8 miliardi di euro e per i primi 10 mesi del 2003 risultano scoperti circa 4 miliardi di euro) insostenibile per le casse regionali e tale da mettere in crisi il sistema delle piccole e medie imprese del settore. Occorre quindi modificare in via legislativa le procedure e l'ammontare delle somme anticipate, assicurando altresì tempi certi nell'erogazione di tali anticipazioni.

- 4. Assicurare la continuità nel trasferimento di risorse per il decentramento amministrativo:** nel 2004 rischia di aprirsi un vuoto legislativo che impedirebbe di garantire e assicurare la continuità di detti trasferimenti in quanto la legge finanziaria 2003 ne differiva la proroga al 1 gennaio 2004, ritenendo che nel 2003 gli stessi potessero confluire nel meccanismo del dlgs. 56/2000. Poiché tale convergenza ormai pare non realizzabile, occorre nella legge finanziaria 2004 una norma che differisca il regime dei trasferimenti, quanto meno, al primo gennaio 2005.
- 5. Esclusione degli oneri aggiuntivi del contratto del personale regionale per il biennio 2002 - 2003 dal Patto di Stabilità Interno:** le Regioni, come già previsto per gli Enti locali, chiedono l'esclusione di tali oneri.

Le Regioni pur dando atto che il d.d.l. finanziaria 2004 ha accolto 3 richieste che le Regioni avevano avanzato nei precedenti anni (Iva trasporto, esternalizzazione dei servizi da parte delle aziende sanitarie, e, in misura fortemente parziale, gli oneri per il contratto per il comparto sanitario biennio 2002 - 2003), tuttavia rilevano che l'impostazione della manovra è permeata da elementi di centralismo in materie di competenza regionale, non sblocca lo stato di stallo in cui versa l'attuazione del federalismo fiscale e introduce nuove incertezze nel sistema di finanza regionale.

Alcune valutazioni nel merito delle misure di impatto sul sistema regionale

Preliminarmente le Regioni prendono atto della nota di aggiornamento al Dpef 2004-2007 che ha riadeguato il quadro delle previsioni macroeconomiche con particolare riferimento:

- all'andamento del Pil per l'anno 2003 (+0,5%) e per il 2004 (+1,9%);
- al livello dell'indebitamento netto (2,2%) facendo slittare al 2007 l'obiettivo di pareggio;
- all'incidenza del debito sul Pil (105% nel 2004) che solo nel

2007 scenderà al di sotto del 100% (98,6).

Le Regioni rilevano, come si diceva in premessa, che l'impostazione della manovra è caratterizzata da elementi di centralismo, non sblocca lo stato di stallo del federalismo fiscale e introduce nuove criticità e incertezze nella finanza regionale.

Emblematici di questi tre indirizzi sono:

- le numerose disposizioni che introducono modifiche normative, organizzative e finanziarie in settori anche di competenza regionale quali ad esempio l'agricoltura, l'edilizia residenziale, le politiche sociali, l'incentivazione alle imprese, la sanità, il settore idrico, il diritto allo studio universitario;
- la riduzione della questione del federalismo fiscale alla mera proroga fino al 2004 dei tempi dell'Alta Commissione;
- alcune specifiche disposizioni, quali, a titolo esemplificativo, quelle sottoelencate, che riversano oneri finanziari assai consistenti su una finanza regionale che nello stallo del federalismo fiscale non dispone di alcun mezzo per farvi fronte:
 - Fondo lotta alla droga (art. 13, comma 4): vengono escluse dal Fondo per le politiche sociali le risorse per la lotta alla droga delineando una sottrazione di risorse al Fondo indistinto che veniva assegnato alle Regioni per la parte prevalente;
 - Istituzione reddito di ultima istanza (art. 16): il concorso dello Stato per questa finalità dovrebbe essere supportato da adeguate nuove risorse che non risultano indicate; questo nuovo intervento prefigura quindi un'ulteriore sottrazione di risorse al Fondo per le politiche sociali ed un onere a carico delle Regioni;
 - Fondo per le aree sottoutilizzate e fondo per gli investimenti: le Regioni, come già evidenziato in occasione della precedente legge finanziaria, pur condividendo l'obiettivo di incrementare l'efficacia e l'efficienza del finanziamento degli investimenti, ribadiscono la necessità di superare la gestione centralizzata dei Fondi che confligge con l'autonomia delle Regioni, dirette responsabili dello sviluppo dei propri territori. Si richiama, inoltre, l'attenzione sulla norma che estende le procedure Cipe in materia di monitoraggio, revoca e riprogrammazione a tutti gli interventi stabiliti negli Accordi di programma quadro per la quale sarebbe opportuno concordarne l'attuazione.
- Articolo 50 Legge finanziaria: Le Regioni ritengono che questo articolo precostituisca vincoli ed obblighi alle stesse in materia di politiche di investimento e di

indebitamento e che il relativo meccanismo di compartecipazione finanziaria debba scaturire solo da obblighi reciprocamente concertati. Comunque le Regioni ritengono condivisibile il principio di attivare sinergie finanziarie, ma lo ritengono attuabile solo quando sarà realizzato il sistema del federalismo fiscale. Le Regioni chiedono quindi l'eliminazione dei commi 2 e 3 di detto articolo.

- Art. 51 del decreto legge: riversa in altri settori, anche di spesa di investimento, le eventuali difficoltà finanziarie verificatesi in campo sanitario, depauperando gli interventi per le aree sottoutilizzate di 350 milioni di euro. Le Regioni chiedono che l'articolo venga soppresso.

Analizzando nel merito i contenuti dei provvedimenti che costituiscono la manovra le Regioni evidenziano alcune questioni sulle quali richiedono una risposta puntuale e positiva.

Federalismo fiscale e decentramento amministrativo

Le Regioni esprimono l'esigenza che il termine di scadenza 2004, previsto dall'articolo 3, comma 5 del ddl finanziaria, sia inteso non come conclusione dei lavori dell'Alta Commissione ma come termine per la presentazione in Parlamento del disegno di legge attuativo dell'articolo 119 in maniera tale che questa legislatura sia quella fondativa del Federalismo fiscale. Le Regioni chiedono che in tempi estremamente rapidi sia posto all'O.d.G. ed approvato in Conferenza Unificata l'Accordo sui meccanismi strutturali del federalismo fiscale, avuto riguardo al fatto che fin dalla primavera scorsa le Regioni e gli Enti locali hanno presentato al Governo una proposta di contenuti sottoscritta da entrambi. Le Regioni annettono importanza vitale a questo punto per due motivi:

- a) è il primo passo concreto e indispensabile per consentire all'Alta Commissione di dare avvio ai propri lavori;
- b) viene in tal modo restituito alle Regioni lo strumento più rilevante di autonomia finanziaria a loro disposizione delle Regioni, la cui possibilità di utilizzo è stata sospesa in maniera stridente con i principi stabiliti dall'art. 119.

In attesa che il nuovo sistema possa esplicare la propria azione, attualmente la situazione della finanza regionale è caratterizzata da una "impasse" sul decreto legislativo n° 56/2000; al riguardo le Regioni segnalano di intervenire attraverso queste proposte, in maniera da risolvere problemi finanziari estremamente gravi e la cui soluzione è improrogabile:

- 1) l'art. 13 comma 3 del dlgs 56/2000 limita al triennio 2001-2003 l'applicazione del fondo di garanzia per il ristoro di minori entrate Irap e Addizionale Irpef 0,5%; questo nell'assunto che a decorrere dal 2004 fosse pienamente a regime l'impianto del dlgs 56/00. Dal momento che questa prospettiva non si è realizzata le Regioni ritengono indispensabile una proroga dell'applicazione del fondo di garanzia fino all'entrata in vigore del nuovo sistema di federalismo fiscale; al riguardo allegano specifico emendamento.
- 2) L'art. 6, comma 1 del dlgs 56/00 prevedeva la confluenza dei trasferimenti del decentramento amministrativo nel sistema di finanziamento attraverso la fiscalità. La legge finanziaria 2003 all'articolo 30, comma 4 aveva disposto proroga al 1° gennaio 2004 del regime dei trasferimenti. Poiché entro l'anno 2003 non pare possibile assicurare la sostituzione dei trasferimenti con le risorse fiscali del decreto legislativo 56/00, le Regioni chiedono che il sistema dei trasferimenti venga prorogato per tutto l'anno 2004 ed allegano specifico emendamento. Per altro già nel parere sul Dpef 2004 - 2007 le Regioni avevano segnalato la necessità di un confronto immediato Stato Regioni per pervenire ad una soluzione concordata di modifica dei meccanismi del federalismo fiscale definiti dal dlgs 56/2000 in coerenza con i contenuti degli articoli 117 e 119 della Cost. tenendo anche presenti le caratteristiche di ridotte dimensioni territoriali. Le Regioni allegano specifico emendamento.
- 3) L'avvio del processo di trasferimento delle risorse ancora allocate nel bilancio dello Stato e relative a materie di competenza regionale ai sensi del Titolo V della Costituzione, come già evidenziato nel parere delle Regioni sul Dpef 2004-2007.
- 4) L'articolo 30 comma 2 della legge finanziaria 2003 stanziava per gli anni 2003-2004 342,5 milioni di euro per recuperare le minori entrate per diminuzione del gettito accisa benzina non compensate dalla tassa automobilistica. Al riguardo le Regioni segnalano la necessità di dare continuità di finanziamento a tale intervento fino all'entrata in vigore del nuovo sistema di federalismo fiscale.

Sanità

La situazione di stallo in cui si trova l'applicazione del decreto legislativo 56/2000 crea alle Regioni insostenibili deficienze di cassa nel settore della sanità. A tal fine devono essere individuati nuovi meccanismi per commisurare in maniera più congrua le anticipazioni all'effettivo fabbisogno stanziato. Pertanto le Regioni chiedono uno specifico emendamento, così come specificato nel documento di approfondimento delle tematiche della Sanità, per elevare dal 2004 le anticipazioni sanitarie al 98% del predetto fabbisogno di competenza, fermi restando gli adeguamenti ed i conguagli conseguenti agli esiti del tavolo di monitoraggio previsti dall'Accordo 8 agosto 2001.

A seguito delle recenti misure (legge Bossi-Fini) di emersione e regolarizzazione dei flussi di immigrazione dai paesi extracomunitari sono venute a carico del fabbisogno sanitario delle regioni le spese per l'erogazione dei servizi di assistenza agli immigrati regolarizzati. Le Regioni chiedono che questo maggior fabbisogno non computato nell'ambito degli accordi dell'8 agosto 2001 venga coperto con risorse aggiuntive come è stato peraltro ripetutamente richiesto e che venga ripartito tra le Regioni sulla base delle quote di immigrati regolarizzati per ciascun territorio. A tal fine le Regioni chiedono l'introduzione di un sistema annuale di censimento dei "regolarizzati" che devono beneficiare dell'assistenza sanitaria per la quale occorre il riconoscimento del fabbisogno finanziario aggiuntivo. Vanno altresì quantificate le spese di prima assistenza (per i primi 60 giorni) da richiedere al Ministero degli Interni.

Le Regioni segnalano altresì che in materia di sanità il Governo ha adottato con effetto immediato delle misure contenute nel decreto legge di correzione dei conti pubblici (art. 48 su tetto di spesa per assistenza farmaceutica e art. 50 - monitoraggio e controllo della spesa sanitaria) che in maniera unilaterale modificano l'accordo dell'8 agosto 2001 e attivano iniziative onerose che rischiano di duplicare attività di controllo già attivate dalle Regioni stesse in materia di prescrizioni mediche. Questo metodo è inaccettabile da parte delle Regioni e pertanto, fin da adesso le stesse ritengono necessario che il Governo elimini l'articolo 48 e modifichi l'articolo 50 in maniera da limitare la nuova procedura di controllo solo a quelle regioni che finora non hanno attivato gli interventi a riguardo.

Per quanto riguarda i costi per il rinnovo dei contratti in sanità (art. 10, comma 6) le risorse previste sono pari a 550 ml di euro nel 2004 e 275 ml di euro a decorrere dal 2005. Tali somme rappresentano un finanziamento assolutamente sottostimato di tali costi. Inoltre, nella finanziaria non sono previste risorse per il secondo biennio economico dei contratti.

Con riferimento alla spesa in c/capitale per l'edilizia sanitaria, le Regioni sottolineano che lo stanziamento previsto nella Tabella D deve essere integrale rispetto alla quantificazione già formulata nel parere al Dpef 2004-2007, pari a 4.820 ml. di Euro, necessari per completare il quadro finanziario degli investimenti già programmati in attuazione dell'art. 20 della L. 67/88.

Le Regioni Campania, Calabria, Abruzzo, Molise e Sardegna hanno preparato un emendamento per intervenire sui disavanzi delle aziende sanitarie che viene inserito in specifico allegato che rappresenta gli emendamenti proposti da specifiche Regioni

Su tutte le complesse tematiche inerenti il Sociale e la Sanità, all'interno della quale si sottolinea la questione del finanziamento dell'Ospedale Bambin Gesù, si rimanda agli specifici documenti di approfondimento allegati.

Regioni a statuto speciale e Province autonome

Non è prevista alcuna formula generale di coordinamento con gli ordinamenti delle autonomie speciali né di salvaguardia delle prerogative previste dagli statuti e dalle relative norme di attuazione.

Il prolungamento anche per l'anno 2004 dei vincoli per la gestione della cassa nell'ambito del patto di stabilità e la riserva integrale al bilancio dello Stato delle maggiori entrate derivanti dagli strumenti della manovra finanziaria dello Stato per il medesimo anno risultano in contrasto con gli statuti speciali e con le relative norme di attuazione, che per le medesime finalità prevedono procedure e disposizioni specifiche.

Pertanto, ferma restando la piena responsabilità e partecipazione delle autonomie speciali al riequilibrio della finanza pubblica secondo il principio di solidarietà e leale collaborazione, per le Regioni a statuto speciale e le Province autonome si rende necessario, quanto meno:

- a) introdurre nel decreto legge una norma generale di salvaguardia e coordinamento: **"le disposizioni della presente legge sono ap-**

plicabili nelle Regioni a statuto speciale e nelle Province autonome di Trento e di Bolzano compatibilmente con i rispettivi statuti e le relative norme di attuazione";

- b) integrare l'art. 55, comma 2, del Disegno di legge finanziaria 2004 con l'aggiunta delle parole: **"e delle relative norme di attuazione"**.

La Regione Friuli Venezia Giulia ha preparato un emendamento all'art. 49 della legge 289/2002 per l'accertamento sui redditi prodotti all'estero e finanziamento indennizzi ex - Jugoslavia. Tale emendamento viene inserito in specifico allegato riservato agli emendamenti proposti da specifiche Regioni.

Osservazioni su altre misure

- **Patto di stabilità spese personale (art. 10, comma 5):** le Regioni chiedono che la maggior spesa degli oneri del rinnovo del contratto per il biennio 2002-2003 sia esclusa dei livelli di spesa da considerare ai fini del rispetto del patto di stabilità interno così come già previsto per gli Enti locali.
 - **Personale assunzioni (art. 11):** le misure in tema di personale confermano i principi e l'impostazione della finanziaria 2003; concretano interferenza nell'autonomia organizzativa delle Regioni condizionando le politiche regionali in tema di assunzioni ai criteri contenuti nel decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri da emanare previo accordo fra Governo Regioni e Autonomie. Non risulta neppure giustificata, seppur inquadrata nel concorso del sistema delle autonomie al rispetto degli obiettivi di finanza pubblica, la richiesta di un'autocertificazione del rispetto delle disposizioni del patto di stabilità interno ai fini delle assunzioni. In deroga ai limiti sono consentite le assunzioni connesse al passaggio di funzioni e competenze alle Regioni il cui onere sia coperto dai trasferimenti statali compensativi: va evidenziato al riguardo il ritardo nel trasferimento del personale e delle risorse per la compensazione monetaria di quello non trasferito ribadendo la necessità di concludere immediatamente i procedimenti come più volte evidenziato sui tavoli di monitoraggio.
 - **Disciplina delle attività di garanzia (art. 13, comma 25 del Decreto Legge):** le risorse del Fondo di Garanzia costituito presso il Mediocredito centrale S.p.a. sono conferite ad una costituenda società per azioni, sottraendole così ad una gestione "regionalizzata" degli interventi di garanzia a favore dei sistemi regionali delle imprese, così come invece previsto dalle norme sul decentramento amministrativo.
 - **Servizi pubblici locali (art. 14 del decreto legge):** le Regioni propongono un emendamento per tutelare la competenza esclusiva di settore riservata alle Amministrazioni Regionali dall'art. 117 della Costituzione, come modificato dalla legge cost. n. 3/2001. In particolare le Regioni che hanno disciplinato la materia del trasporto pubblico regionale e locale hanno già svolto le gare e aggiudicati i servizi automobilistici di trasporto pubblico locale, e quindi la riforma è in corso di attuazione. L'emendamento proposto intende, da un lato, salvaguardare la disciplina regionale, e, soprattutto, le azioni intraprese dalle Regioni e dagli Enti Locali per aprire il settore al mercato e alla concorrenza, dall'altro è anche volto ad eliminare situazioni di disparità di trattamento tra gli operatori. Infatti, alcune aziende pubbliche locali non sono riuscite ad aggiudicarsi i servizi messi a gara dal proprio Ente e non potranno nemmeno partecipare ad altre gare in quanto gli Enti, avvalendosi delle norme introdotte dal D.L., potranno consentire alle proprie aziende di mantenere l'attuale posizione di monopolio.
 - **Articolo 32 del decreto legge "Condono edilizio":** Alcune Regioni hanno espresso forte contrarietà, ritenendo la norma incostituzionale non solo perché lesiva delle competenze regionali, ma soprattutto perché dannosa rispetto al buon governo e all'equilibrio del territorio, diseducativa per il rispetto della legalità e negativa per la finanza locale.
 - **Articolo 49 del decreto legge "Esternalizzazione di servizi":** le Regioni valutano positivamente tale disposizione e chiedono che la stessa possa essere applicata anche per le esternalizzazioni già effettuate, che non hanno potuto beneficiare di tale agevolazione.
- Infine, le regioni evidenziano la necessità che la legge finanziaria preveda una misura per assicurare alle regioni le risorse aggiuntive relative ai gettiti Irap e Addizionale Regionale all'Irpef, realizzate a seguito del condono fiscale disposto dalla precedente Legge Finanziaria 2003.

RAPPORTO DI LAVORO

Il Lazio cambia rotta sulla reversibilità

L'Assessore alla Sanità Marco Verzaschi ha annunciato un provvedimento regionale per modificare la riforma Bindi e lasciare ai medici la facoltà di scegliere una libera professione "su misura"

Rendere reversibile per i medici la scelta dell'esclusività di rapporto, ribaltando il principio tutt'ora in vigore introdotto dal decreto legislativo 229 del 1999, secondo il quale la fedeltà al servizio sanitario nazionale, vale per la vita. È laproposta dell'assessore alla sanità della Regione Lazio, Marco Verzaschi, il quale ha annunciato che la regione sarebbe pronta a dare il via ad una riforma del Dlgs 229 che impediva qualsiasi ripensamento. "Credo sia un fatto di libertà, ha affermato Verzaschi. Molti medici ce l'avevano chiesto ed era uno dei punti del nostro programma elettorale. Ora stiamo affinando la proposta di delibera che dovrà essere approvata dalla Giunta per poi approdare, a breve, in Consiglio".

Attualmente, secondo una indagine condotta dall'Anaa Assomed a livello aziendale, il 96% dei medici ha optato per l'esclusività di rapporto, ricompensati per questa scelta da una indennità che ammonta ad oltre 500 euro netti mensili. Con l'introduzione della reversibilità, però, questa voce in busta paga non avrà più motivo di esistere, come affermato dalle stesse Regioni, e quindi sarà eliminata dallo stipendio, così come ora la conosciamo. Ma l'annuncio di Verzaschi pone un ulteriore dubbio: può una norma statale (il Dlgs 229/99, noto come "Riforma Bindi") essere modificata per iniziativa regionale? "Abbiamo già verificato l'eventuale incostituzionalità del provvedimento", ha risposto l'assessore del Lazio.

La questione sulla libertà dell'opzione di esclusività era, comunque, già approdata sul tavolo della politica nazionale: dopo essere stata bocciata nella scorsa finanziaria, ha fatto la sua apparizione al Senato sottoforma di disegni di legge. Anche stavolta, però, le proposte sono state terreno di scontro tra maggioranza ed opposizione, secondo la quale, proprio grazie all'irreversibilità, le strutture sanitarie pubbliche

godono di stabilità ed equilibrio organizzativi.

Ecco perché l'opposizione ha messo in atto un forte ostruzionismo, facendo in modo, lo scorso 30 settembre, in commissione Sanità del Senato, di far votare solo 7 dei 40 emendamenti presentati.

Per "sbloccare la contrapposizione frontale", ha spiegato il presidente della commissione Antonio Tomassini, è stata trovata una "mediazione": è stato istituito presso la Commissione sanità di Palazzo Madama "un comitato per fissare una periodicità per l'opzione compatibile con le esigenze programmatiche delle aziende sanitarie" e "condivisa da quanti più gruppi parlamentari possibili". I lavori del comitato sono stati al momento sospesi e riprenderanno dopo che questo ramo del Parlamento avrà licenziato la manovra economica 2004.

In un clima così caldo, le reazioni al provvedimento regionale annunciato da Verzaschi non si sono fatte attendere. Secondo l'ex ministro della Sanità e madre della riforma in vigore, Rosy Bindi, si tratta innanzitutto di un provvedimento "non attuabile perché riguarda l'ordinamento generale e non una disposizione regionale. Ci sono poi delle conseguenze contrattuali pesantissime - ha aggiunto - e immagino che i medici sappiano che non avranno più diritto all'indennità".

Nessuna pregiudiziale alla reversibilità in circostanze ben definite è stata espressa dal segretario nazionale dell'Anaa Assomed Serafino Zucchelli, il quale ha però precisato che "è necessario fermare le iniziative parlamentari e quelle delle Regioni e ripristinare il metodo della concertazione, inaugurato il 7 maggio scorso a Palazzo Chigi con il tavolo a tre Governo, Regioni e associazioni professionali e mai più convocato, quale unico strumento per poter giungere a soluzioni concordate e certe".

Il parere degli Assessori

Chi seguirà il Lazio?

Veneto

Fabio Gava (FI)

Forse

"Il problema è la rinuncia o meno all'indennità e i costi che la scelta del medico comporta per la Regione. Noi, come Veneto, non potremmo sostenerli".

Emilia Romagna

Giovanni Bissoni (DS)

No

"L'Emilia Romagna farà l'opposto. La reversibilità non può agguagliare né maggior efficienza, né maggior trasparenza al sistema sanitario".

Toscana

Enrico Rossi (DS)

No

"Noi pensiamo di mantenere la situazione attuale. Avventurandosi su questa strada, comunque, il Lazio percorre quella zona grigia in cui non è ancora chiaro cosa sia competenza delle Regioni".

Basilicata

Gennaro Straziuso (Margherita)

No

"Le norme del federalismo non permettono ancora provvedimenti regionali di questo genere e, comunque, ritengo che il medico non dovrebbe svolgere attività in competizione con l'ospedale".

Lombardia

Carlo Borsani (AN)

Forse

"È giusto dare ai medici la possibilità di rinnovare la scelta, ma bisogna fare chiarezza sulle condizioni. La sanità è comunque prerogativa del Titolo V, altrimenti le Regioni corrono il rischio di assumersi oneri che non gli spettano".

Puglia

Salvatore Mazzaracchio (FI)

Sì

"La Puglia è pronta a seguire il Lazio una volta superato il nodo del Titolo V su cosa sia competenza delle Regioni. Una riforma sulla reversibilità sarebbe giusta anche a livello nazionale".

Valle D'Aosta

Antonio Fosson (Union Valdotaïne)

No

"È giusto che ci sia separazione tra la scelta di operare nel pubblico e quella di operare nel privato. In questo schema rigido, comunque, non escludo la possibilità di esercitare privatamente all'interno delle strutture pubbliche".

INTERVISTA A RENATO BALDUZZI PROFESSORE STRAORDINARIO DI DIRITTO PARLAMENTARE UNIVERSITÀ DI GENOVA

"La riforma del Titolo V ha ampliato i poteri delle Regioni"

Renato Balduzzi, professore straordinario di Diritto parlamentare all'Università di Genova, interpellato nel merito della costituzionalità della proposta di Verzaschi ritiene che con la modifica del titolo V della Costituzione i poteri delle regioni si sono ampliati. Sul perché, invece, di una simile iniziativa ha una sua idea "si può pensare ad un'azione concertata con lo stesso livello statale per aprire una discussione che si era arenata dopo che le proposte di riforma in questo senso avevano incontrato opposizione da molte parti".

Professor Balduzzi, il Lazio ha preannunciato un'iniziativa destinata a far rumore: reintrodurre la reversibilità. Da un punto di vista giuridico come si inquadra questa proposta?

Non è facile rispondere a questa domanda in maniera secca. Dobbiamo prima cercare di capire cos'è un principio fondamentale, e successivamente chiederci se l'esclusività, così come disegnata dal legislatore, sia un privilegio fondamentale. Con la modifica del titolo V della Costituzione è cambiato molto per le Regioni, si sono ampliati i loro spazi di competenza

tanto da poter considerare che non tutte le disposizioni del 502 costituiscono principi fondamentali in senso restrittivo.

Ma entrando nello specifico della Regione Lazio?

Nel caso di specie la questione è delicata perché l'iniziativa annunciata dal Lazio è destinata ad una serie di commenti in quanto va a toccare non solo il principio sostanziale della normativa ma anche il principio di competenza in quanto l'attuale normativa afferma che questa materia è affidata alla contrattazione collettiva nazionale. È evidente che affermare che la Regione possa con propria norma derogare al modello che la legge nazionale ha stabilito sull'esclusività significa affermare due cose: la prima che non tutto è principio fondamentale, neanche l'esclusività come disegnata dal legislatore statale; ma significa anche un'altra cosa vale a dire negare la competenza esclusiva della contrattazione collettiva nazionale in questa materia e questo apre una serie ulteriore di problemi.

Siamo nel campo delle ipotesi, ma se l'iniziativa dovesse andare avanti come potrebbe reverberarsi sui contratti?

La contrattazione collettiva non può andare contro la normativa statale vigente. Le modalità applicative cui l'art 15 quater fa riferimento, sono quelle applicative del sistema entro cui l'esclusività è stata concepita. Occorre chiedersi fino a che punto la contrattazione collettiva deve stare dentro la norma nazionale? E ancora, fino a che punto le Regioni possono adottare un loro modello di esclusività. La proposta del Lazio affronta questo secondo problema, lo solleva e lo interseca con il primo.

Lei è un giurista non un politico, dal suo punto di vista quali le ragioni di una simile proposta?

I motivi possono essere molteplici, si può pensare ad un'azione concertata con lo stesso livello statale per aprire una discussione che si era arenata dopo che le proposte di riforma in questo senso avevano incontrato opposizione da molte parti. Certo questo sottolinea una cosa importante: le Regioni si ritengono investite, a mio avviso giustamente, di poteri ulteriori rispetto a quelli che avevano prima del titolo V. Questa è un'affermazione difficile da smentire.

LA POSIZIONE DELL'ANAAO ASSOMED SULLE NUOVE MISURE PREVIDENZIALI

Pensioni: una riforma tutta da verificare

Dopo diversi mesi di annunci e di proposte, spesso fra loro contraddittorie e poco credibili, il Governo Berlusconi ha varato la sua riforma del sistema previdenziale.

Il metodo seguito è senz'altro particolarmente odioso e in pratica tendente a delegittimare i veri portatori degli interessi dei lavoratori, in quanto le nuove disposizioni sono state date dapprima in un testo, presentato alle organizzazioni sindacali, che indicava solamente gli obiettivi. Ma, poi, nella stessa serata il Presidente del Consiglio, in una apparizione televisiva a reti unificate, ne esplicitava i termini specifici e definitivi.

Ciò ha determinato una protesta sindacale che si è concretizzata in una unanime proclamazione di uno sciopero generale da parte delle tre grandi organizzazioni sindacali, ed una reazione di tutto il mondo del lavoro.

Un aspetto particolare del provvedimento è che esso si articola su ben tre forme legislative. Alcune norme sono previste in un maxi decreto legge, altre nel contesto della legge finanziaria per il 2004, e, la parte più significativa, in un "emendamento" che sarà proposto nella cosiddetta legge delega, in discussione in Parlamento da circa due anni, e che di conseguenza prevede una serie di decreti legislativi per la sua realizzazione.

I provvedimenti più incisivi dei regimi pensionistici, inoltre, sono previsti a partire dal 2008. Quest'ultimo aspetto può far connotare questa riforma annunciata come uno strumento di convincimento verso l'Unione europea, particolarmente critica per tutti i provvedimenti assunti dal Governo, (sanatorie e condoni una tantum) più che come azione politica immediata.

Ma quest'ultima considerazione non ci esime dal valutare quanto indicato sul problema e di prendere tutte le iniziative sindacali necessarie per salvaguardare il futuro della nostra categoria.

Il punto essenziale della riforma consiste nell'eliminazione delle pensioni d'anzianità. Sono quei trattamenti che si conseguiranno dal 2004 con 35 anni di contribuzione e 57 anni di età anagrafica (n.b. nel 2003 ne bastano 56).

Dal 2008 questi trattamenti sono abrogati e per andare in pensione bisognerà avere almeno 40 anni di contribuzione ovvero 60 anni d'età per le donne e 65 d'età per gli uomini.

E' questa una condizione particolarmente negativa per una categoria, come la nostra e la dirigenza in generale, che entra nel mondo del lavoro tardivamente per il prolungato corso di studi, che, peraltro, dati i costi sempre maggiori, non potrà facilmente essere riscattato.

Inoltre, la dirigenza vede sempre più ridotte le sue condizioni di certezza del rapporto d'impiego con ulteriore preoccupazione per il futuro pensionistico.

La nuova legge prevede, per chi gli attuali limiti (35/57) li conseguirà nel corso del periodo fino al 31 dicembre 2007, la possibi-

lità di ottenere la "certificazione" del loro diritto e andare in pensione, anche dopo il 2008, con le regole attuali.

Per coloro che i requisiti per la pensione d'anzianità dovessero maturarli successivamente al 2007, sarà ancora possibile andare prima dei 40 anni di contribuzione o i 60-65 anni d'età, ma con il calcolo della pensione con il sistema contributivo, marcatamente meno favorevole di quello retributivo, oggi applicato.

Ai più giovani, entrati in servizio dal 1996, e pertanto ricadenti nel sistema contributivo, i criteri d'età oggi previsti per il pensionamento, di almeno 57 anni, vengono innalzati dal 2008 a 60 anni per le donne e 65 anni per gli uomini. Anche in questo caso,

eliminando, così, la pensione d'anzianità. Accanto alle eccezioni sopra riportate, viene introdotto il cosiddetto "bonus" consistente nel versare all'interessato, che abbia raggiunto i limiti per il pensionamento d'anzianità, e ritardi l'uscita, quanto oggi pagato, dallo stesso e dal datore di lavoro, quale contributo previdenziale. Si tratta di circa il 32,7% dello stipendio, che viene previsto e-

sentasse. Ma questo "bonus", altra beffa del provvedimento, nato male e cresciuto ancora peggio, riguarda esplicitamente solo i dipendenti privati, per i pubblici, e quindi anche per i medici del Ssn, bisognerà attendere un confronto delle parti sociali con le Regioni e gli Enti locali, che viene previsto nella legge de-

lega, per cui non si sa quando e se avverrà. Tale voluta incertezza e farraginosità dell'iter fa ritenere che per i dipendenti pubblici non sarà garantito alcun "bonus" economico, ma solo l'obbligo di ulteriori cinque anni di attività lavorativa, prima di poter andare in pensione.

Ricordiamo, per completezza, che coloro che accetteranno di restare con il "bonus" avranno il trattamento pensionistico calcolato con le anzianità maturate al momento dell'opzione.

Accanto a questo versante regolamentare vi

segue a pag 6

Breve guida al pensionamento

Da retributivo a contributivo

Retributivo: La pensione viene calcolata riferendosi allo stipendio:

Quota a) ultimo percepito, per le anzianità di servizio maturate sino al 31/12/1992

Quota b) sulla media degli stipendi degli ultimi dieci anni, per le anzianità successive al 1992

Contributivo:

La pensione viene calcolata attribuendo una percentuale - crescente da 57 anni d'età il 4,72% a 65 anni il 6,13% - al totale dei versamenti prodotti durante tutta la vita lavorativa e rivalutati sulla base dell'incremento quinquennale del Pil

Sono nel sistema **retributivo** coloro che al 31/12/1995 erano in possesso di almeno 18 anni di contribuzione

Sono nel sistema **contributivo** i dipendenti nuovi assunti ad iniziare dal 1° gennaio 1996

Sono nel sistema **misto** coloro che al 31/12/95 avevano meno di 18 anni di contribuzione (per costoro la pensione viene calcolata con il sistema retributivo per le anzianità sino al 1995, con il sistema contributivo per le anzianità maturate successivamente).

Quando si potrà andare in pensione

Nel sistema **retributivo** si può andare in pensione d'anzianità:

con 35 anni di contribuzione e 57 anni d'età

ovvero

con 38 anni di contribuzione nel 2004 e 2005

con 39 anni di contribuzione nel 2006 e 2007

Indipendentemente dall'età

Con 40 anni di contribuzione dal 2008 in pensione di vecchiaia:

con 60 anni d'età per le donne e 65 anni d'età per gli uomini

ovvero

con almeno 40 anni di contribuzione: pensione assimilata alla vecchiaia

Le nuove regole per il sistema retributivo

Sino al 31/12/2007 rimangono gli attuali limiti per le pensioni d'anzianità che, certificati, varranno anche per andare in pensione negli anni futuri

Dal 1° gennaio 2008 per andare in pensione occorreranno 60 anni d'età per le donne e 65 anni d'età per gli uomini

Dal 1/1/2008 sino al 31/12/2015 sarà possibile conseguire la pensione con 57 anni d'età e 35 anni di contribuzione, ma sarà calcolata con il contributivo

Nel sistema **contributivo** si può andare in pensione dall'età di 57 anni ed almeno 5 anni di contribuzione

Le nuove regole per il sistema contributivo

Dal 1° gennaio 2008 occorreranno almeno 60 anni d'età per le donne e 65 anni d'età per gli uomini

INCONTRO SINDACATI - FUNZIONE PUBBLICA

Riforma del lavoro e pubblico impiego: prove di armonizzazione

La Cosmed ha recentemente partecipato al primo incontro tra ministro della Funzione Pubblica e Confederazioni Sindacali del Pubblico Impiego avente per oggetto la valutazione di un possibile trasferimento delle norme in materia di flessibilità e delle nuove tipologie contrattuali contenute nella Legge 30/2003 (Riforma del mercato del lavoro) nel Pubblico Impiego.

Il ministro della Funzione Pubblica, Luigi Mazzeola, nella sua introduzione ha ricordato che, pur se la Legge di Riforma del mercato del lavoro esclude esplicitamente dalla sua sfera di competenza il Pubblico Impiego, tuttavia il Governo ritiene necessario un approfondimento con le organizzazioni sindacali sui temi e sugli effetti delle nuove norme anche al fine di attuare "l'armonizzazione" della nuova legislazione con quella che regola la Pubblica Amministrazione per come riportato all'articolo 86, comma 8 della stessa Legge 30.

Per tali motivi, ha concluso il ministro, è stato deciso di avviare una serie di incontri con i sindacati confederali del Pubblico Impiego a cui segue, in tempi brevi, un mandato al Comitato di Settore di predisporre specifici atti di indirizzo che, approvati dal Governo, saranno poi rimandati all'Aran per l'avvio delle consultazioni con le organizzazioni sindacali.

Nelle repliche delle maggiori Confederazioni Sindacali del Pubblico Impiego presenti al tavolo sono emerse delle posizioni comuni che bene rappresentano tutte le perplessità ed i timori già conosciuti ed espressi sul tema:

- è stato avviato un tavolo presso il ministero del Lavoro sui temi proposti oggi dal ministero della Funzione pubblica. Questo sovrapporsi di iniziative tra Ministeri può determinare una confusione di ruoli ed un conflitto di competenza. E' pregiudiziale fare chiarezza da parte del Governo su quale realmente sia il tavolo di confronto (*a nostro parere è il ministero della Funzione Pubblica il luogo appropriato, per le sue competenze, a tale confronto*).
- Alcune norme di flessibilità del lavoro sono già

applicate con diverse modalità nei contratti di lavoro ed in ogni caso è il tavolo contrattuale la sede naturale nella quale affrontare l'argomento settore per settore.

- La flessibilità e le nuove tipologie contrattuali non si addicono al servizio pubblico che per la sua naturale autonomia deve essere imparziale e trasparente e perché l'accesso alla Pubblica Amministrazione, in base alle vigenti disposizioni legislative in materia, non può che essere regolato da pubblico concorso.
- E' motivo di preoccupazione un eccessivo interesse (alcuni hanno parlato espressamente di "fibrillazione") da parte delle Amministrazioni dello Stato alle nuove tipologie contrattuali come se si perseguissero intenti che mal si addicono alla complessità e al mandato del servizio pubblico. A tale proposito è espressamente indicata come esempio la Sanità.
- Gli Atti di indirizzo che il Governo si prepara a presentare devono essere il meno vincolanti possibile al fine di favorire il massimo dialogo e la massima duttilità, indispensabile a rappresentare le specificità dei vari settori del Pubblico Impiego.

La Cosmed, nel suo intervento, ha evidenziato come già nella Finanziaria in discussione siano state introdotte delle norme, quali ad esempio il ricorso ai contratti di lavoro a progetto per sostituire i contratti di collaborazione coordinata e continuativa (Co.Co.Co.), il che indica un comportamento incoerente e contraddittorio da parte del Governo, che da una parte sostiene la preventiva discussione con le Oo.Ss. delle norme della Riforme del Lavoro applicabili nel Pubblico Impiego e dall'altra procede legiferando autonomamente al di fuori del confronto sindacale.

Nell'esprimere la propria contrarietà a questa prassi più volte seguita da parte del Governo, la Cosmed ha chiesto che sia unicamente il tavolo con l'Aran la sede idonea per un confronto e le possibili scelte operative.

La Cosmed ha sostenuto, inoltre, che due sono le

priorità per la Dirigenza Medica:

1. La regolarizzazione dei contratti atipici (Co.Co.Co.) che si moltiplicano in modo incontrollato negli ospedali e che limitano l'autonomia professionale, mortificando il ruolo del medico ed indebolendone i diritti; ciò comporterà forti ricadute negative sull'organizzazione del lavoro e, di conseguenza, una riduzione dei livelli qualitativi assistenziali.
2. Il contratto di apprendistato professionale, a cui fa riferimento la Legge 30/2003, opportunamente modulato al mondo sanitario, può costituire una condizione utile all'inserimento per la formazione degli Specializzandi negli ospedali.

A margine della seduta la Cosmed ha colto l'occasione per denunciare l'inaccettabile ritardo dell'applicazione delle code contrattuali e del pagamento del differenziale inflattivo il cui relativo accordo integrativo contrattuale (c.d. code) si è smarrito negli Uffici dei vari Ministeri competenti, procurando ai Medici sia un danno economico che un vuoto normativo.

Nella sua replica conclusiva il ministro ha preso atto delle precisazioni riportate nei vari interventi e ha dichiarato che chiarirà al più presto, con una nota ufficiale, quale sia il ministero competente alla consultazione con le Oo.Ss. sulla legge 30/2003. Ha dichiarato, infine, di non avere responsabilità dovute ai suoi uffici circa il ritardo denunciato dalla Cosmed riguardo l'approvazione delle code contrattuali.

In conclusione l'impressione riportata è sempre la stessa: confusione di ruoli, scarso rispetto delle rappresentanze sindacali del mondo del lavoro, improvvisazione dei contenuti oggetto della discussione, che spesso sono solo la giustificazione formale ad interventi legislativi unilaterali e già decisi da parte del Governo.

Oggi . . . "così è, se vi pare" e, purtroppo, anche se non vi pare.

Domenico Iscaro
Gianluigi Scaffidi

Vice Segretari Nazionali Anaao Assomed

segue da pag 5

sono però altri interventi di cui dobbiamo essere consapevoli anche se sono spesso scritti in forma criptica.

Il più importante, e che potrà danneggiare maggiormente i medici più vicini alla pensione, è la previsione di "eliminare sperequazioni tra le varie gestioni pensionistiche nel calcolo della pensione, al fine di ottenere, a parità di anzianità contributiva e di retribuzione pensionabile, uguali trattamenti pensionistici". Si tratta di quanto già pro-

posto nel recente passato con una certa enfasi e poi apparentemente accantonato, cioè di modificare il sistema dell'attuale calcolo pensionistico per la quota, cosiddetta a) relativa alle anzianità maturate sino al 31/12/1992 - oggi previsto con riferimento all'ultimo stipendio in godimento - e omogeneizzarlo a quanto avviene per i dipendenti privati, dove tale quota, viene calcolata, invece, sulla media degli stipendi degli ultimi 5 anni di attività.

La perdita prevedibile, per ogni singolo medico, va da un 15 a più del 20 per cento del trattamento che invece si avrebbe a sistema non omogeneizzato!

Un altro provvedimento, che possiamo definire solamente populista per la misera ricaduta economica verso lo Stato, è l'introduzione di un prelievo straordinario, per tre anni, del 3 per cento sulle pensioni con importo superiore a circa 15 mila euro mensili lordi e un tetto, dal 2004, alle pensioni massime dello stesso importo. Non si comprende perché chi ha versato elevati contributi debba, poi, avere una decurtazione di quanto legittimamente gli spetta, quale fosse un profittatore, ricordando, peraltro, che i coefficienti di rendimento si riducono fortemente per le retribuzioni leggermente più elevate: al 2% passano a 0,90% per anno di contribuzione, per sti-

pendi eccedenti i 60.000 euro annui. Infine una piccola ulteriore beffa riguarda, in particolare, quanto ci è stato da anni negato, cioè il riconoscimento dei vantaggi per coloro che furono nel 1993 inclusi nelle specialità soggette ad attività usuranti.

Ancora una volta ne viene prevista l'attuazione, ma continua ad essere solamente un auspicio e nulla di più. È necessario per quanto esposto una mobilitazione di tutta la categoria ed una costante attenzione all'evoluzione dei provvedimenti, prima di tutto la legge finanziaria, al fine di intervenire per impedire i gravi danni possibili.

Claudio Testuzza

CONVEGNO NAZIONALE FONDAZIONE "PIETRO PACI" ONLUS

Ssn e facoltà di medicina: una integrazione possibile?

di Costantino Troise *

Il 4 ottobre scorso si è svolto a Firenze il Seminario di studio "Ssn e Università: una integrazione possibile?" promosso dalla Fondazione Pietro Paci in collaborazione con il Centro studi Anaao Assomed. Il convegno ha analizzato il rapporto tra Ssn e Facoltà di Medicina che si trova oggi ad un passaggio critico che non può avvenire nella indifferenza generale.

La relazione introduttiva ha analizzato le ragioni che hanno trasformato la storia dei rapporti tra Facoltà di Medicina e Ospedali in storia di frizioni, conflittualità latente o manifesta, contenziosi infiniti tra due istituzioni fortemente caratterizzate e in aperta concorrenza su molti fronti.

L'evoluzione normativa ha costruito un intrico di norme spesso contraddittorie ed incoerenti dal quale nascono i conflitti e i problemi tra Ssn e Università derivanti ovviamente da finalità diverse tra i due sistemi, ma anche da scelte generali e da ritardi politici. La Legge 419/98 ed il successivo Dlgs 517/99 hanno tentato di armonizzare i due sistemi prevedendo la costituzione per un periodo transitorio di quattro anni di aziende ospedaliere-universitarie integrate con il Ssn per gli ex policlinici e di aziende ospedaliere integrate con l'Università per le ex aziende miste, lasciando nel vago a quale tipologia si voglia fare riferimento a regime.

Il peccato originale che segna la vicenda di molte Facoltà mediche ed il loro rapporto con il Ssn è legato alla loro crescita tumultuosa, (oggi si contano 38 sedi attive), verificatasi nell'ultimo trentennio sull'onda del boom delle iscrizioni che aprirono la strada alla "università di massa", sorretta da spinte campanilistiche forti che si sono facilmente intrecciate con le spinte del corpo accademico delle sedi storiche viciniori che ha colto nelle Facoltà di nuova istituzione inaspettate possibilità di espansione per le proprie cordate di allievi.

La penuria dei mezzi e la stessa espansione numerica delle sedi non hanno, infatti, consentito alle Facoltà di dotarsi di complessi assistenziali omogenei sia per personale che per impostazione, quali i Policlinici a gestione diretta, per cui esse hanno scelto la strada, apparentemente più agevole, dell'utilizzo delle strutture e del personale del Ssn con una logica, però, non di integrazione ma di tipo colonialistico. La presenza di differenze nell'ambito di figure che svolgono mansioni assistenziali simili e nello stesso ambiente non può che determinare frizioni.

Oggi i due sistemi vivono di fatto estranei l'uno all'altro, scarsamente permeabili, con personale separato da prerogative e compiti differenti, in una condizione di concorrenzialità che rende sempre teso il rapporto e difficile la collaborazione.

Le convenzioni regionali ed attuative locali hanno mostrato limiti nella gestione corrente offrendo nella migliore delle ipotesi un modello di equilibrio ottenuto a prezzo di diseconomiche duplicazioni delle funzioni, con risultati costosi e scarsamente produttivi in termini assistenziali e formativi.

Nell'ultimo decennio la contrazione delle risorse disponibili e la applicazione di sistemi restrittivi e di controllo, hanno acuito il contrasto riducendo gli spazi su cui era possibile in passato effettuare le mediazioni.

La crescita delle Facoltà ha portato ad una progressiva occupazione degli spazi ospedalieri e la didattica è stata utilizzata come grimaldello per l'accesso alla direzione di strutture assistenziali. La clinicizzazione delle strutture ospedaliere trova nuova linfa nella normativa in vigore e nei protocolli di intesa con le Regioni finora adottati.

La assenza di norme, o il loro mancato rispetto, che stabi-

liscano, in maniera cogente, trasparente e condivisa, la quota dell'assistenza, espressa in dotazione strutturale ed articolazione organizzativa, necessaria all'esplicazione della funzione didattica e di ricerca in rapporto al numero dei docenti, rende indefiniti e minacciosi i confini della presenza universitaria entro le strutture del Ssn. Tale vaghezza dei limiti, fissati, e spostati, di volta in volta in sede regionale, ove l'intero piano sanitario rischia di venire piegato alle esigenze della Università e gli Assessori accettano di dividere il loro potere di programmazione sanitaria con i Rettori, costituisce una mina vagante all'interno della organizzazione delle Aziende Integrate.

Ulteriori contenziosi sono legati al fatto che la previsione normativa di dover rispondere, attraverso le famigerate convenzioni con le Regioni, alle esigenze della formazione post-laurea in strutture del Ssn è stata sostanzialmente disattesa essendo noto che gli specializzandi costituiscono un'importante, ancorché occulta, risorsa delle strutture universitarie, in grado di assicurare i volumi produttivi che ne giustificano l'esistenza. L'apporto del personale laureato ospedaliero, previsto dal Dlgs n. 502 del 1992, appare ancora di scarsa rilevanza quali-quantitativa risentendo verosimilmente sia della "parsimoniosa" applicazione di parte universitaria, e regionale, dell'articolo 6 di tale decreto, sia dell'assenza di elementi incentivanti, in termini economici e di carriera, per coloro che intendano svolgere una funzione oltre che assistenziale anche didattica.

La progressiva occupazione degli spazi, e delle carriere, ospedaliere con una politica colonizzatrice che sembra non conoscere ostacoli finendo con il superare le mura, ed il concetto, dell'Ospedale di riferimento, ha trovato lo strumento giuridico nelle Linee guida dei rapporti convenzionali di cui al Dpcm del 24/5/2001 ma viene consentita, quando non favorita, dalla acquiescenza delle Regioni nella amnesia collettiva del core business dell'Università costituito dalla didattica e dalla ricerca.

Se nessuno mette in discussione che formazione del medico e ricerca clinica non possono essere disgiunte dalla pratica medico-assistenziale, deve essere chiaro quanta e quale sia l'assistenza necessaria allo svolgimento ottimale delle suddette attività, anche per evitare che l'Università continui a comportarsi, nella indifferenza quando non complicità di amministratori e politici, come variabile indipendente del sistema.

Le soluzioni più logiche a questo cumulo di problemi potrebbero essere quella di strutture a gestione universitaria ove personale docente esplicitamente la attività sanitaria, oppure, determinando un vero salto di qualità, lo scorporo della Facoltà di Medicina dal sistema universitario e l'attribuzione delle competenze relative alla formazione sanitaria al Ssn come avviene nei paesi anglosassoni.

Ma soluzioni radicali non sembrano realizzabile in tempi brevi per cui l'unica via praticabile nella generalità del territorio nazionale è quella dei complessi misti, come peraltro delineato dal Dlgs 517/99, individuando le necessarie condizioni.

Un nuovo modello organizzativo deve mostrarsi, innanzitutto, capace di delimitare gli spazi assistenziali per la formazione medica utilizzando l'elemento più innovativo del Dl 517/99, e cioè la rottura della equazione ordinario convenzionato-primario-unità operativa causa prima della crescita incontrollata del numero delle unità operative e dei posti letto a direzione universitaria e dei conseguenti conflitti territoriali.

La pratica di continuare ad eludere in maniera sostanziale o attraverso interpretazioni di favore la necessità di indivi-

duare parametri capaci di definire la tipologia e la quantità dell'assistenza necessaria alla didattica del corso di laurea lascia aperta la strada a tentativi di mantenere l'esistente forzando l'Atto aziendale verso la mera ricognizione del dato storico o della ratifica di assetti di potere interno prescindendo da finalità e contenuti di un qualche interesse aziendale.

Occorre anche ovviare alla carenza più macroscopica del Dlgs 517/99 prevedendo una ridefinizione del ruolo del personale ospedaliero medico nei complessi integrati. Se ad essi si vuole garantire una reale e duratura efficacia il personale ospedaliero deve potere affiancare al compito assistenziale anche una funzione finalmente riconosciuta nell'ambito didattico e della ricerca, prevedendo la destinazione a tali incombenze di parte del monte orario e la corresponsione di una quota retributiva dedicata.

La realizzazione di un nuovo modello organizzativo potrebbe essere favorita dalla identificazione di un diverso livello di governo costituito da una pluralità di soggetti istituzionali, comprendente anche l'Università, che superi la attuale monocraticità della figura del Direttore Generale, ed il suo esistenziale conflitto di interessi. Tanto più che oggi le stesse modalità di nomina del Direttore Generale delle Aziende Miste privano il personale ospedaliero di un riferimento super partes politico-gestionale.

Gli interventi

Pier Roberto Mioli ha fornito una lettura a doppio specchio della normativa attuale che dimostra come le regole vigenti non siano in grado di accontentare nessuno e siano fonte di insoddisfazione per entrambe le componenti. Se gli ospedalieri lamentano una progressiva clinicizzazione delle strutture del servizio sanitario, gli universitari ritengono che la normativa si è talvolta risolta in una sovrapposizione dello stato giuridico ospedaliero sullo stato giuridico universitario (con il rischio di andare incontro a pronunce di incostituzionalità).

Dopo che **Luciano Gabbani** ha illustrato gli assetti istituzionali peculiari delle nuove Aziende Integrate soffermandosi in particolare sui contenuti dell'atto aziendale della Azienda di Careggi e dimostrando come una forte e responsabile iniziativa sindacale sia riuscita a definire un testo che supera in qualche modo lo stesso assetto normativo, **Salvatore Calabrese** ha esposto gli aspetti retributivi vigenti ed i rischi di un possibile differenziale economico a danno dei medici ospedalieri.

Giancarlo Berni ha trattato dell'ospedale di insegnamento sottolineando l'urgenza di iniziare una discussione sui futuri luoghi della didattica medica ragionando sull'opportunità di prendere in considerazione nuovi contenitori ove la preparazione teorica sia immediatamente embricata nella attività pratica con un rapporto docente discente diretto e capillare, in cui le funzioni tutoriali sul campo accompagnino e completino le conoscenze teoriche acquisite in aula. Tali contenitori, che potrebbero identificarsi negli "Ospedali d'Insegnamento", potrebbero al loro interno realizzare un modello integrato d'insegnamento clinico, di ricerca medica e di assistenza. **Enrico Reginato** ha illustrato una panoramica della situazione della formazione post-laurea a livello della Cee dalla quale è risultato che solo in Italia e Francia l'Università controlla l'accesso alle specializzazioni e solo in Italia la formazione avviene quasi esclusivamente nel-

segue a pag 16

RAPPORTO CEIS SANITÀ 2003

La sfida tra economia e assistenza di qualità

Presentato il primo Rapporto Sanità prodotto dal Centro di studi internazionali sull'economia e sullo sviluppo (Ceis) di Tor Vergata. L'attenzione dello studio è stata posta su fenomeni e fattori politici, sociali, professionali e istituzionali da cui dipende l'efficacia e l'efficienza dei servizi sanitari e quindi la salute degli italiani.

Spesa sanitaria, la sua evoluzione tendenziale, il rapporto tra spesa privata e spesa pubblica, federalismo e Lea, questi gli elementi che compongono il puzzle del Ceis

di Lucia Conti

Analizzare la gestione economica della sanità per comprendere in che modo realizzare un "ragionevole" incontro tra bisogni e risorse. Questo l'obiettivo del primo "Rapporto Sanità" realizzato dal Centro di studi internazionali sull'economia e sullo sviluppo (Ceis) di Tor Vergata, in collaborazione con il Gruppo Italtel, e presentato lo scorso 14 ottobre a Roma.

Con l'istituzione del Laboratorio di ricerca sull'Economia Sanitaria (Laref), il Ceis ha voluto infatti concentrare la sua attenzione sull'insieme di fenomeni e fattori politici, sociali, professionali e istituzionali dalla cui amalgama dipende l'efficacia e l'efficienza dei servizi sanitari e, di conseguenza, la salute dei cittadini.

Un'analisi, quindi, che si affaccia sul panorama microeconomico delle risorse italiane e della loro utilizzazione in sanità, così da individuare le strategie politiche più valide per la soluzione dei problemi urgenti e rafforzare la conoscenza delle variabili che determinano nel futuro l'evoluzione di tali problemi.

È nato così il "Rapporto Sanità": 220 pagine che parlano dalla spesa sanitaria pubblica e privata; si soffer-

mano sulla politica sanitaria federale; valutano la qualità delle prestazioni erogate; affrontano la questione socio-sanitaria dell'assistenza agli anziani e ai non autosufficienti; forniscono, infine, un quadro dei sistemi sanitari internazionali, in particolare inglese, tedesco e americano.

La sfida dei policy maker rimane il difficile accordo tra i bisogni dei pazienti, che chiedono sempre più efficacia e qualità, e le risorse disponibili, sempre più scarse a causa soprattutto del difficile andamento dell'economia mondiale. Una sfida affrontata dal Ceis anche con modelli econometrici per fornire, attraverso delle simulazioni, informazioni sulla possibile dinamica della spesa pubblica italiana nel breve e nel medio periodo.

Secondo questi modelli, la spesa sanitaria pubblica avrà un'evoluzione tendenziale che comporterà, nella migliore delle ipotesi, un disavanzo di 6 milioni di Euro già nel 2004. Per mantenere allineata la spesa con il finanziamento pubblico, sarebbe necessario introdurre forme di compartecipazione (come i ticket) per 7 miliardi di Euro, con evidenti impatti sulla quota di

spesa privata. A livello regionale, la quota di compartecipazione pro-capite alla spesa sanitaria, necessario per coprire i disavanzi, arriverà così a variare da un massimo di circa 90 Euro della Liguria ad un minimo di 75 Euro di Puglia e Campania.

La sanità, comunque, risulta già più salata per anziani e famiglie a basso reddito: in soli 5 anni gli over 65 hanno visto aumentare di un terzo le spese in farmaci non rimborsabili dal servizio pubblico, ticket e ricoveri, mentre per le famiglie a basso reddito c'è stato un aumento medio del 9%. Nel caso degli anziani, in particolare, per i single la spesa media pro-capite mensile è aumentata da 87 euro nel 1997 a oltre 116 nel 2001; nel caso di coppie anziane si è passati da 124 euro a 162.

Con un'ulteriore analisi econometrica, il Ceis ha indagato gli effetti delle politiche sanitarie sulla spesa privata, rilevando che, con la riforma varata nel 1992, il rapporto tra spesa privata e spesa pubblica, che prima era del 20%, sale a circa il 30% a partire dal 1995. La tendenza degli individui con redditi relativamente più elevati ad accedere maggiormente al settore pri-

Posti letto, personale, tagli previsti e retribuzioni medie

REGIONE	POSTI LETTO	PERSONALE	RETRIBUZIONE MEDIA	FONTE PSR	TAGLI PREVISTI
Valle D'Aosta	492	1.172	2.346	2002-2004	NO
Piemonte	22.856	51.734	2.246	2002-2004	1.200
Prov. Trento	2.982	6.450	2.284	2002-2004	NO
Prov. Bolzano	2.450	6.772	2.710	2003-2005	200
Lombardia	50.032	95.675	2.072	2002-2004	5.400
Friuli V.G.	6.715	16.414	2.027	2000-2002	NO
Veneto	24.081	54.188	2.183	1996-1998	Non definiti
Liguria	8.742	20.334	2.016	2002-2004	Non definiti
Emilia Romagna	22.303	50.406	2.273	2000-2002	Non definiti
Toscana	17.932	45.616	2.229	2000-2002	10.600
Marche	7.706	16.4500	2.244	2000-2002	1.400
Umbria	3.977	10.236	2.277	2003-2005	Non definiti
Lazio	32.598	47.082	2.209	2003-2005	3.000
Abruzzo	6.136	14.490	2.195	1999-2001	Non definiti
Molise	1.598	3.733	2.228	2003-2005	???
Campania	22.079	52.442	2.351	2002-2004	Non definiti
Basilicata	2.629	5.774	2.613	2003-2005	Non definiti
Calabria	9.915	22.478	2.182	2002-2004	Non definiti
Puglia	20.016	37.407	2.115	2002-2004	Non definiti
Sicilia	21.200	46.949	2.187	2002-2004	4.000
Sardegna	9.370	20.542	2.128	1999-2001	Non definiti
ITALIA	295.809	626.344	2.210	2002-2004	

Tetti effettivi di spesa farmaceutica

REGIONE	SPESA 2001 (ACCORDO STATO-REGIONI TETTO 13%)	SPESA GEN-NOV 2002
PIEMONTE	14,03%	12,27%
VALLE D'AOSTA	13,41%	12,65%
LOMBARDIA	14,31%	14,08%
BOLZANO	12,37%	11,92%
TRENTO	12,02%	11,38%
VENETO	13,86%	12,69%
FRIULI V.G.	12,98%	12,60%
LIGURIA	16,22%	14,02%
EMILIA ROMAGNA	13,77%	13,34%
TOSCANA	14,16%	13,14%
UMBRIA	14,72%	13,76%
MARCHE	15,43%	14,96%
LAZIO	19,10%	17,56%
ABRUZZO	17,08%	16,01%
MOLISE	15,08%	14,73%
MOLISE	15,08%	14,73%
PUGLIA	17,54%	15,92%
BASILICATA	15,73%	15,54%
CALABRIA	17,61%	16,25%
SICILIA	19,09%	17,72%
SARDEGNA	16,35%	15,34%

vato, pur potendo utilizzare quello pubblico, mette quindi in luce un potenziale rischio per la tenuta del sistema: se l'aumento della spesa sanitaria pubblica porterà sensibili aumenti di contribuzione non legati alle prestazioni ottenute, una parte della popolazione potrebbe spingere verso riforme sanitarie che prevedano la possibilità di opting out (fuoriuscita dal sistema pubblico), con le ovvie conseguenze negative in termini di finanziamento del sistema. In pratica si potrebbe assistere alla formazione di un sistema sanitario pubblico che fornirebbe prestazioni ai meno abbienti e ad un rafforzamento del settore privato destinato a dispensare servizi alle fasce più ricche.

Riguardo il federalismo, il "Rapporto" mette in evidenza come il diverso effetto demografico condizionerà i bisogni sanitari delle Regioni, sollevando qualche perplessità sull'utilità di stabilire un tetto di riferimento nazionale per i posti letto. Analoghe perplessità valgono per la scelta di adottare un tetto unico per la spesa farmaceutica. Queste limitazioni, secondo la ricerca, non sono coerenti con la struttura demografica e in particolare con il maggiore peso della popolazione anziana in alcune Regioni.

Per quanto concerne i risparmi sul personale ospedaliero, il "Rapporto" stima una riduzione di quasi 130.000 unità fra medici, infermieri e personale amministrativo e ausiliario. Appare ovvio, però, che tali tagli avrebbero ripercussioni sociali ed economiche sui sistemi economici regionali difficilmente gestibili. A fronte dei "potenziali" risparmi, inoltre, secondo il Ceis si può prevedere una tendenziale crescita dei costi stimabile in oltre il 13% in 15 anni. Tale aumento è attribuibile alla crescita della popolazione per una quota minima pari all'1,35%, all'aumento della degenza media per un'ulteriore quota di poco inferiore al punto percentuale, e per la maggior parte (circa due terzi dell'incremento) alla modifica del case mix, dovuto all'invecchiamento della popolazione in carenza di drastiche modifiche nelle modalità di assistenza agli anziani.

Ecco allora che ci si inoltra nella questione della tutela della popolazione non autosufficiente, per la quale il "Rapporto" apre la strada alle ipotesi di assistenza accomunate a quelle sanitarie e quindi all'abbattimento della rigida separazione fra prestazioni sanitarie e sociali. La ricerca, quindi, si sofferma a riflettere sui Lea. In

particolare, secondo il Ceis la programmazione sanitaria in questo campo si è occupata di analizzare i bisogni ma raramente si è preoccupata di valutare l'esito delle prestazioni erogate, limitando l'analisi sull'aspetto dell'offerta e dei costi. In un assetto federalista, sottolinea invece il "Rapporto", diventa necessario sviluppare un monitoraggio sempre più orientato alla soddisfazione del paziente e alla riduzione delle disuguaglianze regionali.

Un capitolo è infine dedicato alla comunicazione e informazione nel Servizio sanitario nazionale, dal quale emerge che, mentre nelle politiche sanitarie internazionali continua a crescere la consapevolezza dell'importanza dell'informazione sanitaria per un corretto funzionamento dei mercati e per il perseguimento dell'appropriatezza delle risposte assistenziali, in Italia, malgrado le affermazioni di principio, l'evoluzione della comunicazione sanitaria appare non adeguatamente governata. Essa è infatti lasciata per lo più ad alcune iniziative spontanee a livello locale e ministeriale, ma con uno scarso coordinamento tra i dicasteri e limitatamente all'educazione agli stili di vita più salutari.

LA TAVOLA ROTONDA GUIDATA DA MARIO PIRANI PER LA PRESENTAZIONE DEL RAPPORTO 2003 CEIS - TOR VERGATA

Quando gli economisti non pensano solo ai conti

di Eva Antoniotti

Proprio mentre si discute la legge Finanziaria per il 2004 e si muovono i primi passi per il rinnovo degli accordi di lavoro dei medici convenzionati con il Ssn (ma non si muove nulla in vista del rinnovo del Ccnl della dirigenza!), la presentazione del Rapporto Ceis -Tor Vergata è stata un'occasione per discutere della situazione della sanità italiana, dei suoi conti perennemente in rosso, dei cambiamenti che l'hanno investita in questi anni, tra politici, esperti e rappresentanti dei sindacati medici e delle associazioni del settore. Gli ospiti sono stati guidati nella discussione da un giornalista appassionato come **Mario Pirani**, difficilmente riconducibile al ruolo di "moderatore", ma che ha invece punteggiato l'incontro di riflessioni critiche intorno al mondo della sanità, come fa spesso anche dalle colonne de *La Repubblica*.

Per non smentire il proprio ruolo di polemista, Pirani ha aperto la tavola rotonda, che seguiva l'illustrazione del Rapporto condotta da **Federico Spandonaro**, ricercatore della facoltà di Economia dell'Università di Tor Vergata sottolineando "i rischi di una sanità governata dagli economisti con logiche ragionieristiche". Una considerazione al limite della provocazione, se fatta alla presentazione di uno studio condotto da economisti per conoscere lo stato della sanità italiana sotto il profilo dei conti e dei bilanci, anche se Mario Pirani ha poi aggiunto di aver accettato di partecipare proprio perché "il lavoro del Ceis ha una visione più larga" e dunque più vicina alla sua proposta secondo la quale "occorre individuare i bisogni, a cominciare dalla prevenzione, per poi definire risorse adeguate, ribaltando la logica che parte invece dalle disponibilità finanziarie".

Concorde con la valutazione del giornalista, anche la responsabile Welfare dei Ds, **Livia Turco**, secondo la quale il Rapporto Ceis è "una ricerca che considera gli effetti dei sistemi sanitari sulla salute dei cittadini" e che dunque supera una visione "economicista" in senso deteriore. Le preoccupazioni maggiori, secondo la Turco, sono quelle prodotte dai dati del capitolo sul federalismo sanitario che mostra come la sua accelerazione in questi ultimi anni abbia avuto "effetti negativi sull'equità della distribuzione". La risposta del governo a queste considerazioni è stata data, a distanza, da **Cesare Cursi**, sottosegretario alla Salute, che ha commentato l'iniziativa pur non potendo partecipare al dibattito. "Proprio per contrastare queste differenze - ha dichiarato infatti Cursi - il governo ha messo a punto, con un impegno notevole, il decreto sui Lea, con il quale si fissano le prestazioni sanitarie che devono essere garantite in tutto il territorio nazionale. Ora, in Conferenza Stato-Regioni, stiamo lavorando alla ricerca di un accordo che vincoli tutte le Regioni ad erogare effettivamente i Lea ai propri cittadini, pensando anche alla possibilità di introdurre forme di penalizzazione verso le Regioni inadempienti". Ma preoccupato per gli effetti del federalismo si è detto anche **Serafino Zucchelli**, che ha sottolineato come questa scelta abbia nei fatti "aumentato le differenze fra i cittadini, portando ad una regressione del-

la tutela del diritto alla salute". "Siamo di fronte a scelte politiche non meditate, né adeguatamente informate - ha proseguito il segretario nazionale dell'Anao Assomed - dettate dalla fretta o da una precisa volontà di smantellare il Ssn senza dichiararlo apertamente". Per questo, secondo Zucchelli, l'obiettivo da porsi in questo momento non è quello di "cambiare il sistema, ma alimentarlo in maniera sufficiente", perché "il livello della spesa pubblica in Italia è troppo basso e anche la Corte dei Conti ha detto che le risorse destinate alla sanità sono insufficienti per garantire i Lea". Una valutazione pragmatica e condivisa dal segretario nazionale della Fimmg, **Mario Falconi**, secondo il quale "la scarsità di risorse costringe a preannunciare una prognosi infausta sul futuro del Ssn". Per evitare che questa prognosi si concretizzi, Falconi ha invitato il Governo "a mettere da parte i progetti del ponte sullo stretto di Messina e a investire in sanità", richiamando soprattutto le necessità di assistenza agli anziani, tema sul quale "la politica, pur sapendo quello che stava succedendo, è arrivata in ritardo all'appuntamento con la storia". In rappresentanza delle strutture sanitarie private convenzionate con il Ssn è intervenuto al dibattito **Vittorio Cavaceppi**, presidente dell'Anisap (Associazione nazionale istituzioni sanitarie ambulatoriali private), che si è dichiarato "d'accordo su universalità e solidarietà, ma occorre ricordare che l'erogazione dei servizi ai cittadini può anche avvenire in forma mista, attraverso strutture pubbliche e private". Cavaceppi ha poi ricordato come in Italia si registrino attualmente circa 40 miliardi di euro all'anno di spesa sanitaria privata, una somma di denaro che potrebbe essere governata meglio se convogliata verso sistemi mutualistici o assicurativi. Su come valorizzare le risorse pubbliche e private in sanità è poi tornato anche **Luigi Paganetto**, preside della facoltà di Economia dell'Università di Tor Vergata all'interno della quale è sorto il Ceis, che ha spiegato le ragioni che hanno motivato questo gruppo di lavoro. Secondo Paganetto, "gli economisti possono contribuire ad educare il più possibile il rapporto tra domanda e offerta in sanità", prefigurando scenari e soluzioni da sottoporre anche ai "politici che spesso trascurano, nella ricerca del consenso, sia la visione d'insieme del sistema, sia le urgenze espresse dai cittadini più bisognosi". Il richiamo da parte di Paganetto al modello olandese, Paese in cui il 70% dei cittadini sottoscrive un'assicurazione sanitaria obbligatoria che integra i servizi garantiti dalla sanità pubblica, ha riaperto la discussione tra i partecipanti alla tavola rotonda, molti dei quali si sono detti preoccupati per il profilarsi di un ritorno alle mutualità differenziate e, in sostanza, ad una sanità a due velocità, una pubblica e "minima" riservata ai più poveri e l'altra accessibile solo a chi può sostenere l'onere di polizze assicurative costose. E anche chi può permettersi un'assicurazione sanitaria, arrivato a una certa età, viene poco elegantemente 'scaricato' dalla sua compagnia assicurativa, come ha ricordato in conclusione dell'incontro anche Mario Pirani, citando la sua esperienza personale.

Liguria

LA SANITÀ DELLA REGIONE LIGURIA

Può bastare un nuovo Psr?

di Stefano Simoni

CON LA LIGURIA RICOMINCIA LO SPECIALE DI "DIRIGENZA MEDICA" DEDICATO ALLE REALTÀ SANITARIE DELLE VARIE REGIONI ITALIANE.

LA LIGURIA È UN TERRITORIO CHE PRESENTA VARI ELEMENTI DI CRITICITÀ. PER COMINCIARE: QUEST'ESTATE HA PAGATO UNO DEI PREZZI PIÙ ELEVATI IN TERMINI DI VITE UMANE NEL RAPPORTO CALDO-POPOLAZIONE ANZIANA; IL BILANCIO, NONOSTANTE L'INTRODUZIONE DEI TICKET, CONTINUA AD ESSERE IN PASSIVO; IL NUMERO DEI RICOVERI INAPPROPRIATI È DECISAMENTE TROPPO ELEVATO. A QUESTI PROBLEMI CERCA DI OFFRIRE SOLUZIONE IL NUOVO PIANO SANITARIO REGIONALE CHE MIRA, TRA L'ALTRO, A VALORIZZARE IL RUOLO DELL'OSPEDALE ATTRAVERSO UNA NUOVA DEFINIZIONE DEL TERRITORIO E DEI DISTRETTI

La sanità della Liguria cerca di darsi un nuovo volto. Il Piano sanitario regionale 2003-2005 è stato adottato in Giunta e presto verrà portato in Consiglio, gli obiettivi che si pone sono riassumibili in poche parole: innovare il rapporto tra il cittadino e la sanità. In sintesi di che cosa si tratta? L'assessore Roberto Levaggi, che ha sostituito da un anno e mezzo Pietro Micossi alla guida del comparto sanitario della regione rivierasca, la spiega così "valorizzare l'attività di prevenzione che deve rappresentare uno dei cardini dell'attività sanitaria al fine di essere inserita in modo stabile e continuativo nella nuova programmazione sia a livello distrettuale che territoriale con molta attività diagnostica e di prevenzione".

Quindi rete territoriale più forte in grado di assolvere a più funzioni potenziando le componenti di base specialistica, di residenzialità e domiciliarità, evitando i ricorsi inutili all'ospedale. L'Azienda sanitaria locale assume il ruolo di "assicuratore del cittadino, al quale garantisce attraverso l'organizzazione della rete dei servizi territoriali e la acquisizione di prestazioni da soggetti erogatori pubblici e privati, la completa erogazione di quanto previsto all'interno dei livelli uniformi di assistenza socio-sanitaria.

Il sistema sanitario della Liguria separa i soggetti acquirenti da quelli erogatori "domanda e offerta vengono separati - afferma l'assessore Levaggi - altrimenti la spesa si espande inutilmente".

Il contenimento della spesa, e non poteva essere altrimenti, al centro del Piano sanitario regionale. Il decennio '90-2000 è stato caratterizzato da un forte assorbimento da parte dell'ospedale del fondo sanitario (58%) il resto veniva destinato al territorio, il nuovo Prs cerca invece di invertire questa tendenza, al territorio verranno destinate maggiori risorse e l'Ospedale deve essere sempre più rivolto all'eccellenza, all'acuto.

Quindi, l'obiettivo è passare da un concetto ospedalocentrico ad uno più rivolto al territorio e, in tale contesto, diventa sempre più strategico al fine del controllo della domanda il ruolo dei medici di medicina

generale e dei pediatri di libera scelta.

Altri punti strategici del Piano sanitario regionale 2003-2005: risorse da destinare alla soluzione del problema degli anziani e della non autosufficienza che hanno costi elevati e il piano prevede, quando andrà a regime, 3-4 mila posti di Rsa da destinare agli anziani; secondo punto strategico è l'organizzazione di un sistema di emergenza più sicuro sia dal punto di vista degli standard strutturali, tecnologici e organizzativi cioè il sistema integrato ospedale-territorio che deve offrire un'emergenza più sicura evitando che si arrivi al pronto soccorso quando non è necessario, ed inoltre un potenziamento della risposta diagnostica che sia in grado di ridurre i tempi d'attesa.

Inoltre, attenzione e coinvolgimento all'associazionismo, essendo la Liguria una Regione in cui ci sono tante assistenze pubbliche e una serie di attività svolte in collaborazione con i comuni; per quanto concerne la programmazione sociale dunque distretto sanitario e distretto sociale che da un punto di vista del territorio corrispondono perfettamente.

AZIENDE OSPEDALIERE

Per separare in ambito pubblico le funzioni di tutela e di erogazione, sono state predisposte delle linee guida attuative che regolano i rapporti tra Asl e Aziende ospedaliere. È stato avviato il processo di riorganizzazione del sistema ospedaliero, con le seguenti caratteristiche principali: organizzazione per complessità e non per specialità, trasferimento dei ricoveri inappropriati ad altro tipo di strutture (residenziali, assistenza territoriale e domiciliare), realizzazione nel triennio degli obiettivi di 4 posti letto ogni mille abitanti e del tasso di spedalizzazione di 163 ogni mille abitanti. Su questa riorganizzazione sono state consultate le organizzazioni sindacali e professionali e la Conferenza dei sindaci.

ASSISTENZA TERRITORIALE

Per l'attivazione del distretto, erano state avviate due sperimentazioni gestionali (Asl 2 Savonese e Asl 4 Chiavarese), a circa due anni di distanza dal via del

progetto (1° dicembre 2001) l'attività dei distretti è ancora indietro, la sperimentazione ha funzionato solo parzialmente. Per quanto riguarda invece le liste d'attesa, l'obiettivo fissato nel 2000 di portarle a meno di 30 giorni, lo standard su quasi tutto il territorio è di meno di 30 giorni per tutte le prestazioni significative.

APPROPRIATEZZA

La delibera n. 829 del 21 luglio 2000 istituiva una Commissione regionale per la promozione della qualità delle prestazioni sanitarie che ha elaborato delle Linee guida per i controlli trasmesse alle Asl. Inoltre, in ogni Asl sono stati istituiti i Nuclei operativi di controllo (Noc) con il compito di verificare l'appropriatezza delle prestazioni erogate dai diversi soggetti erogatori. I risultati presentati dalla Commissione sono poco confortanti: 4000 ricoveri inappropriati nel 2001-02.

PIANO SANITARIO REGIONALE

È in fase di approvazione il nuovo Piano sanitario regionale 2003-2005, che sostituirà quello attualmente in vigore e relativo al 2002-2004, approvato dalla stessa Giunta regionale.

La Liguria

Popolazione: 1.637.186

Aziende Usi: sono 5 e complessivamente contano al loro interno 23 presidi ospedalieri

Aziende Ospedaliere: 7

Medici dipendenti del Ssr: 4.310

Medici in convenzione: 1393 medici di base; 170 pediatri; 305 medici specialistici ambulatoriali

“Quello che manca è la progettualità”

Dottor Di Pele, quali sono gli elementi di maggior criticità per quanto concerne la sanità della Regione?

Il problema maggiore riguarda il vuoto di ideazione politica, non esiste un progetto della Regione in grado di coinvolgere l'organizzazione della rete ospedaliera. La spesa farmaceutica e le relazioni con l'Università sono le uniche preoccupazioni della Giunta. Sotto questo aspetto le cose dopo Pietro Micossi sono peggiorate.

In particolar modo c'è stato un peggioramento delle relazioni sindacali all'interno delle singole Asl, eliminando completamente la possibilità del Governo clinico.

Non avendo una relazione diretta con i direttori generali la possibilità di applicare il Governo clinico rendendo operativi i collegi di direzione, i dipartimenti sono messi in un angolo.

Finanziamento, modello organizzativo e qualità dei servizi, i tre cardini di ogni sistema sanitario, come sono organizzati in Liguria?

Sul finanziamento la Regione non ha rispettato i patti del riparto, non ha dato l'incremento del 2% che era previsto per quest'anno alle aziende che sono partite con una situazione debitoria già preventivabile. I direttori generali l'anno scorso sono andati tutti a premio, hanno ricevuto gli incentivi sia pure in maniera percentuale pur non avendo centrato il pareggio di bilancio ma per aver contenuto il disavanzo. La regione continua a dare meno risorse e i direttori generali che puntano al contenimento del disavanzo non assumono, in questo modo si crea un ritardo del turn-over oltre i limiti indotti dalla legge. Questo crea un aumento della sofferenza in tutti i singoli reparti. Per quanto riguarda il modello organizzativo questo si basa su tre parametri: riorganizzazione della rete ospedaliera, formazione e riconversione del personale, vale a dire trasferimento di risorse da un'unità all'altra per razionalizzare le spese. Quest'operazione non è stata fatta i nostri piccoli ospedali non sono stati sottoposti a revisione né ad eventuale chiusura, ci sono ospedali che hanno ancora tassi di occupazione molto piccoli. Il governo clinico è un problema pesante perché non in tutte le Asl è stata attuata in modo efficace la ristrutturazione seguendo il sistema dei dipartimenti. Altro problema grave è quello della formazione, non è stata fatta nessuna operazione di investimento delle risorse in questo senso non sono state identificate risorse regionali da destinare al progetto formazione.

Per quanto riguarda la qualità dei servizi invece?

La qualità percepita dalle persone è buona. Viceversa, per la qualità vera per il momento resistiamo ma senza progettualità e senza risorse nel giro di un quinquennio il sistema rischia di precipitare. Adesso andiamo avanti perché gli ultimi aggiornamenti sono stati fatti ma questo è un nodo centrale che prima o poi verrà al pettine.

Sul fronte dei contratti integrativi regionali qual è la situazione in Liguria?

La contrattazione degli integrativi c'è, abbiamo fatto tutti gli integrativi locali e sono tutti operativi almeno da due anni. Negli ultimi due anni sono stati portati a termine dappertutto.

Gli istituti contrattuali di base sono stati rispettati, quello che manca è il processo di attribuzione delle funzioni. Questo è in ritardo ancora in diverse aziende, e rappresenta un grosso problema perché è un istituto contrattuale, è un obbligo di legge. La regione ha sviluppato una specie di piano aziendale che doveva essere un documento in cui queste cose avrebbero dovuto essere elencate in partenza. I direttori generali però hanno optato per la formula aperta, vale a dire hanno scritto che l'elencazione delle strutture sarebbe sopravvenuta in allegato. Il risultato è che siamo ancora indietro nell'applicazione di questo che è un istituto importante perché è l'unico che dà i profili professionali all'interno della categoria dei medici siano essi ospedalieri che non.

Dottor Di Pele, uno degli obiettivi dell'attuale Giunta regionale era la riduzione dei tempi delle liste d'attesa per le prestazioni più significative, come sono andate le cose?

È stata un'operazione populistica. La regione ha dato, in totale, circa 16 miliardi di lire alle varie aziende con l'obiettivo di ridurre le liste d'attesa. Questo è stato fatto, il progetto abbattimento liste d'attesa da un certo punto di vista ha funzionato. Quello che non ha funzionato è stato il mancato controllo della domanda che non è stato preso in esame, il risultato è che abbiamo avuto un peggioramento dell'appropriatezza. Quello che avrebbe senso fare era un'operazione di controllo sulla qualità della richiesta, creare una relazione tra chi fa gli esami e l'ordinatore degli stessi in modo tale che possano comunicare e migliorare l'appropriatezza della richiesta permettendo a chi ordina l'esame di sapere se sta andando verso l'inappropriatezza dell'ordinazione e quindi deve correggersi.

La gestione della sanità da parte di questa amministrazione presen-

ta diversi elementi di criticità. Secondo lei, quale sarebbe la strada da percorrere per superarli?

Le difficoltà primarie sono legate al finanziamento. Riconosco che le risorse sono poche e mi rendo conto che l'assessore - con cui abbiamo buoni rapporti personali - non può fare più di tanto. Trovare quindi risorse alternative, avendo la forza politica per farlo ma soprattutto programmare come spendere queste risorse sarebbe già un importante passo in avanti. Il problema è che la sensazione percepita è quella di una giunta che sta assumendo un atteggiamento da fine mandato, che preferisce navigare a vista. L'amministrazione trova un problema e lo af-

fronta ma non va oltre l'emergenza. Questo è un fenomeno che si riverbera anche su di noi perché se la parte politica non è rappresentativa non esiste la controparte quindi il contraddittorio. Nella fase precedente in cui governava il centrosinistra per tutta una serie di ragioni anche culturali, c'era una centralizzazione dell'organizzazione forse anche eccessiva. Ora, con il governo di centrodestra questo problema è stato completamente saltato. Per definizione il centrodestra vuole una politica leggera che interferisca il meno possibile sulle attività locali, però adesso è troppo leggera. Siamo passati da un atteggiamento centralista ad uno del tipo "fate un po' quello che volete" e questo è francamente troppo.

**INTERVISTA A EGIDIO DI PEDE
SEGRETARIO REGIONALE
ANAAO ASSOMED LIGURIA**

**INTERVISTA A ROBERTO LEVAGGI
ASSESSORE ALLA SANITÀ DELLA REGIONE LIGURIA**

“Sviluppare il territorio per far vivere meglio l'ospedale”

Assessore Levaggi, vogliamo dare uno sguardo d'insieme per quel che concerne la situazione ospedaliera in Liguria?

Noi puntiamo molto sul San Martino che deve essere l'eccellenza del nostro sistema ospedaliero specie per quanto riguarda l'ammmodernamento e gli investimenti che devono essere fatti. È nostra intenzione suddividere la spesa in conto corrente tra territorio e ospedale. Stiamo investendo decine di migliaia di euro negli ospedali come investimenti puri. Dal '90 ad oggi in Liguria è stato investito qualcosa come 7-800 miliardi di vecchie lire in vari accordi di programma nei vari trienni.

In questo senso posso dire che abbiamo stretto una convenzione con l'Università che ci permetterà di chiudere una serie di cattedre, una serie di unità operative complesse universitarie che oggi sono superate dai tempi. Il nostro obiettivo è dare più spazio all'attività ospedaliera vera e propria.

Da questo punto di vista credo che sia molto importante intervenire sull'appropriatezza delle prestazioni erogate perché migliorare un'azienda sotto il profilo dell'appropriatezza e migliorare l'emergenza dei pronti soccorsi significa dare una grossa responsabilità ai medici che operano in ospedale. L'obiettivo che ci poniamo nel piano per l'ospedale sono 4 posti letto per acuti ogni mille abitanti e un posto letto per la riabilitazione.

Il nuovo Piano sanitario, in via di approvazione, prevede anche soluzioni per la diagnostica ospedaliera che opera in condizioni di sovraccarico?

Il superlavoro della diagnostica ospedaliera è uno dei motivi che ci ha spinto a spostare sul territorio quella parte di diagnostica che può essere fatta al di fuori dell'azienda ospedaliera. L'ospedale deve fare la diagnostica per i propri clienti, per chi è dentro. Dobbiamo invertire la tendenza che chi deve fare qualcosa va direttamente in ospedale. Sviluppare il territorio per far vivere meglio l'ospedale questo è il nostro obiettivo. Abbiamo territorializzato alcune attività di diagnostica e day surgery. A San Martino abbiamo fatto un centro distaccato dell'ospedale per evitare che le persone sovraccarichino l'ospedale.

Lei prima ha parlato di accordi con l'Università, l'Anaaò vi accusa di essere troppo concentrati sulla spesa farmaceutica e sull'Università e in particolar di avere con quest'ultima un rapporto di sudditanza...

Noi con la firma della Convenzione, dopo un lungo braccio di ferro, abbiamo cercato di chiudere diverse unità operative. Il problema è ci sono delle leggi che danno delle prerogative e proteggono l'Università, bisognerebbe intervenire a livello parlamentare. Ribadisco che la convenzione che stiamo approvando tra Università e

Regione è la migliore possibile in questo contesto storico. Nello specifico, andremo a chiudere dalle 10 alle 15 unità operative cosa che non era mai avvenuta negli ultimi 30 anni. In precedenza tutte le volte che si faceva una convenzione era sempre l'Università ad avere qualcosa di più. Adesso invece, l'Università è vincolata a degli accordi regionali e ha molta meno libertà sul territorio. Da questo punto di vista non capisco le critiche dell'Anaaò.

Assessore, questa giunta ha reintrodotto i ticket per cercare di sanare i bilanci della sanità però la situazione finanziaria continua ad essere poco felice

Il ticket introdotto dal precedente assessore, Pietro Micossi, ci ha dato un po' di respiro, prima la spesa farmaceutica in modo pericoloso rischiando di esplodere mentre adesso è diminuita. È comunque vero che la situazione non è felice. Abbiamo una popolazione molto anziana con una crescita tendenziale del 7-8% della spesa sanitaria e lo Stato ci riconosce il 3-3,5%. Per questo motivo stiamo cercando di cartolarizzare cercando di utilizzare le risorse patrimoniali della Regione che sono totalmente inutilizzate.

Un'altra "accusa" che vi rivolge il dottor Di Pele, il responsabile regionale dell'Anaaò è quella di avere poca progettualità, la sensazione è quella di un'amministrazione che naviga a vista

Non è vero. Io mi sono trovato senza un Psr e senza la Convenzione con l'Università e senza un atto aziendale, e a questa situazione abbiamo subito posto rimedio dandoci una programmazione e una pianificazione. Attraverso il nostro Piano sanitario vorremmo arrivare ad una separazione sempre più netta tra domanda ed offerta per fare in modo che la spesa possa essere contenuta in modo che le Asl curano il territorio e allo stesso tempo filtrano la domanda. Questo è il nostro progetto per i prossimi anni al punto che ogni azione che facciamo è finalizzata a questo obiettivo.

Uno degli obiettivi della Giunta appena eletta nell'aprile del 2000 era strutturare un sistema in grado di separare i soggetti acquirenti da quelli erogatori, con le Asl che facevano da assicuratore, quest'idea è ancora valida?

Assolutamente, quest'idea la stiamo mettendo nel piano, in questi tre anni si è fatto molto in questo settore, però non era stato ancora codificato, lo si faceva dando i vari obiettivi ai direttori. È mia intenzione invece metterlo a regime. La Liguria è un territorio piccolo ma variegato se non ci dotiamo di una regia regionale, ogni azienda va per conto suo sviluppando una sorta di politica del condominio assolutamente infruttuosa. Io sono arrivato a stabilire una regia regionale.

ORARIO DI LAVORO

Servizio di guardia notturna: regole e limiti

La presenza dei dirigenti medici, all'interno di un'azienda, deve essere assicurata costantemente nell'arco delle 24 ore, per tutti i giorni della settimana. L'orario di lavoro deve conformarsi alle esigenze di servizio è, dunque, compito dell'azienda stabilire i turni a seconda delle necessità. Tutto questo però nel rispetto di regole e limiti

di Francesco Maria Mantovani*

L'organizzazione dell'orario di lavoro è improntata al rispetto di alcune fondamentali regole. Anzitutto, si prevede che la presenza del dirigente medico nei servizi ospedalieri delle aziende deve essere assicurata nell'arco delle 24 ore e per tutti i giorni della settimana mediante una opportuna programmazione ed una funzionale e preventiva articolazione degli orari e dei turni di guardia (art. 16, comma 5, del vigente Ccnl per l'area della dirigenza medica e veterinaria del Servizio Sanitario Nazionale).

L'orario del medico deve conformarsi alle esigenze di servizio. Spetta dunque all'azienda stabilire le turnazioni più confacenti alle necessità aziendali nell'esercizio del suo potere conformativo della prestazione.

Vi sono tuttavia alcuni limiti da rispettare.

I limiti

1. Le guardie notturne, alla cui effettuazione sono tenuti tutti i dirigenti medici di I livello, devono essere svolte durante l'ordinario orario di lavoro di 38 ore settimanali (fissato dall'art. 16, comma 2 del vigente Ccnl).

Solo in via del tutto eccezionale, ed allorché le normali ore di servizio non risultino sufficienti, la turnazione notturna può essere garantita anche attraverso il ricorso allo straordinario (art. 19, commi 2 e 3, del Ccnl 5 dicembre 1996 per l'area della dirigenza medica e veterinaria del Ssn, cui rinvia il cit. art. 16, comma 5).

Dalle summenzionate disposizioni si desume che l'attività di guardia notturna deve essere assicurata in via primaria, ove sia possibile, attraverso l'ordinario orario di servizio. Di conseguenza la distribuzione dei turni va estesa ad un numero di dirigenti sufficiente a non rendere necessario l'utilizzo di lavoro straordinario per l'effettuazione del servizio (una distribuzione circoscritta ad un esiguo numero di dirigenti, infatti, comporta un probabile superamento del normale orario settimanale).

2. Una ripartizione dei turni il più possibile allargata, finanche a ricomprendere l'intero organico dirigenziale di I livello è necessaria anche al fine di tutelare la salute dei dipendenti dai rischi per la salute che un orario notturno eccessivamente gravoso comporta. È questo il secondo limite, derivante dall'art. 32 della Costituzione, cui soggiace la discrezionalità datoriale. Il nuovo Decreto legislativo 8 aprile 2003 n. 66 (*"in attuazione delle direttive 93/104/CE e 2000/34/CE concernenti taluni aspetti dell'organizzazione dell'orario di lavoro"*) riconosce infatti il rispetto dei principi generali della protezione della sicurezza e della salute anche per quelle categorie di lavoratori non soggette per legge a limitazioni di orario (personale direttivo). Siffatta previsione, in accordo alla giurisprudenza

ormai consolidata, deve essere interpretata nel senso di ritenere precluso il superamento di quei limiti di ragionevolezza posti a tutela della salute psico-fisica del lavoratore con funzioni dirigenziali.

Orbene, una turnazione che escludendo parte dell'organico costringa solo alcuni dirigenti medici a lavorare oltre il normale orario settimanale, compromette senza ragione l'integrità psico-fisica del personale sanitario, dal momento che alle medesime esigenze potrebbe farsi fronte attraverso il coinvolgimento nella distribuzione dei turni di un numero maggiore di dipendenti.

Va aggiunto che l'Azienda è comunque tenuta ad assegnare al lavoro diurno il lavoratore la cui salute risulti incompatibile con lo svolgimento del servizio durante le ore notturne (art. 15 del cit. Decreto legislativo n. 66/2003, valevole anche per il personale dirigenziale in quanto non contemplato fra le norme la cui applicazione è espressamente esclusa per la suddetta categoria).

3. Vi è ancora un ulteriore vincolo al potere datoriale di distribuzione dell'orario.

Il primo comma dell'art. 52 del Decreto Legislativo 30 marzo 2001 n. 165 (*Norme generali sull'ordinamento del lavoro alle dipendenze delle amministrazioni pubbliche*) dispone che il prestatore di lavoro deve essere adibito *"alle mansioni per le quali è stato assunto o alle mansioni considerate equivalenti nell'ambito della classificazione professionale prevista dai contratti collettivi, ovvero a quelle corrispondenti alla qualifica superiore che abbia successivamente acquisito per effetto dello sviluppo professionale o di procedure concorsuali o selettive"*.

In questo modo il legislatore ha esteso al settore pubblico il principio espresso dall'art. 2103 del codice civile (*"il prestatore di lavoro deve essere adibito alle mansioni per le quali è stato assunto o a quelle corrispondenti alla categoria superiore che abbia successivamente acquisito ovvero a mansioni equivalenti alle ultime effettivamente svolte, senza alcuna diminuzione della retribuzione, senza alcuna diminuzione della retribuzione"*), secondo il quale il dipendente ha diritto ad effettuare prestazioni connotate da un grado di professionalità corrispondente a quello per cui è stato assunto ovvero a quello acquisito nel corso del successivo svolgimento del rapporto.

Nel campo di applicazione del divieto di demansionamento rientra anche l'assegnazione di un carico di lavoro che, avuto riguardo al contesto organizzativo nel quale viene svolta la prestazione, di fatto concretizza una sottoutilizzazione delle conoscenze del lavoratore e si traduce in un impoverimento delle sue capacità. La dottrina e la giurisprudenza, infatti, hanno riconosciuto l'illegittimità di quegli atti datoriali che mirano alla progressiva emarginazione del lavoratore attraverso il sistematico svuotamento

ovvero la privazione delle mansioni di competenza, pur nel rispetto degli obblighi retributivi. E ciò, evidentemente, in considerazione del fatto che il lavoro, oltre a costituire un mezzo di guadagno, rappresenta per l'individuo un essenziale strumento per manifestare la propria utilità e la propria capacità nel luogo di lavoro. Pertanto, certamente configura demansionamento una distribuzione dei turni che, addossando l'intera attività di pronto soccorso solo ad alcuni membri del complessivo organico di una Unità Organizzativa, li relega quasi esclusivamente allo svolgimento del servizio di guardia. Tale situazione infatti li priva quasi totalmente della possibilità di svolgere la parte più rilevante delle loro mansioni e li emargina dal contesto lavorativo, determinando una sottoutilizzazione e, quindi, un progressivo impoverimento delle loro capacità.

I rimedi

Ove l'effettuazione dei turni di guardia abbia dato luogo al superamento delle 38 ore settimanali, il personale direttivo può chiedere, a compensazione della maggiore penosità del lavoro svolto oltre il limite contrattuale, la maggiorazione retributiva prevista per l'effettuazione di straordinario notturno.

Il medico dirigente sfavorito nell'assegnazione delle guardie notturne può altresì agire innanzi all'autorità giudiziaria ordinaria per ottenere il risarcimento del danno alla salute e/o danno biologico, che si concretizza in una "infermità" del lavoratore determinata dall'attività lavorativa usurante. In tal caso, il danno non può essere ritenuto presuntivamente sussistente, ma deve essere dimostrato sia nella sua sussistenza, sia nel suo nesso eziologico, a prescindere dalla presunzione di colpa insita nella responsabilità nascente dall'illecito contrattuale.

Quanto al demansionamento, il medico potrà infine chiedere il risarcimento del danno cagionato (da determinarsi in via equitativa ex art. 1226 del codice civile). Peraltro, secondo l'orientamento giurisprudenziale predominante, la professionalità acquista connotati più estesi rispetto al tradizionale significato di insieme delle capacità professionali e delle conoscenze tecniche che rendono idoneo il lavoratore a svolgere le mansioni affidate. Si tratta, in sostanza, di un danno patrimoniale futuro provocato dal ridimensionamento delle possibilità di carriera e di guadagno. Di conseguenza, in questa categoria rientra la distinta voce autonoma di risarcimento rappresentata dal danno derivante da perdita di chance, ossia dalla diminuzione della concorrenzialità sul mercato del lavoro a seguito della lesione del patrimonio professionale.

* *Anaao-Cref*
Servizio Tutela Lavoro

IL PUNTO

A proposito di ospedali-fondazione: esiste una lobby anglo-italiana?

di Alberto Andrion

Il 7 ottobre scorso, durante il congresso annuale del Partito Laburista britannico, la maggioranza dei delegati ha bocciato il disegno di legge di Tony Blair sulla trasformazione in fondazioni dei maggiori ospedali del servizio sanitario inglese. Nonostante la secca sconfitta politica, Blair ed il ministro della Sanità hanno dichiarato che il progetto andrà avanti comunque. Tre giorni dopo, il 10 ottobre, il consiglio dei ministri italiano varava in via definitiva il decreto legislativo che prevede la trasformazione in fondazioni dei nostri istituti di ricovero e cura a carattere scientifico. Come tutti sanno, la trasformazione in fondazioni di questi ospedali è stato uno dei progetti maggiormente voluto e perseguito dal ministro Sirchia. Ora, direbbe qualcuno, una domanda sorge spontanea: esiste una lobby anglo-italiana, politicamente trasversale da sinistra a destra in favore delle fondazioni ospedaliere, e se sì, quale può essere la motivazione? Alcune argomentazioni sono nobili: si tratterebbe di incrementare la flessibilità e la capacità di reperimento di risorse finanziarie per favorire una migliore assistenza e migliori attività di ricerca di prestigiose istituzioni. Tuttavia, sorge un dubbio: e se tra i finanziatori (possessori) ci fossero le multinazionali del farmaco e delle biotecnologie? È evidente che potrebbero nascere alcuni problemi di compatibilità e di conflitto di interessi, certamente non risolvibili richiamandosi al famoso detto latino "neo-liberista" *pecunia non olet*.

UK

Una battuta d'arresto sulla strada degli ospedali-fondazione

La battaglia per l'introduzione degli ospedali-fondazione nel Ssn britannico ha incassato una sconfitta lo scorso 7 ottobre quando alla conferenza annuale del partito laburista, a Bournemouth, cui hanno partecipato i tre maggiori sindacati, i delegati "ribelli" hanno espresso il loro voto contrario. I membri labour avevano votato contro le scelte del primo ministro solo in due occasioni nell'era Blair, ma questa è la prima volta che la conferenza respinge una legge già in discussione al Parlamento. Il progetto di legge denominato "Health and Social Care Bill", di cui la creazione di una rete di "Foundation Hospital" costituisce il nucleo centrale, passerà a giorni all'esame

EU

Preoccupazione per la pronuncia della Corte europea sull'orario di guardia

Il Ssn tedesco potrebbe aver bisogno di altri 27mila medici, con un costo per lo Stato di circa 1,75 milioni di euro. È questo l'allarme lanciato dalla German Hospital Society, che rappresenta oltre 2000 ospedali tedeschi, dopo il recente accoglimento da parte della Corte di Giustizia europea del principio in base al quale le ore che i medici trascorrono in ospedale in servizio di guardia devono essere conteggiate come parte integrante dell'orario di lavoro (cfr. Dirigenza Medica n.4/2003). I giudici europei – pronunciatisi a riguardo proprio su un'istanza presentata da un medico tedesco – hanno quindi riaffermato (già 3 anni fa si era la Corte si era espressa in questo senso) che il tempo trascorso in ospedale in servizio di guardia deve essere conteggiato e pagato come le normali ore lavorative anche se i medici riposano per parte del tempo, in quanto devono comunque essere sempre pronti a prestare la loro opera. Molto meno preoccupate si dicono molte associazioni mediche europee perché sostengono di aver già preso nella dovuta considerazione i possibili effetti della pronuncia, che in sostanza ha solo confermato un precedente giudizio. Se la decisione della Corte lussemburghese è stata salutata positivamente anche dalla maggior parte dei politici, medici e dall'opinione pubblica poiché ritenuta a favore dei pazienti, che potranno essere curati da medici meno stressati e stanchi, ha però suscitato qualche perplessità nei

junior doctor, che vedranno il loro stipendio ridursi. Infatti, se il servizio di guardia viene conteggiato come parte integrante dell'orario, poiché non è consentito di lavorare più di 48 ore settimanali, come prevede la normativa europea sull'orario di lavoro, essi si troveranno a lavorare di meno e quindi a guadagnare di meno. Le critiche registrate da parte medica riguardano per lo più il timore che le nuove regole possano incidere sulla formazione e la continuità delle cure ai pazienti, e i chirurghi, in particolare, sono preoccupati del fatto che possano mal conciliarsi con le esigenze cliniche. Interrogata sulla nuova necessità di acquisire un maggior numero di medici, il ministro della Sanità Ulla Schmidt ha sostenuto che il problema può essere risolto con una riorganizzazione lavorativa e un ridimensionamento delle gerarchie. Di questo parere anche i direttori delle maggiori compagnie di assicurazione che non vedono alcun bisogno di incrementare il budget. Secondo la German Hospital Society – che invece insiste sull'esigenza di creare 27mila nuovi posti di lavoro per i medici ospedalieri, oltre gli attuali 130mila, e 14mila per gli infermieri – un ulteriore motivo di preoccupazione è che non vi sarebbero abbastanza medici per coprire questi posti. "Attualmente sono solo 7mila quelli in cerca di lavoro" sostiene Burghard Rocke, presidente della Società.

della Camera Alta, ma c'è chi prevede che il governo ne smusserà i contorni per farlo passare più agevolmente. Il ministro della Sanità John Reid che lo definisce "il più grande sforzo mai fatto per aiutare la gente comune ad uscire dalla sofferenza" non si dà per vinto e dichiara che riuscirà a farlo approvare dal Parlamento. Ricordiamo che lo scorso luglio questo progetto di legge era passato alla Camera dei Comuni facendo registrare la più bassa maggioranza Labour (35 voti su 164) da quando il partito era tornato al potere sei anni fa. La proposta di creare questa nuova generazione di ospedali-fondazione, avanzata dall'ex ministro della Sanità Alan Milburn (cfr. Dirigenza Medica 1/2003), ha innescato un acceso dibattito parlamentare in virtù dell'ampia autonomia gestionale e finanziaria di cui godrebbero questi ospedali pubblici non-profit finanziati dai contribuenti. Il timore più forte manifestato dai sindacati e associazioni di categoria, rinfocolato dai conservatori e democratici liberali, è quello di una frammentazione e amplificazione delle ineguaglianze all'interno del National Health Service. In particolare vengono criticati i meccanismi di finanziamento degli ospedali-fondazione, visti più come sussidi nascosti tra le pieghe del documento, a tutto discapito degli altri ospedali. Aumenterebbe così il gap già esistente tra le varie strutture, si paventa, con un grande ospedale-fondazione d'élite, dotato di grandi risorse finanziarie, terreni ed edifici, e il "povero" presidio ospedaliero delle aree più depresse. In un memorandum inviato a settembre a tutti i labour e ai membri indipendenti della camera dei Comuni, a firma di David Hinchliffe, presidente del Comitato Sanità della Camera dei Comuni, e dell'ex ministro della Sanità Frank Dobson, che spiega i motivi del no alla proposta, gli ospedali-fondazione vengono definiti "contrari ai principi del Nhs" e "non compresi nel manifesto elettorale 2001 dei labour". Dall'intenso dibattito, che ha pressoché monopolizzato la discussione parlamentare e l'attenzione dei media in tema di sanità, non è comunque emerso un chiaro modello di ospedale-fondazione. Downing Street sembra mandare due messaggi contraddittori. Ai labour e agli indipendenti fa intravedere un ospedale-fondazione non-profit "radicato nella comunità locale", cooperativo con le altre istituzioni del Ssn, sottoposto agli standard previsti, con regole mirate a contenere i pazienti privati, obbligato a riferire regolarmente al Parlamento e al ministro della Sanità. Mentre ai manager del Ssn prospetta un'ampia autonomia in un genuino processo di devoluzione dei poteri. Ma non è poi nemmeno così scontato l'appoggio del management sanitario, come evidenzia un'indagine del Ssn, resa pubblica a luglio, condotta su un campione rappresentativo, che rileva come i due terzi dei direttori generali ritengano che la nascita delle fondazioni renderà più difficile la cooperazione tra le varie anime del sistema sanitario, tanto più in questo momento in cui si cerca una maggiore integrazione tra l'assistenza di base e quella ospedaliera. Solo un terzo pensa invece che verrebbe migliorata l'assistenza ai pazienti, mentre un quarto è pessimista e prevede un netto peggioramento. Un altro segno delle contraddizioni e dei compromessi sul tappeto riguarda il criterio per l'eligibilità a "fondazione": l'idoneità, dapprima prevista solo gli ospedali a 3 stelle (al luglio di quest'anno erano solo 25 ospedali gli ospedali 3 stelle mentre 14 non possedevano nemmeno una stella) è stata poi concessa in un secondo tempo a tutte le 300 aziende ospedaliere, che potranno conseguirla nel giro di quattro anni.

OLANDA

Spesa sanitaria: una scure annunciata

La coalizione di centrodestra ha annunciato a fine settembre la ferma intenzione di apportare forti tagli alla spesa sanitaria che vede il paese tra i tre "top spender" europei. Con lo slogan "Affordability through personal responsibility", vale a dire che l'accessibilità ai servizi passa attraverso la responsabilità personale, il governo olandese intende così risparmiare, con il contributo dei cittadini e delle istituzioni, 2,3 miliardi di euro su un budget che per la sanità ammonta a 41 miliardi, nel tentativo di rallentare quello che appare come un inesorabile aumento dei costi. Le misure dovrebbero ridurre l'impennata annuale della spesa sanitaria attestandola su una media del 3 per cento per il quadriennio della durata di questo governo, contro un aumento annuale che nello scorso biennio ha toccato il 15 per cento. Nel chiamare in causa il senso di responsabilità sia dei pazienti sia delle istituzioni sanitarie il ministro della Sanità Hans Hoogervorst ha sottolineato come l'assistenza sanitaria tedesca abbia eroso nel 2001 il 9 per cento del Pil a fronte del 7,5 per cento del Regno Unito. Accanto alla prossima introduzione di un ticket su un'ampia gamma di servizi e l'eliminazione di un certo numero di prestazioni per i due terzi meno ricchi della popolazione, il governo chiede anche misure di contenimento dei salari e una maggiore efficienza dei servizi. Secondo la Royal Dutch Medical Association, l'Ordine dei medici olandese, queste annunciate sono economie "disastrose" e "dannose" sia per i pazienti che per i medici; l'intero settore sanitario verrebbe investito di una maggiore responsabilità in termini di efficienza senza però essere dotato dei mezzi necessari a conseguirla. E tutto ciò comporterebbe ulteriori pressioni sui medici contribuendo a rendere questa professione sempre meno attraente. Le associazioni degli infermieri, dal canto loro, assicurano che migliorare la produttività del comparto è pressoché impossibile. Tra i vari tagli contemplati, permessi per malattia più ridotti, una minore remunerazione per i farmacisti, tetti di spesa fissi per case di ricovero e organizzazioni per l'assistenza domiciliare. Ed ancora, il Ssn olandese non fornirà più la pillola anticoncezionale alle donne sotto i 21 anni, non coprirà più i costi del trasporto in ospedale (salvo in ambulanza) e dal 1° gennaio 2004 verrà drasticamente ridotta la copertura per le cure dentistiche a favore degli adulti, per il primo ciclo di trattamenti per la fecondazione in vitro e per la fisioterapia. Inoltre per alcuni pazienti cronici aumenterà il contributo alla spesa sia per la lungodegenza ospedaliera sia per l'assistenza domiciliare e verrà introdotto un ticket di 1,5 euro sulle prescrizioni. Tutto ciò nelle intenzioni dichiarate dal governo dovrebbe permettere di riallocare risorse a favore delle fasce più vulnerabili come i malati cronici, i disabili e i cittadini con un reddito basso, ma il Fnv, il congresso dell'unione dei sindacati, a questo proposito si dice scettico e replica che un tale meccanismo non è ancora sufficientemente chiaro. Tra i possibili effetti collaterali dei "tagli", basti la previsione di alcuni ricercatori dell'Academic Medical Centre di Amsterda, per i quali la soppressione della gratuità della pillola porterà 180mila donne a sospenderla, e di queste molte non troveranno una valida alternativa.

SANITÀ PRIVATA

In Francia il Governo di centro-destra riafferma il ruolo centrale della Sanità Pubblica

Concorrenza pubblico e privato? No grazie

Presentato il disegno di legge dal ministro della Sanità che individua gli obiettivi sanitari per i prossimi cinque anni

Avrebbe la sua origine nell'azione eccessivamente disorganizzata di soggetti pubblici e privati che hanno fin qui esercitato la loro azione a livello locale senza un adeguato coordinamento.

Parliamo dell'alto livello di mortalità "prematura" in Francia, vale a dire al disotto dei 65 anni di età, che con 100mila decessi annui raggiunge un tasso ben più alto di quello dei paesi confinanti.

È questo uno degli argomenti più discussi in questo autunno francese, a cui tutti i giornali hanno dedicato ampi servizi proprio a commento dell'iniziativa di legge del Governo, proposta dal ministro della Sanità, Jean Francois Mattei.

Infatti, dal 2 ottobre u.s. l'Assemblée Nationale ha iniziato la discussione di questo disegno di legge che si prefigge lo scopo di porre rimedio ad una realtà poco confortante: oltre all'alta mortalità al di sotto dei 65 anni, la più alta quota di consumo di alcool per abitante di tutta l'Unione Europea, di consumo di tabacco, di uso di droghe, un tasso elevato di mortalità psichiatrica e di mortalità per cancro, primo tra i Paesi europei.

E tutto ciò con la pesante corresponsabilità (responsabilità completa per alcuni) degli "observatoires régionaux de la santé", dei "comités départementaux d'éducation pour la santé", delle associazioni specialistiche e delle organizzazioni private.

In altri termini, nel libero gioco di una concorrenza svincolata da una qualsiasi regia nazionale, soggetti pubblici e privati hanno agito in una totale indipendenza con risultati non certo entusiasmanti.

E ciò a fronte di un sistema che soltanto tre anni fa, nell'anno 2000, l'Oms ha giudicato meritevole del 1° posto in termini di competitività.

Infatti "nonostante il 9,1% della ricchezza nazionale sia stata consacrata complessivamente alla spesa sanitaria permangono forti disparità di morbilità e mortalità tra sessi, regioni, categorie professionale" (Le Monde 3/10/03).

Secondo uno studio compiuto dall'Inserm (Institut National de la Santé e de la Recherche Médicale) l'ineguaglianza sociale davanti alla salute si sarebbe incrementata notevolmente nell'ultimo ventennio con uno scarto di ben cinque anni di speranza di vita tra un uomo del Midi-Pyrénées ed uno del Nord-Pas-de-Calais ed una mortalità operaia di tre volte più alta rispetto ai "quadri" ed esercenti le professioni liberali.

Da qui l'azione di J.F.Mattei che ha individuato le possibili cause nel carente ruolo centrale della sanità pubblica, nell'eccesso di deregulation periferica, nella totale indipendenza della azione delle organizzazioni pubbliche e private che non avrebbero fatto altro che alimentare una generale dispersione di risorse e favorire gravi disparità.

E proprio per rimediare a questa dispersione e disparità nelle politiche locali e regionali il Governo ha scelto di procedere a riaffermare e rafforzare il primato dello Stato.

Il testo di legge presentato prevede una architettura che garantisce allo Stato i mezzi per agire sul territorio, la definizione di obiettivi nazionali che saranno fatti applicare dai prefetti e che a loro volta dovranno

appoggiarsi sugli attori locali della sanità, sui suoi finanziatori, con al primo posto la "Assurance-Maladie".

Questo percorso amministrativo costituisce la prima tappa per la costituzione delle Agences Régionales de Santé (Ars), il "pendant" sanitario delle Agences Régionales de l'hospitalisation (Arh) che coordinano dal 1997 l'azione ospedaliera delle Regioni.

Lotta contro il cancro, limitazione dell'impatto della violenza, lotta nei confronti dei comportamenti a rischio e che provocano dipendenza, prevenzione dei rischi legati all'ambiente ed ai luoghi di lavoro, assistenza agli affetti da malattie rare (che riguardano il 5% della popolazione) e miglioramento della qualità di vita degli affetti da malattie croniche, sono gli obiettivi indicati dal Ministro. Inoltre è prevista la creazione di una Scuola di alti studi in sanità pubblica per promuovere una maggior cultura sull'argomento.

Il progetto, definito molto ambizioso, ha raccolto numerose critiche di parte socialista perché troppo "centralizzatore" e perché riporta ad una "statalizzazione larvata", mentre il precedente ministro della Sanità del Governo Jospin, Bernard Kouchner, afferma che non è possibile portare avanti un progetto che non ha visto il coinvolgimento di nemmeno uno dei diversi attori della sanità, pubblici e privati.

Il dubbio reale, tuttavia, sarebbe di ben altra natura. Al momento non viene chiaramente indicata alcuna modalità per il finanziamento dell'intero progetto di legge.

Fabio Florianello

GIURISPRUDENZA *sentenze e ordinanze*

Consiglio di Stato

Sentenza n. 5879/2003
Rischio radiologico:
Legittima l'indennità
al personale "estraneo"
se mediata da un
accertamento medico

Sulla scorta del principio enunciato dalla Corte Costituzionale nel 1992, secondo il quale la presunzione assoluta di rischio prevista dalla legge nei confronti dei medici e tecnici di radiologia non è tale da escludere la presenza di altri lavoratori cui si può applicare la stessa disciplina in relazione alla loro esposizione al rischio radiologico in misura continua e perma-

nente, il Consiglio di Stato ha affermato che, ai fini della percezione della indennità di rischio, mentre per il personale di radiologia è necessaria e sufficiente la qualifica rivestita, cui l'ordinamento ricollega una presunzione assoluta circa l'esposizione al rischio, per il personale estraneo è indispensabile un accertamento sulle situazioni concrete (modalità, tempi, orari ed intensità dell'esposizione), ad opera della speciale commissione di cui all'art. 58, quarto comma, del Dpr. n. 270 del 1987.

Pertanto, siccome la percezione dell'indennità è mediata da un accertamento tecnico devoluto ad una apposita commissione, al cui giudizio l'amministrazione è tenuta a sottoporre le richieste degli interessati, l'accertamento del diritto degli interessati è di competenza della commissione ad hoc e non del giudizio amministrativo.

Corte Costituzionale

Sentenza n. 329/2003
Ospedali universitari: le Regioni possono disciplinare l'assistenza

Le Regioni possono sostituire con proprie norme le disposizioni dettate dallo Stato relative alle intese con le Università per lo svolgimento delle attività assistenziali delle aziende ospedaliere universitarie in virtù del nuovo Titolo V della Costituzione ed in applicazione della riforma Bassanini. A stabilirlo è la Corte Costituzionale con sentenza n. 329 depositata il 4 Novembre 2003, con la quale ha dichiarato inammissibili, per carenza di interesse, i conflitti di attribuzione promossi dalla regione Lazio e Lombardia, avverso il Dpcm del 24 maggio 2001 recante le Linee guida concernenti i protocolli di intesa da stipulare tra regioni e università per lo svolgimento delle attività assistenziali delle università. Il Dpcm non ha avuto finora alcun effetto invasivo della sfera di attribuzioni regionali, e la Consulta mantiene la propria vigenza sia pure con carattere di cedevolezza rispetto all'eventuale intervento normativo regionale, nel rispetto del principio di continuità.

Tar Lazio Terza Sezione

Sentenza n.8387/2003
Nessun obbligo di Pronto soccorso per i medici di altri reparti

Il medico che lavora in un reparto di chirurgia generale, ma anche in altri reparti, non ha alcun obbligo di collaborare alle attività di Pronto Soccorso.

Lo ha deciso il Tar del Lazio con sentenza n.8387 nella quale ha dichiarato illegittima la delibera del Policlinico Umberto I che aveva stabilito l'obbligo del personale medico strutturato di supportare le attività Dea. Il Tar infatti ha accolto il ricorso di un grup-

po di medici dei dipartimenti interni di chirurgia generale, inseriti in turni di guardia del Dea, sulla base di una decisione aziendale ad effetto permanente nella quale si obbligava il personale dirigente medico di altre strutture chirurgiche a collaborare con la chirurgia d'urgenza non più su base volontaria. I giudici, con sentenza di accoglimento, affermando che la delibera regola con "modalità permanente una fattispecie transitoria, in contrasto alle specifiche prescrizioni organizzative della Regione", hanno escluso che si possa trasformare una forma di libera partecipazione in uno specifico obbligo assistenziale del personale medico strutturato, in considerazione anche del fatto che il Dea deve avere ed avvalersi di un organico suo proprio. Pertanto è consentito, solo in via provvisoria e su base volontaria la utilizzazione per i DEA, di personale appartenente ad altre strutture.

I testi delle sentenze citate sono disponibili sul sito www.anaao.it

MEDICI IN PENSIONE

Indennità di fine servizio ridotta per tasse

L'Inpdap ha, da un paio d'anni, in assoluto silenzio, attivato una diversa metodologia per il calcolo delle trattate fiscali relative all'indennità premio di servizio, con la quale viene realizzata l'imposizione in diversa maniera secondo che si tratti dei periodi effettivamente lavorati oppure dei periodi riscattati.

Ricordiamo che i dipendenti del Servizio sanitario nazionale, iscritti alla gestione ex Inadel, confluita nell'Inpdap, già assunti, con contratto a tempo indeterminato prima del 31 dicembre 2000, sono destinatari, e continuano ad esserlo, del trattamento di fine servizio denominato "indennità premio di servizio", Ips. Per il personale assunto con contratto a tempo indeterminato, successivamente al 31 dicembre 2000, e con contratti a tempo determinato, in essere al 30 maggio 2000, trova, invece, applicazione la disciplina del trattamento di fine rapporto (Tfr) prestazione prevista per la generalità dei lavoratori del settore privato.

Durante il periodo di iscrizione alla gestione ex Inadel, ai fini del trattamento premio di servizio, le amministrazioni datrici di lavoro provvedono a versare un contributo complessivo del 6,10% degli emolumenti utili ai fini del calcolo della prestazione. Mentre di questo 6,10%, il 3,5% è a carico della Asl, la restante quota del contributo, il 2,5%, grava sul dipendente.

Questa condizione crea una peculiare valutazione per quanto attiene il trattamento fiscale dell'indennità percepita dall'interessato consistente in un 1/15 dell'80% della retribuzione relativa agli ultimi 12 mesi di servizio per ogni anno effettivamente lavorato o riscattato.

Infatti dall'importo complessivo è prevista una detrazione fissa del 40,98%, corrispondente in percentuale alla quota versata dal dipendente (ex legge n. 154/1988), per cui la percentuale dell'importo tassabile si riduce al 59,02% della spettanza totale e corrispondente, quindi, in percentuale, alla quota a carico dell'amministrazione. Quello che sarà sottoposto a trattamento Irpef sarà, poi, ulteriormente ridotto detraendo un importo fisso di 258 euro (500.000 mila lire) per ogni anno di servizio utile. Poiché sono riscattabili ai fini dell'indennità di fine servizio sino a 14 anni, si comprende bene come la determinazione dell'istituto previdenziale abbia agito e agisca negativamente sul trattamento finale percepito dal dipendente. Infatti è particolarmente frequente, in specie per i medici, aver attivato il riscatto degli anni di laurea e di specializzazione ai fini della valutazione dell'Ips. Inoltre, anche altri periodi e servizi sono riscattabili: il servizio militare di leva, l'attività di assistente volontario, il tirocinio pratico, il dottorato di ricerca e così via.

Il danno determinato dalla decisione dell'Inpdap appare pertanto di particolare entità.

In pratica la trattenuta Irpef, per gli importi relativi ai periodi riscattati, si raddoppia, non potendo più essere sottratta alla mannaia del fisco quasi la metà dell'indennità.

La motivazione indicata dalla direzione centrale delle prestazioni di fine servizio e previdenza complementare dello stesso istituto, per l'assunzione della decisione di modifica, sembra derivare da una sentenza della Corte Costituzionale del 1992, n. 42, e della Cassazione del 1997, n. 10584: "la quota di indennità afferente ai periodi e servizi riscattati a domanda, assume una propria autonomia che la differenza dalla parte di indennità connessa ai periodi di effettiva prestazione di servizio non correlabile a un rapporto previdenziale automatico e a un meccanismo contributivo, istituzionalmente e cumulativamente riferibile al datore di lavoro".

Poiché siamo del parere che la condizione proposta dall'istituto previdenziale e le sue motivazioni non appaiono sorrette da certezza, ed avendo avuto modo di con-

statare che la dirigenza dell'ente non ritiene di voler modificare la sua primitiva posizione, non rimane che intervenire, per coloro che essendo andati in pensione rilevano la mancata decurtazione, con uno specifico ricorso verso la Corte dei Conti, che potrà essere così chiamata a dirimere la questione. Ricordiamo, inoltre, che in passato, fino al 2001, gli importi dei riscatti non erano, se non in parte, detraibili dal reddito, mentre adesso lo sono integralmente. Da ciò, anche, la considerazione che coloro i quali avessero già in passato attivato i pagamenti del riscatto si vedrebbero colpiti, al momento del pensionamento, da una imposizione fiscale piena, anche per quanto determinato dalla loro contribuzione, versata senza alcuna detrazione.

Claudio Testuzza

Esempio di calcolo del premio di fine servizio

Medico con 40 anni di servizio (a tempo pieno) di cui 30 effettivi e 10 riscattati
Retribuzione annua utile ai fini dell'Ips: 112.500 Euro

Prima del deliberato Inpdap:

Importo liquidabile per anno di servizio:	1/15 dell'80% di 112.500 = 6000
Importo lordo:	6000 x 40 = 240.000
Reddito imponibile:	240.000 - 40,98% = 141.648
Reddito medio annuo:	141.648 : 40 = 3.541 x 12 = 42.494
Irpef (2003):	su 42.494 = 12.300 = 28,9%
Reddito imponibile soggetto a tassazione:	Irpef 141.648 - (258 x 40) = 131.328
Ammontare imposta dovuta:	131.328 x 28,9 = 37.954
Importo netto:	240.000 - 37.954 = 202.046

Dopo il deliberato Inpdap:

Importo liquidabile per anno di servizio:	1/15 dell'80% di 112.500 = 6000
Importo lordo:	6000 x 40 a. = 240.000 (di cui 180.000 per 30 a. di servizio effettivo + 60.000 per 10 a. riscattati).
Reddito imponibile:	240.000 - (180.000 - 40,98%) = 166.236
Reddito medio annuo:	166.236 : 40 = 4.156 x 12 = 49.872
Irpef (2003):	su 49.872 = 15.232 = 30,54%
Reddito imponibile soggetto a tassazione:	Irpef 166.236 - (258 x 40) = 155.916
Ammontare imposta su quota Ips:	155.916 x 30,54 = 47.617
Importo netto:	240.000 - 47.617 = 192.383

La differenza fra i due trattamenti risulta pertanto di Euro 9.663

segue dalla prima

È IL MOMENTO DELLE SCELTE

Eni mancano gli stanziamenti e gli strumenti organizzativi per rendere possibili a tutti l'adempimento di legge.

Stato giuridico nel vuoto di iniziativa politica lasciato dal decesso prematuro del tavolo a tre (Governo, Regioni, sindacati) inaugurato il 7 maggio e mai più riunito, si moltiplicano iniziative parlamentari e regionali (Lazio) velleitarie e demagogiche che avranno come unico risultato quello di riportare disordine in un mondo medico sostanzialmente pacificato e di mettere in grave pericolo la sopravvivenza dell'indennità di rapporto esclusivo che rappresenta circa un quarto della retribuzione di ogni singolo meico.

Contratto non è ancora finito l'incredibile itinerario delle code del precedente contratto e l'atto di indirizzo del comitato di settore per il rinnovo è, come ben sapete inaccettabile.

Previdenza con l'emendamento in discussione sono previste penalizzazioni per gli anziani che avranno pensioni ridotte del 15-25% e non si pone rimedio alla grave situazione dei medici che avranno pensioni ridotte del 50% e solo dopo 40 anni di contributi che rischiano di diventare lavoro effettivo, vista la forte onerosità del riscatto degli anni di laurea e specialità.

Organizzazione aziendale nulla di concreto viene proposto, nonostante il gran parlare che ne fa il ministro, per rendere meno subalterno al direttore generale il ruolo del medico. Scelta questa indispensabile non solo per il doveroso rispetto delle funzioni del medico ma nell'interesse del vero obiettivo aziendale: produrre azioni mediche volte a tutelare la salute dei cittadini.

Riforma del Welfare il Governo ha già inviato alla Ue precise indicazioni sulla riforma del welfare, assicurando alle Oo.Ss. un confronto...successivo, di cui, peraltro, non si intravede l'inizio.

Crediamo che ormai sia finito il tempo delle analisi, delle prudenti attese e dei doverosi distinguo tra le diverse anime della coalizione governativa. Dopo due anni e mezzo di governo, dopo tre finanziarie crediamo di essere giustificati nel sostenere che questo esecutivo, nella sua azione, mostra scarsa attenzione e interesse, se non proprio ostilità, per i problemi sanitari e sociali.

il Governo manifesta un profondo fastidio verso il mondo del lavoro in genere e delle sue rappresentanze in particolare: i sindacati. Con essi non si concerta, li si esclude dalle decisioni, li si minaccia e delegittima a favore, nel nostro caso, di altre forme di rappresentanza come gli ordini, non deputati a tutelare gli interessi della categoria, ma disposti oggi ad un servile collateralismo.

L'analisi di quanto sta accadendo è facile e così evidente che ha spinto le tre grandi confederazioni, prima divise, ad atteggiamenti comuni.

Lo stesso risultato l'esecutivo lo ha prodotto nel mondo più piccolo e più frammentato della dirigenza sanitaria. Da molti anni non accadeva che tutte le sigle esistenti, più di 40, firmassero un unico documento di protesta e si accingessero a dichiarazioni ed azioni congiunte.

È il momento in cui ognuno di noi deve riflettere ed uscire dal chiuso dei propri interessi personali!

Di fronte a situazioni di grave rischio per la tenuta del Ssn e per la nostra condizione professionale, dobbiamo scegliere se adeguarci ad un diffuso costume nazionale che, privilegiando il disimpegno, il disinteresse e la paura, consiglia di stare alla finestra lasciando ad altri l'impegno, oppure invece, onorare un ruolo di oggettiva dirigenza che in questo Paese rappresentiamo, in modo più o meno consapevole. Se questa è la scelta, e non può essere che questa, ciascuno di noi ha il dovere di informarsi, di capire e di impegnarsi per difendere insieme ad altri con parole ed azioni la sopravvivenza del Ssn e dei propri legittimi interessi.

Dobbiamo mobilitarci per ottenere:

- i finanziamenti adeguati per il Ssn: il governo deve onorare gli impegni assunti per il passato (circa 40mila miliardi) ed investire per il 2004 risorse pari al 7% del Pil;
- la creazione di un fondo a carico della fiscalità generale per i non autosufficienti;
- la trasformazione delle borse di studio degli specializzandi in contratti di formazione lavoro;
- gli stanziamenti sufficienti per il rinnovo contrattuale;
- la riscrittura dell'atto di indirizzo del comitato di settore;
- la creazione di un efficace sistema di tutela del rischio professionale;
- l'attivazione del tavolo a tre per le modifiche dello stato giuridico;
- l'abolizione delle penalizzazioni previdenziali per i dipendenti pubblici e individuazione di incentivi soprattutto fiscali adeguati allo sviluppo della previdenza integrativa.

Serafino Zucchelli

Ssn e facoltà di medicina: una integrazione possibile?

segue da pag 10

le strutture universitarie.

Alberto Sensi è partito dai differenti stati giuridici del personale per ipotizzare soluzioni radicali di omogeneizzazione che riducano la differenza di ruoli operativi.

L'innesto delle Facoltà nel tessuto preesistente degli ospedali, infatti, non ha prodotto una nuova forma che superasse la rigidità dei due sistemi, vivificando e permeando entrambe le istituzioni. Ne consegue la necessità di armonizzare e far convergere la normativa universitaria e quella ospedaliera che oggi si trovano a dover rispondere a logiche non necessariamente conciliabili.

Laura Stabile e **Claudio Campieri** hanno illustrato le problematiche dei medici specializzandi insieme con interessanti esperienze formative a livello ospedaliero.

La discussione in merito alla applicazione del Dl 368/99 apre nuovi spazi alla adozione di un iter formativo che coinvolga a tempo pieno il medico specializzando.

Recentemente le Regioni hanno proposto di considerare il primo biennio come borsa di studio ed il triennio successivo come contratto di formazione lavoro da svolgere nelle strutture del Ssn. Da questa proposta si può partire per recuperare un ruolo formativo al Ssn e mettere in discussione la convinzione politica autoreferenziale della superiorità culturale della uni-

versità nella formazione post laurea ed il conseguente monopolio teso a rimarcare la diversità del mondo accademico rispetto ai medici ospedalieri che costituiscono l'ossatura del Ssn senza escludere la possibilità di rivedere la previsione della specializzazione come requisito per l'accesso alla dirigenza al fine di anticipare l'ingresso di medici nel mondo del lavoro

La tavola rotonda

La successiva tavola rotonda, cui hanno partecipato **Rosy Bindi** (Margherita), **Giacomo Baiamonte** (FI), l'assessore alla Salute della Regione Toscana **Enrico Rossi** e il dottor **Costantino Troise**, ha analizzato la normativa esistente riconoscendo che il Dlgs n. 517/1999 pur rappresentando un importante e positivo momento di discontinuità non ha risolto i molteplici problemi legati alla convivenza di diverse componenti mediche con diritti e doveri differenti. Né l'istituzione del dipartimento ad attività integrata, oggetto ancora misterioso per molti aspetti, appare sufficiente a uniformare comportamenti legati a differenti stati giuridici e differenti, per quanto legittime, ambizioni di carriera. Anzi, tale modello organizzativo si configura come l'ennesimo luogo di asimmetria del potere, amplificata dalle linee-guida che affidano la nomina dei Direttori a puri ed indefiniti criteri di essenzialità didattica, assoluta da ogni valutazione di coerenza con la gestione di risorse assistenziali.

Oggi il ruolo del legislatore è quasi interamente nelle mani degli Assessori Regionali. In questa ottica l'Assessore Rossi, riconoscendo trattarsi di una sfida alle capacità di governo, ha manifestato disponibilità a verificare la esistenza delle condizioni per individuare una rete formativa post-laurea regiona-

le ospedaliera orientata al saper fare.

Serafino Zucchelli, segretario nazionale Anaa Assomed, ha concluso i lavori auspicando un serio confronto che coinvolga tutti gli attori interessati al futuro del sistema sanitario e di quello formativo e preveda un ripensamento delle attuali politiche, nazionali e regionali.

L'Anaa Assomed intende adoperarsi, anche in collaborazione con altre Oo.Ss. Mediche, per le modifiche normative ed organizzative necessarie a rendere i rapporti Università-Ssn meno conflittuali, più rispettosi dei fini istituzionali, orientati ad assicurare una maggiore aderenza alle attese che la società civile giustamente "pretende" dal sistema integrato formazione medica-ricerca-assistenza sanitaria, individuando l'interlocutore negli assessori regionali alla Sanità.

Iniziando dalla richiesta di applicazione dei principi enunciati dal Dlgs 517/99 e ponendo nel contempo il problema della limitatezza e della iniquità della normativa vigente per la gestione delle aziende miste, l'Anaa Assomed ritiene che l'Azienda Integrata può nascere solo reclutando le intelligenze professionali di tutti i livelli e di ambedue le appartenenze, ospedaliera ed universitaria, alla mission aziendale (assistenza, didattica, ricerca). L'integrazione è possibile ed indifferibile a condizione che un nuovo modello organizzativo delimiti gli spazi assistenziali necessari all'università e riconosca anche da un punto di vista economico il lavoro formativo svolto dai medici ospedalieri.

*A.O. San Martino e Cliniche Universitarie
Convenzionate- Genova

Coordinatore Commissione Rapporti con l'Università
Anaa Assomed

DIRIGENZAMEDICA

Il mensile dell'Anaa Assomed

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

direttore
Serafino Zucchelli

direttore responsabile
Silvia Procaccini

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

Hanno collaborato:
Arianna Alberti, Eva Antoniotti,
Paola Carnevale, Lucia Conti,
Fabio Florianello, Domenico Iscaro,
Francesco Maria Mantovani, Gianluigi Scaffidi,
Stefano Simoni, Claudio Testuzza,

Costantino Troise
È intervenuto:
Renato Balduzzi

Coordinamento editoriale:
Cesare Fassari

Progetto grafico e impaginazione:
Giordano Anzellotti (art director), Giovanna Fioroni

Abbonamento annuo € 20,66
Prezzo singola copia € 2,50

Editore

Italpromo Esis Publishing
Via del Commercio 36, 00154 Roma
Telefono 065729981 - fax 0657299821/2
Registrazione al Tribunale di Milano n. 182/2002 del 25.3.2002
Diritto alla riservatezza: "Dirigenza Medica"
garantisce la massima riservatezza dei dati forniti
dagli abbonati nel rispetto della legge 675/96

Stampa: Tecnostampa srl - via Le Brece 60025 Loreto (An)
Finito di stampare nel mese di novembre 2003