

dm

dirigenza medica

LA SANITÀ IN PARLAMENTO
INTERVISTE AI PRESIDENTI
DELLE COMMISSIONI SANITÀ
DI CAMERA E SENATO
pagina 4

Pierpaolo Vargiu Emilia Grazia De Biasi

**ANAAO
ASSOMED**
ASSOCIAZIONE MEDICI DIRIGENTI

**LA PRIMA CONFERENZA NAZIONALE
ANAAO GIOVANI**

ANAAO GIOVANI
ASSOCIAZIONE MEDICI DIRIGENTI

IL FUTURO E IL PRESENTE DELLA NOSTRA ASSOCIAZIONE

Contratto

Sindacati compatti contro nuova proroga del blocco della contrattazione e degli automatismi stipendiali per il Pubblico Impiego

a pagina 6

Osservasalute

Italiani in buona salute nonostante la crisi e le cattive abitudini. Il rapporto 2012 dell'Università Cattolica

a pagina 8

EDITORIALE

di Costantino Troise



INSIEME PER CAMBIARE

“L'Italia non è certo un Paese per giovani. E nemmeno il suo sistema sanitario appare friendly per le nuove generazioni”. Con queste parole aprivo un editoriale di Dirigenza Medica che annunciava la nascita di Anaaio Giovani.

Sono passati quasi tre anni, si sono avvicendati tre Governi, il Servizio sanitario nazionale è entrato in una crisi di sistema, figlia anche, ma non solo, del più profondo sconvolgimento economico e sociale del dopoguerra, ma nessuna delle criticità dei giovani medici che allora evidenziavo ha trovato soluzione.

Sono più che mai attuali le tematiche della I Conferenza Nazionale Anaaio Giovani del 19 giugno a Bari che continuano “a mordere” una nuova generazione di medici “un lunghissimo periodo formativo, una insufficiente expertise professionale, una stagione di precariato che sembra eterna, un futuro previdenziale reso drammatico dalla rottura del patto intergenerazionale”.

Una generazione, quella che ha scelto il corso di laurea in medicina o biologia, ancora a rischio di smarrimento, un fenomeno sociale che si aggira nel Paese, non solo il nostro, come una mina vagante. Anzi, sta assumendo dimensioni preoccupanti la fuga dall'Italia durante il periodo di formazione specialistica, portando via energie e competenze e vanificando lo stesso investimento formativo. Ed aumenta la lunghezza del periodo di disoccupazione o sottoccupazione, producendo effetti a lungo termine soprattutto per quanto riguarda reddito, possibilità di carriera, previdenza. Stride con questo scenario la presenza e l'estendersi di una sfiducia, profonda e generalizzata, verso tutti e tutto. Compreso il sindacato. Giovani apparentemente disinteressati del presente. E del futuro. Immersi in una sorta di lettura abulica della realtà che rende tutto uguale, riluttanti a cogliere le differenze, propensi a vedersi nella notte in cui tutti i gatti hanno lo stesso colore. Paradossalmente, l'acuirsi di incertezze e criticità nel mondo del lavoro si accompagna al distacco dal mondo sindacale, facendo ritenere antiquata l'idea associativa come forma orga-

nizzata di tutela delle aspettative e dei legittimi interessi individuali e generali. O forse inutile l'agire perché nessuno rimanga solo con i propri problemi. Una illusione, la solidarietà professionale, che fa assumere i problemi di uno come problemi di tutti. “*An injury to one is an injury to all*” era il motto di un sindacato americano del primo Novecento. Comunque sia, è messa in discussione l'effettiva capacità delle organizzazioni sindacali di rappresentare in maniera adeguata le molteplici forme del lavoro in sanità e le diverse funzioni in cui viene declinato, e di allineare il modello organizzativo alle nuove modalità di aggregazione professionale e sociale. La difficoltà a coinvolgere i giovani rischia di rendere non più edulcorabile la crisi del sindacato, comune a confederali ed autonomi, espressione anche dell'onda lunga del pensiero anti istituzioni, che la crisi economica ha alimentato ed amplificato, giunto a considerare i sindacati partecipi di un complotto contro i giovani. Anche l'iscrizione all'Anaaio Assomed per un medico giovane è oggi difficile, apparendo non adeguatamente risolta la contraddizione tra esigenza di tutela e rappresentanza di legittimi interessi e prerogative e la spinta all'atomismo, al chiudersi in un cerchio dove coltivare il proprio particolare. Per di più, appare interrotta la stessa linearità del percorso studio-lavoro che ha caratterizzato le generazioni precedenti. L'ospedale non è più la meta agognata né il punto di arrivo di una storia naturale del “fare il medico”, di un percorso formativo lungo più di 10 anni. Complici il peggioramento delle condizioni di lavoro, e delle retribuzioni, nonché il fallimento della programmazione dei fabbisogni formativi specialistici, in alcune discipline cominciano a diffondersi forme di lavoro, anche di tipo collegiale, nelle quali i medici rifuggono lo status di dipendente per muoversi come autonomi cottimisti di lusso. Nemmeno il sorpasso di genere che si profila in Sanità appare accompagnato da una “rivoluzione” che a parole si proclama, ma che nei fatti non riesce ad esprimere una diffusa consapevolezza della necessità di un sog-

getto sindacale coerente col disagio femminile rispetto agli storici canoni organizzativi in Sanità. Un soggetto capace, cioè, di un'elaborazione finalizzata a rappresentanza e protagonismo, non solo verso modelli di lavoro life balanced, ma anche verso la costruzione di modelli di cura attraversati dal pensiero e dall'espressione della differenza.

L'offerta sindacale oggi, polverizzata in una miriade di sigle anche micro, è caratterizzata troppo spesso da profili di “medici arrivati”, poco percepiti come colleghi partecipi di un'unica battaglia professionale, quasi una controparte o comunque una parte che ha scaricato sui giovani debiti individuali e contraddizioni di sistema. Le stesse modalità della attività sindacale non sono giudicate adeguate alla nuova democrazia rappresentativa e partecipativa, dei blog, di facebook o youtube. Senza una forte assunzione di responsabilità verso le nuove leve da parte del sindacato si produrranno ulteriori guasti sociali, fratture tra giovani e non, nuove divisioni e contraddizioni in un mondo del lavoro completamente diverso rispetto a soli 20 anni fa.

Un sindacato come l'Anaaio Assomed non può non tenerne conto. Quando cambia il contesto, cambiare il nostro modo di essere non è più una scelta ma una necessità.

“Anaaio Giovani” deve dimostrarsi capace di dare una risposta concreta e diretta alle nuove realtà del lavoro medico e professionale, ma nello stesso tempo un banco di prova della nostra volontà di avviare e governare un ricambio generazionale favorendo la unione e la contaminazione di esperienze, anche attraverso la partecipazione dei giovani agli organismi statutari a tutti i livelli. Non un rinnovamento anagrafico, omaggio alla moda giovanilista del tempo, ma la consapevolezza della necessità di cambiare il modo di essere sindacato, a cominciare dall'immagine e dalla percezione che del sindacato hanno molti colleghi giovani.

“Anaaio Giovani” deve essere un laboratorio di under 40, attrezzato per

“Anaaio Giovani” deve dimostrarsi capace di dare una risposta concreta e diretta alle nuove realtà del lavoro medico e professionale, ma nello stesso tempo un banco di prova della nostra volontà di avviare e governare un ricambio generazionale

Contratti atipici e precariato

di Domenico Montemurro

Un guaio che parte dalla formazione pre e post laurea

Il preambolo

È dal 2009 che la sanità italiana è colpita da tagli indiscriminati che hanno raggiunto una completa legittimazione con la spending review, tanto che si continua a riscoprirla come una grande occasione. Forse lo sarà stata, ma i fatti non lo dimostrano. Se partiamo dall'ultimo concorso di specializzazione, i contratti di formazione specialistica sono passati da 5mila unità finanziate dal Miur a 4.500 con un tasso di laureati in medicina e chirurgia che va ben oltre i 6.500. Come se non bastasse le borse di studio del corso di medicina generale, hanno subito una contrazione arrivando a 924 unità. Le università negli ultimi cinque anni hanno portato il numero chiuso ad oltre 10mila accessi. Bastano questi dati per comprendere come i ministeri competenti e le regioni non attuino da anni una programmazione del numero dei medici da formare e inserire nel sistema sanitario. Se è vero che tra meno di 15 anni vi saranno 30mila medici in meno, allora aprire il numero chiuso non deve costituire la "giustificazione" che compensa il minor gettito del fondo di finanziamento ordinario destinato alle Università, e soprattutto a quelle che non sono neppure in grado di garantire una adeguata offerta formativa. Quindi i fatti dimostrano come migliaia di giovani medici laureati, non potranno accedere ai corsi di formazione specialistica e di medicina generale, prerequisito per occupare posizioni lavorative nel sistema sanitario. I dati della Fnomceo (2012), mostrano come la maggior parte delle specialità sia concentrata nelle fasce tra i 54 e i 64 anni e il 23% sono "over 65". Le specialità a rischio nell'intervallo di tempo 2000-2012, sono i pneumologi (-8.87%), i gastroenterologi (-6.84%), i pediatri (-5.95%), i chirurghi generali (-2.69), seguiti dai cardiologi (-2.65%). Inoltre spesso i posti a bando rimangono vacanti e verosimilmente perché si opta per discipline potenzialmente remunerative come la chirurgia estetica o bariatrica, la chirurgia maxillo-facciale o per quelle che danno immediato sbocco professionale come la radioterapia, la radiologia, l'anestesia o per quelle che riducono il ricorso alla medicina difensiva.



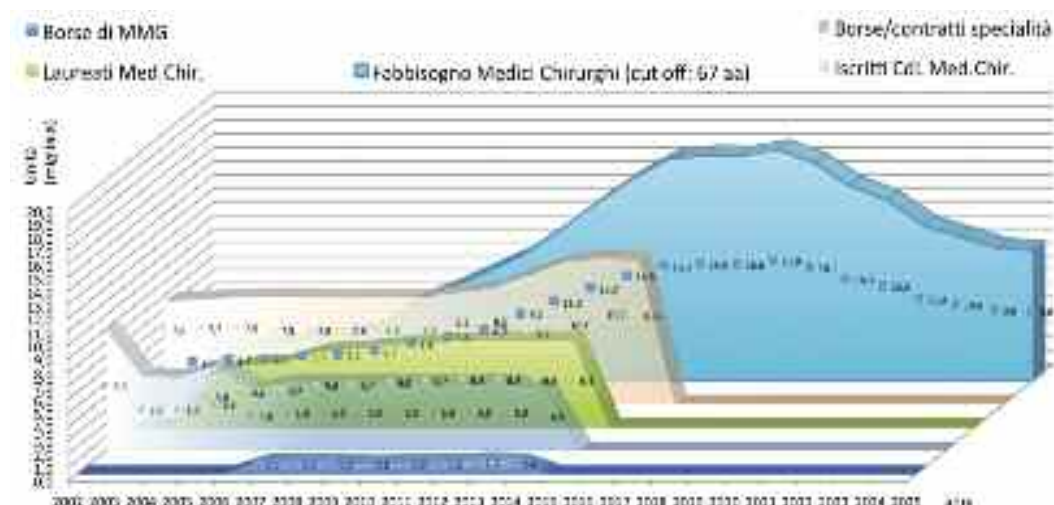
Le incertezze del futuro

Fatte queste considerazioni appare evidente come quest'anno al concorso nelle Scuole di Specializzazione, il taglio del 10% dei posti, sia stato effettuato sui vacanti degli anni passati, mostrando una miopia del tutto irrazionale. Ancora una volta i numeri mostrano come a fronte di una gobba pensionistica, vi sia una strozzatura che impedisce ora e dopo, di poter dare certezze al futuro lavorativo dei giovani che saranno

costretti ad un lavoro precario o comunque lontano dalla propria vocazione professionale. Una mancata stabilizzazione comporta una riduzione della trasmissione di competenze professionali, un deciso sfruttamento di forza lavoro a basso costo con una disaffezione dei professionisti al datore/ente di lavoro, una perdita previdenziale e l'impossibilità di poter usufruire delle garanzie sociali che offre un contratto di lavoro (ac-

[segue a pagina 14](#) ►

CONFRONTO TRA VOLUMI-TREND DI ISCRITTI-LAUREATI IN MEDICINA E CHIRURGIA, PERCORSI POST-LAUREA (SPECIALIZZAZIONI-CORSO DI FORMAZIONE IN MEDICINA GENERALE) E PROIEZIONE FABBISOGNO MEDICI



La sanità in Parlamento

La sfida de

Interviste a Pierpaolo Vargiu, presidente della Commissione Affari Sociali e ad Emilia Grazia De Biasi, presidente della Commissione Igiene e Sanità

Pierpaolo Vargiu (Scelta Civica)

L'obiettivo è ridurre gli sprechi e le inefficienze senza tagliare dove non si dovrebbe

Pierpaolo Vargiu (SC), medico radiologo già presidente della Federazione degli ordini dei medici e degli odontoiatri della Sardegna, è al suo debutto in Parlamento. Non è però un novellino della politica in quanto è stato consigliere regionale nella sua Sardegna. Al suo esordio da Presidente della XII Commissione è stato relatore sul DL di conversione del decreto Balduzzi. Un provvedimento dal forte valore etico e che disciplina la sperimentazione per il cosiddetto metodo Stamina. Su questo Vargiu dice di essere "soddisfatto per come la Commissione ha lavorato di concerto, senza spaccature".

Presidente Vargiu, come vive questo suo debutto da parlamentare chiamato a guidare la Commissione Affari Sociali della Camera?

Sono stato chiamato ad un impegno di immensa responsabilità per il quale è necessario che io sia attento e disponibile nei confronti degli stakeholder della sanità ma anche delle esigenze dei cittadini e delle associazioni dei pazienti.

Che esperienza porta della sua vita professionale in Parlamento?

Per tutta la vita mi sono occupato di politica sanitaria. L'ho fatto come presidente della Federazione dell'ordine dei medici della Sardegna e l'ho fatto per anni come consigliere regionale in Sardegna. Ho le mie idee sulle criticità del mo-

dello di welfare occidentale oggi entrato in crisi. So che il Pil non cresce mentre la spesa sanitaria tende a farlo, per cui la sfida di buon governo per questa legislatura sarà riuscire a garantire ai cittadini prestazioni sempre migliori con minori risorse. Se dovessimo affidarci ai tagli lineari faremmo un disastro.

A proposito di tagli lineari cosa risponde a chi ha accusato il governo Monti di aver operato, con la spending review, tagli lineari senza distinzioni?

Che la spending review è il contrario dei tagli lineari. La spending review ha l'ambizione di riuscire ad identificare quali sono le sacche di spreco che forniscono prestazioni inappropriate e che quindi non servono al cittadino.

Tra le prestazioni inappropriate che generano sprechi c'è la medicina difensiva che costa miliardi l'anno. Che fare?

Bisognerebbe incidere sui risarcimenti, sul sistema assicurativo e sul controllo del rischio che oggi non ha l'attenzione che dovrebbe avere. I medici per tutelarsi spesso richiedono esami e prestazioni che non hanno niente a che vedere con l'effettiva tutela della salute del paziente solo nell'ipotesi di causa davanti ad un giudice.

Quali sono secondo lei i nodi di politica sanitaria da affrontare?

Il governo clinico, per cui la politica deve avere un'azione regolatrice restando lontana da tutto ciò che è scelta tecnica. Ma anche il riequilibrio ospedale-territorio di cui si parla da tanto. Perché se il territorio non funziona è evidente che tutta la tensione si scarica sull'ospedale che rischia il collasso. Basta pensare ai pronti soccorsi intasati dai codici bianchi e, in direzione opposta, basta pensare ai pazienti dimessi dagli ospedali che non vengono presi in carico da un sistema di care giver che possa tutelare il paziente e stabilizzarlo all'interno della medicina del territorio.

Come fare tutto questo in assenza di risorse?

Insieme alla Commissione Bilancio affronteremo il tema della sostenibilità dell'attuale sistema di welfare sanitario. Stiamo cercando di capire come mantenere sostenibile il sistema. L'obiettivo è ridurre gli sprechi e le inefficienze senza tagliare dove non si dovrebbe cercando di usare ogni euro a nostra disposizione per destinarlo al malato e al mondo delle professioni.

Crede che questo Parlamento tornerà ad occuparsi delle tematiche etiche?

Credo che sui temi etici ci sia una sensibilità diversa a seconda della propria formazione culturale e che quindi debbano essere affrontati con



La sostenibilità

estrema cautela. Senza ideologismi, azioni dirompenti, senza violenze di una parte nei confronti dell'altra. Sono temi che hanno una quantità tale di implicazioni che ogni decisione deve essere preceduta da ampio dibattito per cercare il consenso più ampio.

Emilia Grazia De Biasi (PD)

Alla razionalizzazione del sistema ospedaliero deve corrispondere un servizio alternativo sul territorio

“Avremmo bisogno di un paio di legislature per risolvere tutti i problemi”. Scherza ma neanche troppo Emilia Grazia De Biasi, PD, eletta presidente della Commissione Igiene e Sanità del Senato, riassumendo il lavoro che da qui in avanti lei e i suoi colleghi dovranno affrontare. Perché “c'è bisogno di fare ordine e creare delle situazioni quadro all'interno della quali man mano affrontare i diversi temi”. E comunque il piano di lavoro aggiunge De Biasi “sarà fatto di concerto con la ministra Lorenzin perché l'intenzione della Commissione è lavorare, seppur in autonomia, in accordo con il ministero”.

Presidente De Biasi su cosa si concentrerà il lavoro della Commissione?

Abbiamo iniziato il lavoro con ritardo e questo fa sì che vengano a maturazione tutta una serie di problematiche che vanno affrontate rapidamente in una situazione di crisi economica importante per la vita delle persone. Ci sono difformità nella qualità e quantità delle prestazioni offerte sul territorio che genera una disuguaglianza profonda di carattere sociale tra i cittadini. Non possiamo più permetterci di considerare i problemi della sanità in chiave esclusivamente economica.

State ragionando sulla sostenibilità del sistema?

Abbiamo deciso di istituire un'indagine conoscitiva sulla sostenibilità del sistema in cui avremo. Analizzeremo i problemi di carattere sociale e di rapporto tra l'ospedalizzazione e il territorio. Se ci sono esigenze di razionalizzazione nel sistema ospedaliero, è del tutto evidente che alla razionalizzazione deve corrisponde-



re un servizio alternativo sul territorio. Il lavoro da aprire riguarda il territorio, la concezione del Ss sul territorio nazionale e la difformità da regione a regione. L'interpretazione del Titolo V della Costituzione ha prodotto una difformità di modelli sul territorio nazionale questo è un punto su cui lavorare moltissimo. Va bene il federalismo ma temperato con il concetto del solidarismo. Non un regionalismo esasperato.

Sostenibilità significa anche eliminazione degli sprechi.

Abbiamo bisogno di fare un check sulla situazione perché da tanto tempo non si fa. Faremo un passo alla volta confidando che il ministero ci dia una mano aprendo nuove piste di lavoro. Mi piacerebbe che la sanità non si considerasse solo dal punto di vista economicista degli sprechi che ci sono, ma al contempo dobbiamo considerare anche le tante buone pratiche che possono essere prese a modello ad esempio per fare una sanità che sia per tutti.

Cos'altro prevede la vostra agenda?

La seconda indagine conoscitiva riguarderà le conseguenze dei danni ambientali sulla salute delle persone. Tema di straordinaria attualità per la vicenda dell'Ilva ma non solo. Non è un'indagine sull'Ilva. Il nostro obiettivo è occuparci

di un tema molto ampio perché riguarda la sicurezza dei luoghi di lavoro, dunque la prevenzione fino allo sviluppo sostenibile. Il terzo punto è la psichiatria. Partendo dal superamento degli Opg dovremo affrontare il tema in modo molto ampio cominciando dalle strutture che non dovranno essere ospedaliere ma territoriali. Con le regioni dovremo lavorare su un piano nazionale della psichiatria e sulla salute mentale. Poi c'è la violenza sulle donne e le proposte di legge sul femminicidio. La ministra Idem ha proposto una task-force multidisciplinare sulla violenza nei confronti delle donne e penso che la Commissione debba interessarsi nel merito per quel che riguarda la parte sanitaria di nostra competenza.

Ci sarà spazio per rimettere mano anche a tematiche etiche come la fecondazione assistita o al testamento biologico?

Per quanto riguarda i temi etici per il momento credo che ci siano altre priorità. Non c'è dubbio che il tema della sterilità nel nostro Paese richiede una legge di altra natura rispetto alla legge 40, meno crudele. E quindi lavorare contestualmente sul tema della ricerca in Italia sulle staminali sia già un primo passo in avanti considerato che il nostro Paese è tra i maggiori acquirenti al mondo di queste cellule.

Proroga del blocco della contrattazione e degli automatismi stipendiali per il Pubblico Impiego



Ecco perchè diciamo no

L'Anaao Assomed e la Cosmed hanno inviato ai Ministri dell'Economia e Finanze e della Pubblica Amministrazione e ai parlamentari alcune considerazioni in merito alle disposizioni con le quali il Governo vuole estendere a tutto il 2014 gli effetti, perversi e penalizzanti, dell'articolo 9 della legge 122/2010. In queste pagine il documento integrale che spiega le motivazioni della non applicabilità del decreto ai dirigenti del ruolo sanitario.

Molteplici, rilevanti ed oggettive sono le motivazioni che ci spingono ad avanzare per i dipendenti del Ssn ed in particolare per i Dirigenti dipendenti del ruolo sanitario le richieste di seguito riportate in due ipotesi alternative.

PRIMA IPOTESI

Non attuazione della proroga di 1 anno (a tutto il 2014) delle disposizioni contenute all'art. 9, commi 1, 2 e 2 bis della Legge 122/2010 e del blocco della contrattazione nazionale, in attuazione del dettato dell'art. 16 commi 1 e 2 della Legge 111/2011.

Motivazioni generali

- Il provvedimento nella sua interezza presenta forti dubbi di iniquità per i seguenti motivi:
- è indirizzato solamente al Pubblico Impiego;
- sono esclusi dalla proroga del blocco senza apparente motivo le categorie non contrattualizzate del Pubblico Impiego (Categorie Speciali), pur essendo presente nella loro dinamica retributiva frequenti e preponderanti elementi di automatismi stipendiali e pur essendo il costo delle retribuzioni di alcune di queste categorie fra le più elevate all'interno della dirigenza statale;
- rende eccessiva la durata del blocco indotto dalla Legge 122/2010 e ne aggrava ulterio-

mente gli affetti negativi.

- Presenta anche palesi elementi di incoerenza per i seguenti motivi:
- La sua attuazione spesso è in palese contrasto con uno dei suoi obiettivi: "Blocco degli automatismi stipendiali per il Pubblico Impiego". Nei fatti non si tiene conto delle forti differenze nelle dinamiche stipendiali fra le diverse aree dirigenziali del Pubblico Impiego, ma anzi attraverso il blocco viene attuato l'ennesimo taglio lineare alle retribuzioni.
- I provvedimenti contenuti nella proposta di Dpr mancano di una attenzione selettiva alle condizioni specifiche delle varie aree e comparti ed alle profonde differenze esistenti fra le diverse normative contrattuali. Tutto ciò ha già creato e potrà continuare a creare confusione ed eventuali abusi, infatti vengono erroneamente ricomprese all'interno dell'area normativa, su cui si esercitano i rigori delle disposizioni legislative, alcune dinamiche contrattuali che hanno il solo torto di essere diverse da quelle usuali, perché specifiche di alcune categorie e perché usufruiscono di una tassonomia peculiare.
- La proroga delle disposizioni contenute all'art. 9 della legge 122/2010 e del blocco della contrattazione smentisce nei fatti tutte gli

impegni manifestati dal Governo e dalle forze politiche ad evitare i tagli lineari ed ad incentivare invece i provvedimenti meritocratici.

- Le disposizioni presenti in tale regolamento creano inoltre forti dubbi di inopportunità. Il perdurare della durata (ormai eccessiva) del blocco del rinnovo dei contratti nazionali, delle progressioni di carriera (anche di quelle non automatiche), delle dinamiche retributive associate all'enfasi data fino ad ora a tutte le disposizioni punitive nei riguardi dei dipendenti pubblici ha fatto diventare certezza il dubbio, fino ad ora avuto, di accanimento nei riguardi del Pubblico Impiego conseguente all'esistenza nel Governo di furore ideologico.

Non è con la punizione di tutti che si risolvono gli eventuali problemi di inefficienza di una minoranza, conseguenti anche a forti responsabilità politiche, o si esorcizzano tali responsabilità.

Motivazioni specifiche nei riguardi della Dirigenza Sanitaria

- L'esistenza d'iniuria risulta evidente in modo palese e fuori da ogni possibile dubbio, se si valutano gli effetti economici delle disposizioni sulla dirigenza sanitaria.

- Il solo blocco della contrattazione nazionale dal 2010 al 2012; in base ai dati ufficiali di inflazione avuti nei suddetti anni, ha determinato una riduzione del potere di acquisto medio pro capite della suddetta categoria, di circa:

anno 2012 11.360 Euro complessivi dal 2010 al 2012, 6.380 Euro medi per quest'anno.

- L'estensione del suddetto blocco a tutto il 2014 porterebbe la riduzione media del potere di acquisto pro capite a circa:

anno 2013 19.510 Euro complessivi dal 2010 al 2013, 8.150 Euro medi per quest'anno;
anno 2014 29.520 Euro complessivi dal 2010 al 2014, 10.000 Euro medi per quest'anno.

- Gli effetti determinati dall'applicazione spesso errata delle altre disposizioni presenti all'art. 9 della legge 122/2010, in conseguenza della grossolanità della norma legislativa (non tiene conto della peculiare specificità legislativa e contrattuale della dirigenza sanitaria nel Pubblico Impiego, della diversa dinamica retributiva e della diversa tassonomia delle voci retributive) hanno inoltre aumentato il danno medio pro capite:

anno 2012 13.000 Euro complessivi dal 2010 al 2012, 7.300 Euro medi per quest'anno, -8,5% della retribuzione media percepita nel 2010.

- La proroga a tutto il 2014 del blocco dei Contratti Nazionali e delle disposizioni presenti al suddetto art. 9 determinerebbe una riduzione media del potere di acquisto pro capite di circa:

anno 2013 22.200 Euro complessivi dal 2010 al 2013, 9.900 Euro medi per quest'anno; - 11,5% della retribuzione media percepita nel 2010.

anno 2014 33.800 Euro complessivi dal 2010 al 2014, 12.100 Euro medi per quest'anno, -14,1% della retribuzione media percepita nel 2010.

I dati sopra riportati mostrano chiaramente la dimensione iniqua delle penalizzazioni subite dalla dirigenza sanitaria già dal 2010 in poi (le più pesanti fra tutti i dipendenti del Pubblico Impiego) e gli effetti ulteriormente perversi che determinerebbe le norme presenti nella proposta di Dpr.

- La volontà del Governo di estendere al 2014 gli effetti della proroga delle disposizioni presenti all'art. 9 del D. Lgs. 122/2010 e del blocco della contrattazione nazionale ai dipendenti del Ssn suscita inoltre forti dubbi di irrazionalità per i seguenti motivi:

1. Il comparto Sanità, fra tutti quelli del Pubblico Impiego, è quello che presenta una particolare specificità.

È irrazionale pensare di governare questa specificità del Ssn ed i processi di riorganizzazione in atto con delle disposizioni di blocco generalizzato delle dinamiche contrattuali soprattutto della dirigenza sanitaria, rinunciando ad uno degli strumenti più importanti per il coinvolgimento della stessa nei processi riorganizzativi e di ottimizzazione, con ovvii vantaggi economici e temporali.

Tutto questo per ottenere il risparmio aggiuntivo del solo 2014 (nel 2013, anche in presenza di un nuovo Ccnl non vi potrebbe essere alcun aumento contrattuale per effetto delle disposizioni presenti al suddetto art. 9, già vigenti dal 2010), quantificabile in 190 milioni di Euro circa per circa 105.000 dirigenti sanitari, cifra di gran lunga inferiore a quella aggiuntiva generata dagli effetti perversi di tali disposizioni.

2. È irrazionale parlare nel Dpr di blocco di automatismi contrattuali ed in conseguenza di ciò estendere anche alla dirigenza sanitaria gli effetti della proroga delle disposizioni presenti all'art. 9 del D. Lgs. 122/2010 ai:

- co. 1 (blocco della retribuzione individuale a quella ordinaria del 2010),
- co. 2 (blocco della retribuzione per ciascuna posizione funzionale a quella indicata nel precedente contratto individuale),
- co. 2 bis (blocco del importo economico del trattamento accessorio al livello aziendale a quello dell'anno di competenza 2010 e riduzione dello stesso in conseguenza della riduzione stabile della dotazione organica).

La particolare architettura della dinamica di carriera di questa dirigenza (sancita da leggi e contratti nazionali) prevede nella quasi totalità dei casi una dinamica basata sull'esistenza di esigenze aziendali e sul superamento di verifiche periodiche da parte di organismi terzi basata sulla valutazione dei curriculum professionali individuali e dei risultati ottenuti.

Tale architettura nella realtà non ha nulla a che vedere con gli automatismi contrattuali.

Tutto ciò non può essere vanificato solamente

per la grossolanità della norma legislativa, (non esplicita le necessarie eccezioni per la dirigenza sanitaria in considerazione della sua peculiare specificità legislativa e contrattuale e della diversa dinamica retributiva, nonché della diversa tassonomia delle voci retributive) e per la superficialità degli automatismi legislativi basati su tagli lineari. L'irrazionale estensione di tale blocco alla dirigenza sanitaria ha fino ad ora determinato due risultati tangibili:

- il fiorire di un numero elevato di contenziosi legali;
- un risparmio fittizio per le casse dello stato che sarà vanificato in buona parte a breve dalla conclusione delle vertenze legali.

L'estensione di tale blocco al 2014 aumenterebbe ulteriormente il contenzioso legale a fronte in ultima analisi di un possibile reale risparmio per tale anno irrisorio per le casse dello Stato:

PENALIZZAZIONE media pro capite 420 Euro circa;

RIDUZIONE complessiva della massa salariale 44 milioni Euro circa.

Alla luce degli oggettivi dubbi di irrazionalità sollevati, ne vale la pena?

SECONDA IPOTESI

Nel caso di un non recepimento della 1^a ipotesi di richiesta, malgrado i forti dubbi avanzati sulla ratio delle disposizioni proposte con il Dpr e la logicità delle eccezioni sollevate, si propone in subordine la seguente richiesta alternativa:

Non attuazione per la dirigenza sanitaria della proroga di 1 anno (a tutto il 2014) delle disposizioni contenute all'art. 9, commi 1, 2 e 2 bis della legge 122/2010, in attuazione del dettato del dettato dell'art. 16 commi 1, lett. e) della Legge III/2011.

Motivazioni e riflessioni Le motivazioni di questa richiesta sono quelle già sollevate in precedenza. A queste si aggiungono le riflessioni, di seguito riportate, che ulteriormente le rafforzano.

Fondo di posizione variabile aziendale

Questo fondo concorre alla parte accessoria della retribuzione e serve soprattutto a permettere all'azienda di attribuire posizioni funzionali diverse e di maggiore responsabilità ed utilità strategica per l'azienda.

Le risorse liberate dalla riduzione stabile della dotazione organica, che per disposizione contrattuale debbono essere riversate nel fondo di posizione variabile aziendale, non costituiscono un aumento della massa salariale ma solamente un giro di conto e nella realtà sono solo una piccola parte rispetto all'importo della retribuzione unificata dei cessati (parte fondamentale della retribuzione), che per disposizione contrattuale viene riassorbita dall'Azienda.

Fondo per particolari condizioni di lavoro

Anche questo fondo concorre alla parte accessoria della retribuzione e serve soprattutto a retribuire particolari condizioni di lavoro disagiate (ore straordinarie, pronte disponibilità, turni di guardia notturni, indennità di rischio radiologico e anestesilogico, ecc.) necessarie ed irrinunciabili per l'espletamento ordinario dell'attività sanitaria. L'esigenza di tali attività si è negli ultimi anni accentuata in conseguenza del-

Osservasalute 2012

Italiani in bu nonostante la crisi e le

La crisi stringe la spesa sanitaria e gli stili di vita degli italiani restano minati da cattive abitudini, tuttavia la salute generale della popolazione è buona. È questo il “paradosso” evidenziato dal Rapporto Osservasalute della Cattolica che indica anche un calo nei decessi dovuti a errori del Ssn. Ma i continui tagli mettono in pericolo la tenuta.

La salute degli italiani sembra per molti aspetti migliorare nonostante la crisi e i cattivi stili di vita adottati, comportamenti dannosi come sedentarietà e consumo smodato di alcolici: è questo il “paradosso degli italiani”, evidenziato anche dal trend in aumento della speranza di vita (dal 2007 al 2011 i maschi hanno guadagnato 0,7 anni e le femmine 0,5 anni), in particolare per gli uomini che riducono la distanza rispetto alle donne (trend in atto dal 1979).

Lo rileva l'edizione 2012 di Osservasalute, il Rapporto annuale sulla salute degli italiani elaborato dai ricercatori dell'Università Cattolica di Roma e pubblicato dall'Osservatorio nazionale sulla salute nelle Regioni italiane e coordinato da Walter Ricciardi, direttore del Dipartimento di Sanità Pubblica del Policlinico Gemelli.

Giunto alla sua decima edizione, ora più che mai il Rapporto Osservasalute fotografa la condizione di salute degli italiani e quella del Ssn in un contesto di profonda crisi economica e di crescente incertezza per il futuro. Tali condizioni potrebbero produrre gravi conseguenze sulla salute dei cittadini, come già accaduto in altri paesi europei in profonda sofferenza come Grecia, Spagna e Portogallo, anche in considerazione dei ripetuti interventi di contenimento della spesa sanitaria attuati negli ultimi anni. Infatti, negli ultimi anni il finanziamento del Ssn è cresciuto con un ritmo decisamente inferiore a quello del passato (nel 2012 +0,8 rispetto al 2011 contro una crescita del +3,4% del 2009, +2% del 2010, +1,3% del 2011). In prospettiva le Regioni sti-



mano che gli interventi del Governo centrale causeranno una riduzione del finanziamento, un aumento dei tagli alla spesa delle entrate da ticket per un valore complessivo di 8 miliardi a partire dal 2013 fino ad arrivare a 11 miliardi nel 2015. In più, sempre nel 2012, si è assistito a una sensibile riduzione delle strutture e dei posti letto negli ospedali (da circa 270 mila del 2004 a circa 251 mila del 2010).

Ma un dato positivo c'è: diminuisce la mortalità evitabile, ovvero i decessi imputabili a errori o inappropriatezze delle cure prestate dal Ssn, anche se con qualche eccezione. Nel periodo considerato nel Rapporto, tra 2006 e 2009, si è assistito a una lieve riduzione del tasso di mortalità riconducibile ai servizi sanitari: si è passati, difatti, dal 63,86 (per 100 mila) del 2006 al 61,69 del 2009. “Queste cause di morte riguardano soprattutto gli uomini – ha spiegato Ricciardi – mentre le Regioni che sul fronte della

Una salute cattive abitudini



mortalità evitabile presentano la peggiore performance in tutti gli anni considerati sono Calabria, la Campania (il valore peggiore in Italia) e la Sicilia”.

Il Rapporto in sintesi

Continua la crescita della popolazione, ma non grazie alle nascite. Anche quest'anno i risultati del Rapporto danno conferma delle tendenze emerse negli anni scorsi: si riscontra un tendenziale aumento della popolazione residente in Italia imputabile, sostanzialmente, alla componente migratoria. Il saldo medio annuo è in questa edizione del Rapporto pari a 4,2 per 1.000 mentre nella precedente edizione era 4,8 per 1.000. Le Regioni che non crescono (saldo totale negativo) sono solamente tre: Basilicata (-2,5 per 1.000), Molise (-0,6 per 1.000) e Liguria (-0,1 per 1.000); anche in questa edizione del Rapporto si riscontra un saldo naturale medio (relativo al bien-

nio 2010-2011) che si mantiene pressoché costante rispetto al biennio precedente e si attesta su livelli ancora di segno negativo, anche se, per alcune Regioni, è prossimo allo 0; invece il saldo migratorio è positivo grazie, soprattutto, alla capacità attrattiva delle regioni del Centro-Nord.

Anche il movimento migratorio interno al Paese ha confermato i trend già evidenziati negli anni precedenti, ovvero il movimento in uscita dalle regioni meridionali (escluso l'Abruzzo).

Le regioni più “abbandonate” dai propri cittadini e meno attrattive verso quelli di altre regioni sono Basilicata, Calabria e Campania che hanno un saldo migratorio negativo molto elevato (rispettivamente, -3‰, -3,3‰, -3,4‰). Le realtà territoriali che maggiormente hanno beneficiato di tali spostamenti sono state la PA di Trento (+2,9‰), l'Emilia-Romagna (+2‰), la Toscana (+1,5‰), il Friuli Venezia Giulia (+1,4‰) e il Lazio (+1,4‰).

La fecondità subisce una lieve flessione. Scompare quella sia pur flebile speranza di crescita riscontrata nelle precedenti edizioni del Rapporto: il tasso di fecondità totale (Tft) è passato, infatti, da 1,42 del 2008 a 1,41 del 2009 e nel 2011 è pari a 1,39. Si arresta quindi il sia pur minimo processo di ripresa dei livelli di fecondità che era iniziato a partire dal 1995 quando il Tft raggiunse il suo valore minimo di 1,2 figli per donna. Il Tft resta inferiore al livello di sostituzione (ossia 2,1 figli per donna, che garantirebbe il ricambio generazionale). I valori più alti si registrano anche quest'anno nelle PA di Trento e Bolzano e in Valle d'Aosta, dove tale indicatore è prossimo a 1,6 figli per donna. Seguono, a breve distanza, la Lombardia (1,48), l'Emilia Romagna (1,46), il Veneto (1,44), il Lazio (1,41), il Piemonte (1,4), le Marche (1,39). Le Regioni dove si registra un Tft particolarmente basso (ossia inferiore a 1,2 figli per donna in età feconda) sono nel Sud (Sardegna con 1,14, Molise con 1,16 e Basilicata con 1,17). La fecondità delle donne straniere (2,04), è circa il 50% in più di quella delle donne italiane (1,39).

Italia sempre più vecchia, un peso crescente per la sanità. Anche il Rapporto 2012 mostra la tendenza incessante all'invecchiamento della popolazione italiana, la quota dei giovani sul totale della popolazione è, difatti, contenuta, mentre il peso della popolazione “anziana” (65-74 anni) e “molto anziana” (75 anni e oltre) è consistente.

Nel 2011 la popolazione in età 65-74 anni rappresenta il 10,2% del totale, e quella dai 75 anni in su il 10,1%. Significa che un italiano su dieci ha più di 65. Si confermano Regione più vecchia la Liguria (gli anziani di 65-74 anni sono il 12,7% della popolazione; gli over-75 il 14%), Regione più giovane la Campania (65-74 anni sono l'8,3% della popolazione; over-75 il 7,8%).

Migliora la speranza di vita. Al 2011, stando ai dati provvisori, la speranza di vita alla nascita è pari a 84,5 anni per le donne e a 79,4 anni per gli uomini. Procede, quindi, l'andamento più favorevole per gli uomini negli ultimi anni.

Si continua a erodere il vantaggio delle donne rispetto agli uomini: nel 2006 il vantaggio femminile alla nascita era di 5,6 anni, si riduce a 5,1 anni nel 2011 continuando una tendenza che si è instaurata dal 1979, quando il vantaggio di sopravvivenza delle donne raggiunse il suo massimo, 6,8 anni in più rispetto agli uomini.

Per la prima volta negli ultimi anni la PA di Bolzano (80,5 anni), relativamente agli uomini, strappa il titolo di area geografica a maggiore longevità alla Regione Marche (la speranza di vita alla nascita nelle Marche è per i maschi pari a 80,3 anni) che lo deteneva da tempo. Anche per le donne è la PA di Bolzano (85,8 anni) quella con la sopravvivenza media più

elevata. È ancora la Campania, invece, la Regione dove la speranza di vita alla nascita è più bassa, tanto per gli uomini (77,7) quanto per le donne (83).

Sempre meno morti, soprattutto tra i maschi. Il dato di mortalità registrato nel 2009, rispecchiando quanto descritto per la sopravvivenza, conferma il trend visto negli ultimi anni: un sensibile miglioramento per gli uomini (il tasso standardizzato di mortalità scende di 2 punti percentuali circa passando da 111,85 per 10mila del 2007 a 109,91 per 10mila nel 2009) e una situazione pressoché stabile per le donne rispetto a due anni prima (69,44 per 10mila nel 2007 e 69,31 per 10mila nel 2009).

Per entrambi i generi e fino ai 74 anni, ma con un'intensità generalmente maggiore per gli uomini rispetto alle donne, nel triennio 2007-2009 è continuato il calo dei rischi di morte per le ma-

Speranza di vita

Donne
84,5 anni

Uomini
79,4 anni

lattie del sistema circolatorio, dei tumori, delle malattie dell'apparato digerente e del sistema respiratorio. Oltre i 75 anni, l'evoluzione della mortalità nei due generi si differenzia e, per la prima volta, si osserva un lieve aumento dei tassi per le donne: +0,5% contro -0,8% degli uomini.

Si riduce la mortalità per malattie cardiovascolari, ma gli uomini muoiono il doppio delle donne. Un dato rilevante per la salute degli italiani e che negli ultimi 40 anni la mortalità totale si è più che dimezzata (il tasso standardizzato di mortalità totale si è ridotto del 53,0% tra il 1970 e il 2008) e la riduzione della mortalità per le malattie cardiovascolari è stato il fattore che più ha influito sul trend in discesa della mortalità totale (nello stesso periodo, la mortalità per malattie cardiovascolari si è ridotta del 63%). La mortalità per le malattie ischemiche del cuore continua a colpire quasi il doppio degli uomini rispetto alle donne; in particolare, nel 2009, si sono registrati 14,07 decessi (per 10mila) fra gli uomini e 7,79 decessi (per 10mila) fra le donne, da sottolineare che entrambi i tassi di mortalità sono in diminuzione rispetto al 2008. A livello regionale, il primato negativo spetta alla Campania sia per gli uomini (17,13 per 10mila) sia per le donne (10,43 per 10mila). La Sardegna per gli uomini e la Valle d'Aosta per le donne sono le regioni più virtuose con tassi di mortalità, rispettivamente, di 11,81 decessi e 5,34 decessi (per 10mila). Il dato positivo è che si registra per la mortalità per malattie ischemiche del cuore un trend in discesa che continua dal 2003 in entrambi i generi, in tutte le classi di età e in tutte le regioni.

Tagli continui e a pioggia mettono in pericolo il Ssn. Il Rapporto sembra confermare una certa efficacia delle iniziative di contenimento della spesa destinata alla salute: anche il 2011, come già il 2010, è stato caratterizzato da una crescita molto contenuta della spesa sanitaria pubblica (+0,1% a parità di criteri di contabilizzazione) che mantiene l'Italia al di sotto della media dell'UE sia in termini pro capite, sia in rapporto al Pil; i disavanzi permangono, ma sono ormai ridotti a livelli molto circoscritti, almeno in termini di valori medi nazionali (nel 2011, circa 29 euro pro capite, pari all'1,6% del finanziamento complessivo). Tutto ciò riflette e sintetizza un profondo mutamento negli atteggiamenti delle aziende rispetto ai vincoli economico-finanziari: se in passato i vincoli venivano spesso giudicati irrealistici e non incidavano sugli effettivi comportamenti aziendali, alimentando dei circoli viziosi di generazione e copertura dei disavanzi, oggi gli stessi vincoli sono giudicati pienamente credibili e condizionano fortemente le scelte gestionali. Sotto il profilo degli equilibri economici di breve periodo, l'unico elemento di forte preoccupazione è la differenziazione interregionale, con risultati economici consolidati positivi in tutte le regioni del Centro-Nord (tranne Liguria) e negativi in tutte le regioni del Centro-Sud (tranne Abruzzo) e con due Regioni (Lazio e Campania) che, anche nel 2011, hanno generato da sole il 63% dell'intero disavanzo nazionale.

Risulta quindi chiaro che gli ulteriori sacrifici richiesti alla Sanità Pubblica dalla Spending Review non si possono giustificare con una pre-

sunta dispendiosità del Ssn, bensì da un lato, con l'elevato livello del debito pubblico e della correlata spesa per interessi (quest'ultima è pari a circa i 2/3 dell'intero fabbisogno sanitario nazionale), dall'altro con l'incapacità del sistema economico di crescere adeguatamente (tanto che l'aumento della spesa sanitaria pubblica, seppur spesso molto contenuto, è stato negli ultimi 20 anni quasi sempre superiore a quello del Pil).

Il rischio evidente è che questi ulteriori sacrifici aggravino il divario tra le risorse disponibili e quelle necessarie per rispondere in modo adeguato alle attese, intaccando ulteriormente una copertura pubblica già incompleta.

Spesa sanitaria pubblica inferiore a quella di alcuni Paesi Ocse. Si conferma anche che il valore della spesa sanitaria pubblica è allineato alla media dei Paesi Ocse, anche se inferiore a quelli di altri Paesi come Regno Unito, Germania e Francia di circa 2 punti percentuali e addirittura degli Usa che hanno un sistema privato. Si conferma pure il trend in crescita a partire dal 2003 passando dal 6,09% al 7,22% del 2009, con un tasso medio composto annuo del 2,87%. L'incremento è particolarmente significativo nel 2009, anno in cui, in valore assoluto, la spesa sanitaria pubblica aumenta, mentre il Pil subisce una riduzione. A livello regionale l'indicatore mostra delle significative differenze nel 2009, variando da un massimo di 11,02% del Molise a un minimo di 5,42% della Lombardia, un divario che supera i 5 punti percentuali.

Spesa sanitaria pro capite in aumento. La spesa sanitaria pro capite è cresciuta dell'1,09% fra 2010 e 2011 passando da 1.831 euro a 1.851 euro. La spesa è aumentata del 12,59% rispetto al 2005. Occorre osservare, però, come l'incremento tra il 2011 e il 2010 include l'effetto dovuto alla contabilizzazione a partire dal 2011 dei costi relativi agli ammortamenti degli investimenti. Anche quest'anno le regioni del Nord mettono a disposizione un ammontare di risorse superiore rispetto alle regioni meridionali.

Disavanzi in diminuzione. Nel 2011 il disavanzo sanitario nazionale ammontava a circa 1,779 miliardi di euro, in diminuzione rispetto al 2010 (2,206 miliardi di euro), a conferma del trend di sistematica riduzione avviato dopo il picco (5,790 miliardi di euro) raggiunto nel 2004. Anche a livello pro capite il disavanzo 2011 (29 euro) è il più basso dell'intero arco temporale considerato (2002-2011).

La "pagella" al Ssn. Quest'anno il Rapporto presenta anche un'analisi delle performance del nostro sistema sanitario sulla base di alcuni parametri quali efficienza (offerta di servizi con la spesa minima possibile), efficacia (esito delle prestazioni erogate), appropriatezza, che valuta gli atti medici in relazione ai costi, alle risorse disponibili e ai risultati auspicabili, qualità per il cittadino, intesa come accessibilità e soddisfazione, che il sistema sanitario assicura alla popolazione. I risultati della valutazione della per-

formance rispetto alle singole dimensioni considerate mettono in evidenza il consueto divario tra Nord e Mezzogiorno, seppure caratterizzato da alcune eccezioni interessanti. Ancora più interessante è spingere l'analisi sul confronto tra alcune dimensioni della performance con cui si possono mettere in luce dei trade-off che possono fornire spunti di riflessione e indicazioni su come procedere. Il trade-off è il rapporto tra due dimensioni usate per valutare la performance, per esempio il rapporto tra efficienza ed efficacia.

Dal confronto tra i livelli di efficienza e di effi-

Le "perform

Piemonte

Vince la One Day Surgery, ma il tasso di mortalità nelle donne anziane è in aumento

È la Regione che presenta la percentuale più alta di utilizzo del One Day Surgery (indicatore di appropriatezza clinica organizzativa): il 32,06% sul totale delle dimissioni in regime di ricovero ordinario con Drg chirurgico, a fronte di una media italiana del 18,9%. Questa modalità di ricovero consiste in un ricovero per intervento chirurgico con degenza breve, non superiore alla durata di un giorno.

In negativo, invece, si segnala che il Piemonte è la Regione dove si registra il maggior aumento (+4,6%) tra 2007 e 2009 del tasso di mortalità nelle donne di 75 anni e oltre (passando da un valore di 596,22 per 10mila ad un valore di 623,54). In Italia si passa da un valore di 594,85 per 10mila del 2007 a un valore di 597,91 per 10mila (+0,5%).

Valle d'Aosta

Basso tasso di mortalità per tumore tra le donne, molti gli anziani che vivono soli

È la Regione in cui muoiono meno donne per tumore: infatti, la Regione ha il tasso di mortalità per tumori più basso tra le donne di 19-64 anni, pari a 6,58 per 10mila, a fronte di un valore nazionale di 7,93 per 10mila. In negativo, invece, si segnala che la Valle d'Aosta è la Regione dove risiedono più anziani che vivono da soli, infatti, in Regione ben il 33,6% delle persone dai 65 anni in su che vive sola a fronte di un valore medio nazionale del 28,1%; lo stesso dicasi per le donne anziane che vivono sole: sono 44,9% delle femmine, percentuale maggiore in Italia, a fronte di un valore medio italiano del 37,6%.

Mortalità evitabile
tasso di mortalità
riconducibile ai servizi sanitari

63,86
per 100mila
nel 2006

61,69
per 100mila
nel 2009

cacia registrati nelle Regioni, emerge che la PA di Bolzano e l'Abruzzo, a fronte di bilanci di spesa positivi, fanno registrare livelli bassi e medio-bassi di efficacia. Si tratta, quindi, di casi in cui una buona gestione della spesa non concorda con altrettanti buoni risultati in termini di salute. Per contro, le Regioni che lamentano conti in rosso, come la Liguria e la Basilicata, possono vantare livelli medio-alti di efficacia del sistema sanitario. La Valle d'Aosta si dimostra un'eccellenza in quanto riesce a coniugare conti in ordine e alta efficacia; all'estremo opposto troviamo Calabria e Sardegna, negative sia in ter-

mini di efficienza che di efficacia. Sul fronte del rapporto tra efficienza e grado di soddisfazione e di facilità di accesso alle cure dei cittadini emerge invece come Regione meno virtuosa l'Umbria, in quanto pur risultando capace di controllare la spesa, non riesce però a fornire ai propri residenti un alto livello di accessibilità e soddisfazione; per contro, Marche, Liguria, Molise e Sardegna evidenziano scarsa capacità nel tenere i conti in ordine, ma possono vantare livelli di accessibilità e soddisfazione medio-alti.

Mortalità evitabile. Nel periodo considerato nel Rapporto, tra 2006 e 2009, si è assistito a una

lieve riduzione del tasso di mortalità riconducibile ai servizi sanitari: si è passati, difatti, dal 63,86 (per 100mila) del 2006 al 61,69 (per 100mila) del 2009. Queste cause di morte riguardano soprattutto gli uomini. Le regioni che presentano la peggiore performance in tutti gli anni considerati sono Calabria, Campania e Sicilia.

Ormai il divario tra i cittadini delle regioni più virtuose e quelle in difficoltà è impressionante: quasi 4 anni separano gli uni dagli altri ed è come se negli ultimi dieci anni, alcuni fossero tornati al secondo dopoguerra in termini di guadagno di aspettativa di vita.

formance" di salute delle Regioni

Lombardia

Basso consumo di farmaci

È la Regione con il minor consumo di farmaci: infatti, il consumo territoriale di farmaci a carico del Ssn (espresso in termini di "DDD/1.000 ab die", cioè come numero medio di dosi di farmaco consumate giornalmente ogni mille abitanti), nel 2011 è pari a 870 DDD/1.000 ab die, a fronte di un valore medio nazionale di 963. Solo le PA di Trento e Bolzano hanno un consumo minore, ma trattasi di due realtà molto particolari e quindi non comparabili.

PA di Bolzano

Il primato dei più longevi, ma è alta la quota di consumatori di alcolici

Nella PA di Bolzano vivono le persone più longeve: infatti, la speranza di vita alla nascita è per i maschi pari a 80,5 anni – la maggiore in Italia (medie italiane 79,4). Per le femmine è pari a 85,8 anni – la maggiore in Italia (valori medi italiani 84,5). In negativo, invece, presenta il maggior numero di consumatori di alcolici: presenta, infatti, una quota di non consumatori pari al 24,5% – percentuale minore in Italia, a fronte di un valore medio nazionale del 32,7%. I consumatori sono il 73,1% – percentuale maggiore in Italia, a fronte di un valore medio nazionale del 65,7%.

PA di Trento

I più sportivi, ma la spesa sanitaria pro capite aumenta

Nella PA di Trento vivono le persone meno sedentarie in Italia, infatti la PA vanta la più bassa percentuale di persone che non praticano alcuno sport: il 13,5% della popolazione dai 3 anni in su.

In negativo, invece, ha registrato il maggior aumento di spesa sanitaria pro capite sia dal 2010 (+6,25% a fronte di un aumento medio italiano del +1,09%), sia dal 2005 (+28,96% a fronte di un aumento medio italiano del +12,59%).

Veneto

Pochi cittadini in sovrappeso, elevato consumo di antibiotici in ospedale

È la Regione con meno problemi di sovrappeso, infatti, presenta la percentuale minore in Italia di individui (persone di 18 anni e oltre) in sovrappeso, che è pari al 31,4%; il valore medio nazionale è il 35,8%. È obeso l'8,4% dei cittadini, contro il valore medio italiano di 10%.

In negativo, invece, la Regione fa registrare il più alto consumo di farmaci antibiotici in ospedale nel 2010, anno in cui raggiunge il valore di 10.933 DDD per 1.000 ricoveri in regime ordinario.

Friuli Venezia Giulia

Pochi tagli cesarei, ma è alta la mortalità per tumori tra le donne

È la Regione con la migliore gestione dei parti mediante ricorso al taglio cesareo: infatti, in Friuli solo il 23,99% dei parti (totale TC sul totale dei parti - anno 2010) avviene con taglio cesareo, contro la media nazionale di 38,71%.

In negativo, invece, la Regione fa registrare il più alto tasso standardizzato di mortalità per tumore tra le donne di 19-64 anni nel 2009 (8,78 per 10mila contro un valore nazionale di 7,93 per 10mila).

Liguria

Altissima offerta di servizi socio-sanitari ai disabili, ma si registrano più incidenti stradali

È la Regione che offre più servizi socio-

sanitari ai disabili: infatti, ha il più alto tasso di posti letto per disabili nelle strutture socio-sanitarie, 147,2 per 100mila, a fronte di una media italiana di 83,5 per 100mila. Le strutture socio-sanitarie residenziali svolgono un ruolo importante nell'ambito del processo d'integrazione tra assistenza sanitaria e sociale: la loro attività è, infatti, finalizzata a fornire assistenza di mantenimento o lunga assistenza a pazienti non autosufficienti o con elevata necessità di tutela sanitaria.

In negativo, invece, è la Regione dove si registrano più incidenti stradali, infatti, presenta la media d'incidentalità stradale maggiore d'Italia per il biennio 2008-2010, pari a 5,94 per 1000 contro una media italiana di 3,58.

Emilia Romagna

Alta percentuale di ex-fumatori, ma il consumo di penicilline in ospedale è alle stelle

È la Regione con la quota maggiore di persone che hanno smesso di fumare: infatti, presenta una quota di ex-fumatori pari al 27,3% della popolazione regionale di 14 anni ed oltre (23,4% il valore italiano).

In negativo, invece, è la Regione in cui si consumano più antibiotici, nella forma di penicilline, in ospedale con un valore nel 2010 di 4.459 DDD per mille ricoveri in regime ordinario, a fronte di un valore medio nazionale di 2.330 DDD per mille ricoveri in regime ordinario.

Toscana

Alta spesa per i farmaci generici, e elevato consumo di antidepressivi

La spesa per farmaci generici è pari al 38,5% (dati 2011) della spesa totale – percentuale maggiore in Italia (valore

medio nazionale 32,2%) e presenta il maggior aumento percentuale (+32,8% dal 2002).

In Toscana si registra, tuttavia, un consumo di antidepressivi pari a 55,82 dosi mediamente consumate ogni giorno per 1.000 abitanti. Anche nel 2011 si conferma la Regione con il maggior consumo di questa classe di farmaci in Italia. A livello nazionale il consumo medio è di 36,10 DDD/1.000 ab die.

Umbria

Migliore copertura vaccinale contro l'influenza tra gli anziani, alto numero di infartuati

L'Umbria è la Regione che presenta la migliore copertura vaccinale negli over-65 anni, pari al 75,2% degli individui in questa classe di età, a fronte di un valore medio nazionale del 62,4%. L'Umbria è l'unica Regione in Italia che raggiunge l'obiettivo minimo stabilito del 75% per la copertura vaccinale in questa classe di età.

In negativo, invece, è la Regione in cui in un solo anno è aumentato di più il tasso di dimissioni ospedaliere per infarto acuto del miocardio in regime di ricovero ordinario, passando da un valore di 333,2 per 100mila del 2009 a un valore di 373 per 100mila del 2010. L'Italia passa da 363,1 per 100mila del 2009 a 362,7 per 100mila del 2010. Questo aumento può essere interpretato in vario modo: può essere dovuto ad un aumento delle malattie cardiovascolari, oppure a una gestione delle emergenze non adeguata, o ancora a carenza nelle iniziative di prevenzione delle malattie cardiovascolari a livello territoriale.

Le “performance” di salute delle Regioni

Marche

Pochi gli anziani che vivono soli, ma comportamenti a rischio di salute tra i giovanissimi

È la Regione con la più bassa percentuale di anziani che vivono soli (22,9%) a fronte di un valore nazionale del 28,1%: la percentuale di persone dai 65 anni in su che vive sola in Regione (dati 2010) è pari all'11% dei maschi in quella fascia d'età – valore minore in Italia (valore medio italiano 15,1%), al 31,8% delle femmine – valore minore in Italia (valore medio italiano 37,6%).

Ma in Regione si avverte la necessità di fare maggiore prevenzione dei comportamenti a rischio per la salute dei giovanissimi, comportamenti quali il consumo di alcolici: è infatti preoccupante il dato sulla prevalenza di consumatori a rischio di 11-18 anni che è pari al 20,5% dei maschi; tale valore è il sesto in ordine di grandezza rispetto alle altre Regioni italiane ed è superiore al valore nazionale del 15,2%.

Lazio

Alta percentuale di laureati, ma anche di fumatori

È la Regione più istruita d'Italia, infatti è la Regione che vanta la migliore percentuale di individui con livello di istruzione elevato: nel 2011, la percentuale della popolazione di età 25-64 anni con un titolo di studio di diploma di 4-5 anni è stata pari al 40,8% per i maschi (media italiana 34%), al 41% per le femmine, la percentuale maggiore in Italia (media italiana 33,3%); è anche la Regione italiana con più laureati per entrambi i generi: nel Lazio ha conseguito la laurea il 18,2% degli uomini (media italiana 13,4%) ed il 20,4% delle donne (media italiana 16,4%).

Il miglioramento delle condizioni di salute della popolazione dipende anche dall'adozione di comportamenti e stili di vita corretti e a titoli di studio più elevati corrisponde in media una maggiore tendenza a sposare stili di vita salutari.

Ma in negativo, si distingue anche quest'anno per un primato molto pericoloso, il fumo: la Regione, infatti, presenta (anno 2011) una quota di non fumatori pari al 48,8% della popolazione regionale di 14 anni ed oltre, la percentuale minore in Italia (media nazionale 52,7%). Nel Lazio fuma il 27,2% della popolazione re-

gionale di 14 anni ed oltre, a fronte di un valore medio nazionale del 22,3%. Il Lazio ha infine una quota di ex-fumatori del 22,6% (23,4% valore italiano).

Abruzzo

Alta copertura vaccinale nei bambini, ma muoiono più ragazzi

L'Abruzzo è la Regione con la migliore copertura vaccinale nei bambini con meno di 24 mesi per poliomielite, anti-Difterite e Tetano (DT), o DT e Pertosse (DTP), Haemophilus influenzae di tipo b (Hib): presenta infatti il tasso maggiore di copertura, 99,1% per tutte e tre le vaccinazioni (valori medi italiani 96,4%, 96,6%, 95,9%).

In negativo, invece, è la Regione in cui muoiono più giovani: presenta, infatti, il maggior tasso standardizzato (per 10mila) di mortalità tra i maschi nella classe di età 0-18 anni, 6,15 per 10mila, a fronte di un valore medio nazionale del 3,63 per 10 mila. Tali dati sono imputabili all'evento sismico che ha interessato l'Abruzzo nell'aprile 2009.

Molise

Alto tasso di disabili adulti nelle strutture socio-sanitarie, la percentuale di obesi è elevata

È la Regione che nel 2010 ha registrato il più alto tasso (per 100mila) di ospiti adulti con disabilità assistiti nelle strutture socio-sanitarie con un valore di 276,3 (per 100mila) a fronte di un valore medio nazionale di 134,5 (per 100mila).

In negativo, è la Regione con più problemi di obesità, infatti presenta la maggiore percentuale di obesi, il 13,5% dei cittadini, contro il valore medio italiano di 10%. Ha anche parecchi problemi di sovrappeso, infatti presenta una percentuale di individui (persone di 18 anni e oltre) in sovrappeso pari al 37,1%; il valore medio nazionale è il 35,8%.

Campania

Basso consumo di alcolici, ma si pratica poco sport

È la Regione dove si consumano meno alcolici: nel 2010 presenta una quota di non consumatori pari al 40,9%, la percentuale più alta in Italia a fronte di un valore medio nazionale del 32,7%. I consumatori sono il 58,3% percentuale minore in Italia, a fronte di un valore me-

dio nazionale del 65,7%.

In negativo, invece, resta la Regione dove si pratica meno sport: appena il 13,1% della popolazione dai 3 anni in su pratica sport in modo continuativo, la percentuale più bassa in Italia, contro un valore medio italiano di 21,9%.

Puglia

Ottima copertura vaccinale per influenza in età pediatrica, alta sedentarietà e persone in sovrappeso

È la Regione con la migliore copertura vaccinale antinfluenzale per le classi di età 6-23 mesi (11,5 per 1.000), 2-4 anni (16 per mille) 5-8 anni (11,3 per 1000), 9-14 anni (12,8 per 1.000), 15-17 anni (10,1 per 1.000). Anche per quanto riguarda le vaccinazioni di più recente introduzione in età pediatrica, come MPR (92,7%), e negli adolescenti, come l'anti-HPV (80,8%) i dati di copertura sono stabilmente più elevati rispetto alle altre regioni meridionali.

In negativo, invece, è la Regione più sedentaria d'Italia e quella con la maggiore percentuale di persone in sovrappeso. Infatti, si registra una percentuale di individui in sovrappeso pari al 40,4% a fronte di un valore medio nazionale del 35,8% e una quota di persone che non svolgono alcuno sport pari al 57,2% della popolazione, a fronte di una media nazionale 39,8%.

Basilicata

Bassa percentuale di incidenti stradali e minore quota di laureati maschi

È la Regione dove si registrano meno incidenti stradali, infatti presenta la media d'incidentalità stradale minore d'Italia per il biennio 2008-2010, pari a 1,72 per 1000 contro una media italiana di 3,58.

In negativo, è la Regione con meno laureati tra i maschi: infatti quest'anno il Rapporto osserva anche il livello di istruzione medio dei residenti in Regione, che ha un impatto indiretto sulla salute dei cittadini visto che a titoli di studio più elevati corrisponde, in media, una maggiore tendenza a sposare stili di vita salutari. La percentuale della popolazione di età 25-64 anni con un titolo di studio di diploma di 4-5 anni è pari al 36,2% per i maschi (dati 2011, media italiana 34,0%), al 35,6% per le femmine, (media italiana 33,3%). In Basilicata ha conseguito la laurea il 10,2% degli uo-

mini – la percentuale minore in Italia (media italiana 13,4%) e il 14,8% delle donne (media italiana 16,4%).

Calabria

Alta quota di non fumatori, ma si mangiano meno frutta e verdura

È la Regione in cui si fuma meno: presenta infatti la maggiore quota di non fumatori pari al 60,5% (anno 2011) della popolazione regionale di 14 anni e oltre (media nazionale 52,7%). In Calabria fuma il 18,8% della popolazione regionale di 14 anni ed oltre (valore medio nazionale 22,3%). La Calabria ha una quota di ex-fumatori del 19,4% (23,4% valore italiano).

In negativo, invece, è la Regione in cui si consumano meno frutta e verdura, solo il 2,5% della popolazione consuma in media le 5 o più porzioni di verdura, ortaggi e frutta al dì, contro una media nazionale del 4,9%.

Sicilia

Mamme giovanissime, ma si consumano più farmaci

È la Regione dalle mamme più giovani, in cui cioè è più bassa l'età media delle donne al parto. Infatti, in Sicilia l'età media delle donne al parto è pari a 30,6 anni (età media nazionale 31,4 anni). In Sicilia il 16,3% dei nuovi nati è partorito da donne con meno di 25 anni e il 5,1% da donne over-40.

In negativo, invece, è la Regione dove si consumano più farmaci: nel 2011 il consumo territoriale di farmaci a carico del Ssn (espresso in termini di “DDD/1.000 ab die”, cioè come numero medio di dosi di farmaco consumate giornalmente ogni 1.000 abitanti), è stato di 1.086 DDD/1.000 ab die, a fronte di un valore medio nazionale di 963.

Sardegna

Si mangia più frutta e verdura, ma si fanno meno figli

È la Regione con più consumatori di frutta e verdura secondo le porzioni raccomandate: in Sardegna l'8,1% della popolazione consuma in media le 5 o più porzioni di verdura, ortaggi e frutta al dì percentuale maggiore in Italia, a fronte di una media nazionale del 4,9%.

In negativo, invece, si segnala che la Sardegna è la Regione dove si fanno meno figli: infatti, il tasso di fecondità totale (Tft) è il più basso in Italia, 1,14 figli per donna.

Il documento delle organizzazioni mediche UE

Europa: per un'assistenza sanitaria di qualità

È questo l'obiettivo della dichiarazione che pubblichiamo, sottoscritta da tutte le organizzazioni mediche europee (Emo, vedi p. 14 DM 3/2013), trasmessa all'Epsu (European Federation of Public Service Unions) e tramite quest'ultimo all'Etuc (European Trade Union Confederation) e che verrà inviata nei prossimi mesi alla Commissione europea.

In questo periodo di difficoltà economica e sociale, vi è una particolare necessità di rafforzare la disponibilità di un'assistenza medica di buona qualità per tutti i pazienti in Europa, al fine di salvaguardare un adeguato trattamento medico anche per coloro che non possono più permetterselo a causa di difficoltà economiche.

Questo è particolarmente rilevante alla luce di un crescente carico di pagamenti "out of pocket". Alcune categorie, come ad esempio i lavoratori che vedono la loro età di pensionamento ritardata, hanno bisogno di particolare attenzione.

Salvaguardare l'accesso alle cure mediche è importante anche per il mantenimento della produttività economica della società più in generale. La carenza di personale e i ridotti finanziamenti già influenzano negativamente la qualità delle cure e della sicurezza e diventeranno ancora più importanti nel prossimo futuro, se non verranno applicati rimedi corretti.

Il 18 aprile 2012 la Commissione europea ha adottato la comunicazione "Verso un incremento dei posti di lavoro" che definisce una serie di misure volte a promuovere l'occupazione e rafforzare la crescita economica in Europa. E identifica la sanità come uno dei tre settori chiave con un alto tasso di occupazio-



ne potenziale. Tuttavia, la crisi economica ha indotto alcuni Stati membri a ridurre le risorse disponibili per i loro Servizi sanitari nazionali attraverso la riduzione della spesa sanitaria pubblica, del numero di letti ospedalieri, dei dipendenti, degli stipendi, dell'accesso alle tecnologie. Queste misure sono volte a risparmiare denaro pubblico, ma allo stesso tempo i costi per i cittadini malati aumentano e il livello di cura si riduce.

Questa dura realtà influisce anche sui professionisti della salute, che sono ritenuti respon-

sabili per i fallimenti del sistema sanitario e non sono in grado di soddisfare le aspettative dei loro pazienti. Invece di contribuire all'incremento dei posti di lavoro anche il sistema sanitario contribuisce alla disoccupazione. I tagli al personale medico saranno molto difficili da sanare, soprattutto in vista dei cambiamenti demografici europei.

Mantenere adeguati standard e qualità dei servizi sanitari con forti vincoli di bilancio costituisce una questione fondamentale da affrontare per i responsabili politici.

LE ORGANIZZAZIONI FEDERATE ALLA FEMS

Il modo migliore per razionalizzare le spese nel settore sanitario è quello di garantire l'alta qualità dei servizi. Ciò richiede strutture adeguate e organizzazione, nonché buone condizioni di lavoro per gli operatori sanitari. La garanzia della qualità si basa su tre punti di valutazione: struttura, processo e risultato. Si basa non solo sulle capacità professionali, ma anche sulla struttura e sul processo, se questi ultimi non sono adeguati, anche il più alto livello di competenza professionale non può garantire la qualità del sistema. Queste Organizzazioni mediche credono che ogni cittadino europeo meriti e abbia il diritto di ricevere cure adeguate, in particolare in tempi di difficoltà e di crisi, e che la disuguaglianza nell'accesso all'assistenza sanitaria deve essere ridotta. La tendenza a ridurre la spesa sanitaria, come si vede in alcuni Paesi, al fine di risparmiare risorse, è inaccettabile. Queste Organizzazioni mediche invitano le Istituzioni europee e nazionali ad assicurare a tutti i cittadini europei la migliore assistenza sanitaria possibile e a fare sì che la disponibilità di assistenza sanitaria qualificata, letti ospedalieri, strutture sanitarie, accesso a tecnologie adeguate ed a servizi medici, siano erogati senza ritardi e senza scendere sotto standard accettabili in Unione Europea. La sicurezza dei pazienti e la qualità delle cure non deve essere compromessa nemmeno in tempi di crisi economica. Le Organizzazioni mediche europee sottolineano l'importanza di un'assistenza sanitaria di qualità e dichiarano la capacità da parte dei professionisti della sanità di elaborare documenti per definire gli standard per le strutture ed i processi necessari per assicurare un'assistenza di qualità.

AUSTRIA

OAK - Österreichische Ärztekammer (Ordine dei medici austriaci) www.aek.or.at

VLKÖ - Verband der Leitenden Krankenhausärzte Österreichs (Associazione Austriaca dei medici ospedalieri specialisti) www.leitendekrankenhausaezte.at

BELGIO

G.B.S.-V.B.S. - Groupement des Unions Professionnelles Belges de Médecins Spécialistes (Federazione dei sindacati belgi dei medici specialisti) www.gbs-vbs.org

BULGARIA

BLSBG (Associazione dei medici bulgari) www.blsbg.com

CROAZIA

HLS - Hrvatski Liječnički Sindikat (Sindacato medico croato) www.hls.hr

FRANCIA

UNMS - Union Nationale des Médecins Salariés (Unione nazionale dei medici stipendiati) www.medecins-salaries.fr

SNPHAR - Syndicat National des Praticiens Hospitaliers Anesthésistes Réanimateurs (Sindacato nazionale dei praticanti ospedalieri, anestesisti e rianimatori) www.snphar.com

SPH/SIP - Syndicat des Psychiatres des Hôpitaux/Société de l'Information Psychiatrique (Sindacato degli psichiatri ospedalieri/Società dell'informazione psichiatrica) www.sphweb.info

FPS - La Fédération des Praticiens de

santé (La federazione dei praticanti della sanità: medici, farmacisti, dentisti, ostetriche) www.la-fps.fr

SMARNU - Syndicat des Médecins Anesthésistes-Réanimateurs non-Universitaires (Sindacato dei medici anestesisti e rianimatori non universitari) www.la-fps.fr

ITALIA

AAROI-EMAC - Associazione anestesisti rianimatori ospedalieri italiani www.aaroiemac.it

ANAAO ASSOMED - Sindacato medici dirigenti del Ssn www.anaao.it

ANPO - Associazione nazionale primari ospedalieri - www.anpo.net/

SNR - Sindacato nazionale area radiologica - www.raggix.it

POLONIA

OZZL - Ogólnopolski Związek Zawodowy Lekarzy (Sindacato nazionale dei medici) www.ozzl.org.pl

PORTOGALLO

FNAM - Federação Nacional dos Médicos (Federazione nazionale dei medici) www.fnam.pt

Sindicato dos Medicos Zona Centro (Sindacato dei medici della zona centro) www.smzc.pt

Sindicato dos Medicos da Zona Sud (Sindacato dei medici della zona sud) www.smzs.pt

Sindicato dos Medicos do Norte (Sindacato dei medici del nord) www.sindicatomedicosnorte.pt

SIM - Sindicato Independente dos Médicos (Sindacato indipendente dei medici) www.simedicos.pt

ORDEM DOS MEDICOS (Ordine dei me-

dici) <https://www.ordemdosmedicos.pt>

REPUBBLICA Ceca

LOK-SCL - Lékařský Odborový Klub-Svaz Ceských Lékarů (Sindacato dei medici Cechi) www.lok-scl.cz

SLOVACCHIA

LOZ/LUP - Lekárske odborové združenie (Sindacato dei medici Slovacchi) www.loz.sk

SLOVENIA

FIDES - Sindikat zdravnikov in zobozdravnikov Slovenije (Associazione dei medici e dei dentisti sloveni) www.fides-si.org

SPAGNA

CESM - Confederación Estatal de Sindicatos médicos (Confederazione statale dei sindacati medici) www.cesm.org.es

TURCHIA

Turkish Union Medical / Medical Chamber

UNGHERIA

MOSZ - Magyar Orvosok Szövetsége (Sindacato medici ungheresi) moszhonlap.hu

PAESI OSSERVATORI

ROMANIA

RFCPTU-CFSMR - Camera Federativă a Sindicatelor Medicilor din România (Federazione dei sindacati medici rumeni) www.cfsmr.ro

SVEZIA

Sjukhusläkarföreningen (Associazione svedese dei medici ospedalieri specialisti) www.sjukhuslakaren.se

► segue da pag 3

Un guaio che parte dalla formazione pre e post laurea

cedere a un mutuo, tutela della gravidanza, flessibilità dell'orario di lavoro, ferie, malattia). Il paradosso viene perpetuato quando il blocco del turnover con i piani di rientro, spingono le aziende a precarizzare ulteriormente i rapporti di lavoro, avvalendosi di strumenti di reclutamento illegittimi. Pertanto superare le forme di precariato e di lavoro atipico, dovrebbe prevedere logiche temporali di rapida attuazione, di superamento della flessibilità intesa come formula discrezionale e avulsa da qualsiasi contratto, di economicità ovvero di sostenibilità. Al di là di ogni vincolo finanziario/legislativo sia esso nazionale che regionale, esistono dei principi inderogabili desunti dalle vigenti normative, spesso disattese e liberamente interpretate. Consapevole di chiedere troppo, vivo nella speranza che i giovani professionisti e non, siano una risorsa, un valore aggiunto e che la dignità dell'essere umano sia il frutto di una coscienza collettiva che guarda al bene e non al profitto.

Allora quali regole per una Azienda sanitaria pubblica: il manifesto

Per lo svolgimento delle attività stabili e continuative, deve avvalersi di personale dipendente, ricorrere sempre meno ad incarichi esterni (se non proprio necessarie per mancanza di professionalità), effettuare una ricognizione dei posti di lavoro coperti con personale precario e individuare quelli che rispondono ad esigenze non temporanee per poter assumere a tempo indeterminato, ipotizzare un patto di solidarietà generazionale fondato sulla disponibilità dell'azienda ad investire su nuove assunzioni di giovani in cambio della disponibilità dei lavoratori full time prossimi alla pensione, a trasformare il loro contratto in part time.

Allora come superare le criticità dei contratti in essere: la ricetta

La chiamata diretta dovrà scomparire e le piante organiche riviste sulla base del conteggio delle posizioni lavorative svolte e successiva assunzione a tempo indeterminato; eliminare

l'odiosa procedura delle autorizzazioni regionali per i concorsi, che non porta certamente ad un controllo della spesa; prevedere per il tempo determinato dopo procedura concorsuale, una regolare assunzione valutando i posti vacanti nelle piante organiche; i tempi determinati ricoperti da avviso pubblico se necessari per erogare i Lea, dovranno prevedere un regolare concorso; i contratti atipici pagati non a norma di legge da fondi aziendali, dovranno essere censiti sulla base delle piante organiche, espletare un concorso e conferire un punteggio bonus per il periodo lavorativo presso l'azienda che decide di stabilizzare; cinque anni di lavoro presso una azienda consentono di essere assimilati al personale di ruolo (al 1998) ed essere esentati dal possesso della specializzazione nelle more di espletare un concorso; fermo restando il non utilizzo dei contratti co.co.pro, qualora l'azienda se ne avvallesse per prestazioni aggiuntive, occorre conferire un punteggio aggiuntivo in sede di avviso pubblico.

TUTELA LAVORO

Avv. Vincenzo Bottino

Consulente legale Anaa Assomed

Il procedimento disciplinare: termini e forme

Nell'ambito della dirigenza medica del Ssn, l'esercizio del potere disciplinare del datore di lavoro è governato da regole, limiti e procedure previste dalla legge e dalla contrattazione collettiva a garanzia, sia dell'imparzialità e del buon andamento della pubblica amministrazione, che del diritto di difesa del lavoratore.

La normativa di riferimento in tema di sanzioni disciplinari, procedimento disciplinare e responsabilità dei dipendenti pubblici è contenuta negli articoli 55 e ss. del D.Lgs. 30 marzo 2001 n. 165 (c.d. Testo Unico del pubblico impiego), introdotto a seguito della c.d. Riforma Brunetta (D.Lgs. n. 150/2009). Le nuove disposizioni legislative, applicabili dal novembre 2009 alla generalità dei dipendenti pubblici, sono state recepite ed integrate, per la dirigenza medica e veterinaria, dal Ccnl del 6 maggio 2010 (artt. da 5 a 13), che, nei limiti consentiti dalla legge, ha definito, tra l'altro, le tipologie di infrazioni e le relative sanzioni applicabili alla categoria. Tra le novità più rilevanti della riforma del 2009 vi è l'introduzione di uno specifico procedimento disciplinare, concepito come strumento di garanzia per il corretto esercizio del relativo potere, il quale pur ispirandosi ai principi della normativa privatistica - contenuta nell'art. 7 dello Statuto dei Lavoratori, è stato adattato al contesto della pubblica amministrazione ed alle crescenti esigenze di responsabilizzazione del personale dipendente.

Soggetti titolari del potere disciplinare

La legge (art. 55-bis, commi 1 e 4 del D.Lgs. n. 165/2001), in relazione alla gravità della sanzione in astratto irrogabile, individua due distinti soggetti competenti a seguire l'intero procedimento disciplinare e ad irrogare le relative sanzioni:

- il Dirigente responsabile** della struttura in cui il dipendente lavora - per le infrazioni di minore gravità per le quali è prevista l'irrogazione di sanzioni superiori al rimprovero verbale ed inferiori alla sospensione dal servizio per più di 10 giorni (art. 55-bis, comma 1, D.Lgs. n. 165/2001);
- l'Ufficio procedimenti disciplinari** (d'ora in poi UPD), istituito in seno a ciascuna amministrazione secondo il proprio ordinamento - per le infrazioni che possono dar luogo ad una sanzione superiore alla sospensione dal servizio per 10 giorni senza retribuzione, e per tutte le infrazioni nel caso in cui il responsabile di struttura del dipendente non abbia qualifica dirigenziale (art. 55-bis, commi 1 e 4).

Sulla base del soggetto titolare della potestà disciplinare, il legislatore prevede due forme del procedimento, tra loro diverse solo per quanto

riguarda la durata e la decorrenza dei termini ma sostanzialmente simili nelle regolamentazione delle diverse fasi della procedura. In ogni caso, la violazione delle norme sulla competenza del soggetto titolare dell'azione disciplinare, determina la nullità della sanzione disciplinare irrogata (cfr. Cass. 30 settembre 2009, n. 20981).

Il codice disciplinare

Prima di entrare nel merito della procedura disciplinare è necessario sottolineare che, sebbene non espressamente trasposto nel corpo di norme della riforma, trova comunque applicazione, anche per le pubbliche amministrazioni, l'obbligo (previsto dall'art. 7, co. 1, Legge n. 300/1970 - Stat. Lav.) di dare massima pubblicità al c.d. codice disciplinare - ossia il documento contenente la tipologia di infrazioni e le relative sanzioni applicabili - ed al codice di comportamento dei dipendenti pubblici, attraverso la loro pubblicazione sul sito internet istituzionale dell'amministrazione, che equivale a tutti gli effetti all'affissione all'ingresso della sede di lavoro (v. art. 55, co. 2, D.Lgs. n. 165/2001 e art. 8, comma 13, Ccnl 6.5.2010). L'adempimento del suddetto **obbligo di pubblicità**, che risponde all'esigenza di porre il dipendente al riparo dal rischio di incorrere in sanzioni per fatti o condotte da lui non preventivamente conosciute come mancanze, è imprescindibile e propedeutico ai fini della legittima attivazione del procedimento, sicché la sua violazione rende nulla l'eventuale sanzione irrogata.

La contestazione di addebito

Il soggetto titolare del procedimento, prima di adottare qualsiasi decisione disciplinare, deve **contestare per iscritto** l'addebito al dipendente, senza indugio e comunque **non oltre 20 giorni** - o 40 giorni, per le sanzioni più gravi affidate all'UPD - che decorrono:

- per i procedimenti di competenza del responsabile di struttura: dal momento in cui quest'ultimo ha avuto notizia del comportamento punibile;
- per i procedimenti di competenza dell'Ufficio disciplinare: da quando l'ufficio ha acquisito notizia dell'infrazione, oppure dalla data di trasmissione degli atti da parte del responsabile di struttura il quale pur avendo avuto conoscenza del fatto punibile si sia ritenuto in-

competente in base la gravità della sanzione in astratto applicabile².

Con riferimento al contenuto della contestazione, la disciplina contrattuale, in linea con la legge e con il consolidato orientamento della giurisprudenza di legittimità, stabilisce che "la contestazione dell'addebito deve essere **specificata e tempestiva**, nel rispetto dei termini temporali previsti dalla legge, nonché contenere l'esposizione chiara e puntuale dei fatti in concreto verificatisi, al fine di rendere edotto il dirigente degli elementi a lui addebitati e consentire allo stesso di esercitare il diritto di difesa (art. 7, comma 5, Ccnl integrativo 6.5.2010).

Ne consegue, pertanto, che un'eventuale contestazione dei fatti poco chiara o del tutto generica limiterebbe l'esercizio del diritto di difesa del lavoratore, con conseguente annullabilità dell'intera procedura e della relativa sanzione.

Il contraddittorio a difesa

Una volta contestato l'addebito (e di regola nell'ambito dello stesso atto), il titolare dell'azione disciplinare deve convocare il lavoratore per il **contraddittorio** a sua difesa con un preavviso di almeno 10 giorni, che diventano 20, nel caso di sanzioni più gravi di competenza dell'UPD.

All'incontro fissato per l'audizione, il lavoratore potrà farsi assistere da un procuratore ovvero da un rappresentante dell'associazione sindacale cui aderisce o conferisce mandato.

Entro il termine fissato, il dipendente convocato, se non intende presentarsi può inviare una memoria scritta o, in caso di oggettivo impedimento, formulare una motivata istanza di rinvio. Il differimento può essere disposto per una sola volta nel corso del procedimento (art. 55-bis, co. 2). Instaurato regolarmente il contraddittorio, il titolare del procedimento potrà svolgere ulteriore attività istruttoria, anche acquisendo da altre amministrazioni informazioni o documenti rilevanti per la definizione del procedimento. In ogni caso la predetta attività istruttoria non determina la sospensione del procedimento, né il differimento dei relativi termini. In quest'ambito, la legge garantisce il diritto del dipendente ad accedere a tutti gli atti istruttori del procedimento.

La mancata o irregolare instaurazione del contraddittorio a difesa determina la nullità del procedimento disciplinare e della relativa sanzione.

La conclusione della procedura e il rispetto dei termini

Ultimata l'attività istruttoria, il procedimento termina con l'adozione, da parte titolare dell'azione disciplinare, dell'atto di archiviazione o di irrogazione della sanzione.

La legge stabilisce che l'atto conclusivo deve avvenire entro i seguenti termini:

- per i procedimenti di competenza del dirigente responsabile di struttura: **60 giorni**, decorrenti dalla contestazione dell'addebito (qualora il dipendente abbia richiesto, per proprio impedimento, un differimento superiore a dieci giorni del termine a difesa, la scadenza per la conclusione del procedimento è prorogata in misura corrispondente - art. 55-bis, co. 2);
- per i procedimenti relativi a sanzioni più gravi di competenza dell'UPD: **120 giorni**, decorrenti dalla data di prima acquisizione della notizia dell'infrazione, anche se avvenuta da parte del responsabile della struttura in

EDITORIALE

INSIEME PER CAMBIARE

▶ segue da pag 2

agire sul campo con proprie iniziative e proposte, per esprimere il proprio punto di vista con la necessaria autonomia organizzativa, anche nella scelta di un proprio gruppo dirigente, uno dei luoghi dove ripensare e ridefinire il sindacato dei prossimi anni. Un laboratorio, non un ghetto, per assicurare la trasmissione di storia, competenze e valori a nuove leve sindacali, per mettere in campo una nuova generazione reclutando le intelligenze professionali, la passione civile, la spinta conflittuale.

Non dirò che giovani e donne sono il nostro futuro. Essi sono il nostro presente, chiamati ora a prendere l'Anaaio nelle loro mani per assicurarle una storia ancora più gloriosa di quella vissuta nei suoi primi 50 anni. Noi faremo la nostra parte. Ma tocca a loro muoversi per partecipare, contare, decidere. Per cambiare le parole ed i paradigmi della professione, a (ri)cominciare dalla formazione e dal valore della salute.

Per essere protagonisti responsabili e creativi del cambiamento della sanità italiana.

▶ segue da pag 15

Il procedimento disciplinare: termini e forme

cui il dipendente lavora (art. 55-bis, co. 4). Il legislatore, infine, per garantire il pieno esercizio del diritto di difesa del lavoratore, nonché per rispondere ad esigenze di celerità e tempestività dell'azione disciplinare, ha stabilito espressamente che la violazione dei termini stabiliti dalle leggi nelle diverse fasi del procedimento (termine di contestazione, termine di preavviso del contraddittorio, termine di conclusione del procedimento) comporta, per l'amministrazione, la decadenza dall'azione disciplinare e, per il dipendente, la decadenza dall'esercizio del diritto di difesa (art. 55-bis, co. 2 e 4, D.lgs. n. 165/2001).

1. Come chiarito dal Dipartimento della Funzione Pubblica, con circolare n. 14 del 23 dicembre 2010, la pubblicazione on line del codice disciplinare può validamente sostituire il metodo dell'affissione solo qualora l'accesso alla rete internet sia consentito a tutti i lavoratori, tramite la propria postazione informativa.

2. Sul punto l'art. 55-bis, comma 3 del D.lgs. 165/01 prevede che il responsabile della struttura, se la sanzione da applicare è più grave di quelle rientranti nella sua sfera di competenza, trasmette gli atti entro cinque giorni dalla notizia del fatto, all'ufficio dei procedimenti disciplinari, dandone tempestiva comunicazione al lavoratore.



ANAAO GIOVANI
ASSOCIAZIONE MEDICI DIRIGENTI

**PRIMA
CONFERENZA
NAZIONALE
ANAAO GIOVANI
BARI
19 GIUGNO 2013**

▶ segue da pag 7

Ecco perchè diciamo no

la progressiva riduzione del numero di dirigenti sanitari per pensionamento e concomitante blocco del turnover. Le risorse di tale fondo, rese disponibili in seguito alla riduzione stabile della dotazione organica, anch'esse per disposizione contrattuale debbono restare in tale fondo ed in tal modo non costituiscono nemmeno loro un aumento della massa salariale ma solamente un giro di conto. Queste risorse sono necessarie a retribuire le attività suddette, che malgrado la riduzione di dirigenti sanitari devono comunque essere effettuate.

Fondo di risultato

Anche questo fondo concorre alla parte accessoria della retribuzione e serve soprattutto a retribuire i risultati ottenuti da ciascun dirigente in rapporto agli obiettivi assegnati. È palese l'importanza strategica di questo fondo in una logica aziendale. Anche le risorse di questo, rese disponibili in seguito alla riduzione stabile della dotazione organica, per disposizione contrattuale debbono restare in tale fondo e non costituiscono un aumento della massa salariale ma solamente un giro di conto e sono necessarie a retribuire i risultati ottenuti la cui esigenza non diminuisce con la riduzione stabile del numero dei dirigenti sanitari.

Non aumento della massa salariale

La non attuazione della proroga al 2014 delle disposizioni del co. 2 bis non determinerebbe nessun onere aggiuntivo per il bilancio delle aziende sanitarie.

Questa nostra affermazione ha le seguenti dimostrazioni palesi:

- L'intera entità economica del fondo di retribuzione accessoria con i suoi addendi (fondo di posizione, particolari condizioni di lavoro e risultato), conseguente alle disposizioni contrattuali vigenti (vecchie di almeno 3 anni), è già contabilizzato nei bilanci delle aziende così come tale dal 2010.
- La massa salariale della dirigenza dei ruoli sanitari non viene aumentata dall'attuazione delle disposizioni contrattuali e pertanto dalla non attuazione della proroga degli effetti del co. 2 bis dell'art. 9.

Il blocco di tali fondi al tetto 2010 e la loro riduzione, anche se parziale, per effetto di controverse interpretazioni attuative delle disposizioni del comma 2 bis dell'art. 9 della legge 122/2010 ha determinato fino ad ora una progressiva riduzione ed in alcuni casi paralisi delle attività e non è più ulteriormente sostenibile senza sfaldamento a blocchi della rete sanitaria.

dm
dirigenzamedica

Sede di Roma:
via XX Settembre, 68
tel. 06.4245741 -
Fax 06.48.90.35.23

Sede di Milano:
via D. Scarlatti, 27
dirigenza.medica@anaao.it
www.anaao.it

Direttore
Costantino Troise

Direttore
responsabile
Silvia Procaccini

Comitato
di redazione:
Giorgio Cavallero
Domenico Iscaro
Mario Lavecchia
Carlo Palermo

Coordinamento redazionale
Ester Maragò

Progetto grafico e impaginazione



Edizioni Health Communication srl
Edizioni e servizi di interesse sanitario

Periodico Associato



Editore
Edizioni Health Communication
Via Vittore Carpaccio 18
0147 Roma
email: redazione@hcom.it
tel. 06.59.44.61
fax 06.59.44.62.28

Registrazione al Tribunale di
Milano n.182/2002 del 25.3.2002.
Sped. in abb. postale - D.L.
353/2003 (conv. in L. 27/02/2004 n.
46) art. 1, comma 1, dcb Roma

Diritto alla riservatezza: "Dirigenza Medica" garantisce la massima riservatezza dei dati forniti dagli abbonati nel rispetto della legge 675/96

Stampa
Consorzio AGE, Pomezia (Rm)

Costo a copia: euro 2,50

Finito di stampare
nel mese di giugno 2013