

# dmm

**Regioni**

Le interviste ai segretari regionali dell'Anaaao da pagina 4

**Contratti**

Il blocco della contrattazione, una decisione sbagliata da pagina 12

# dirigenzamedica

ANAAO ASSOCIAZIONE  ASSOMED MEDICI DIRIGENTI



I dati dell'indagine Anaaao Assomed-Swg sulle condizioni di lavoro dei medici

# SOS DEI MEDICI

## Indagine Anaa Assomed-SWG sulle condizioni di lavoro dei medici ospedalieri

# Stress, delusione e insoddisfazione

**Medici ospedalieri** insoddisfatti dei livelli retributivi rispetto alle responsabilità delle corsie, orgogliosi della loro professione, ma stressati da carichi di lavoro sempre più faticosi ed a rischio di un crescente contenzioso medico legale, percepito come una minaccia dalla quasi totalità degli intervistati, tale da incidere in modo drammatico sulla serenità professionale. Alla vigilia di una nuova manovra economica che, tra dichiarazioni e smentite, non promette nulla di buono per la sanità e per i contratti di chi ci lavora, l'Anaa Assomed in collaborazione con la Swg ha voluto tracciare un identikit dei medici ospedalieri proponendo un sondaggio condotto su un campione rappresentativo su tutto il territorio nazionale.

Dalle interviste emerge un vero e proprio "Sos" che la categoria

lancia alle forze politiche e alle istituzioni riproponendo l'attualità della "questione medica" che anziché trovare soluzioni adeguate si aggrava con il passare del tempo, nell'indifferenza di chi quella soluzione è tenuto a trovare, minacciando la quantità ed i livelli di qualità delle prestazioni del Ssn. Una categoria medica sempre più stressata che dichiara la propria insoddisfazione in modo identico per fasce di età e collocazione geografica: il 68% si sente frequentemente stanco; il 58% economicamente scontento; il 48% emotivamente sfinito.

**Medici insoddisfatti.** L'insoddisfazione è massima rispetto alla progressione di carriera (77%) per la quale la maggioranza dei medici (53%) ritiene che la competenza professionale conti poco rispetto alla politica che, invece, il

# Questi i nuovi mali dei medici in corsia

**Quasi sette medici su dieci si sentono frequentemente stanchi. Sei su dieci economicamente scontenti e la metà si dichiara emotivamente sfinita. Tra le cause dell'insoddisfazione la mancanza di una crescita professionale e retributiva. Ma quasi sette medici su dieci continuano a considerare buona la qualità dei servizi offerti dal Ssn e dagli ospedali, tuttavia la metà pensa anche che ci sia un peggioramento progressivo della qualità dei servizi ospedalieri. Questi i risultati dell'indagine Anaa Assomed Swg che ha voluto fotografare lo stato dell'arte delle condizioni lavorative dei medici tra criticità e aspettative**



97% dei medici crede decisiva per gli avanzamenti professionali.

Tra le altre cause di insoddisfazione, il 75% indica il livello di retribuzione ancor prima della distribuzione di carichi di lavoro (64%), ed un miglioramento del livello retributivo costituisce la prima delle aspettative dichiarate (67%). Un dato che indica chiaramente come il blocco della retribuzione e del contratto di lavoro in vigore dal 2010 abbiano notevolmente peggiorato il potere di acquisto dei salari e la condizione economica dei medici e delle loro famiglie, al di là dei luoghi comuni su una attività libero professionale che interessa il 60% della categoria.

**I rapporti con la politica.** Altro risultato significativo dell'indagine riguarda il rap-

porto con la politica: il 97% dei medici intervistati chiede di avere più peso nelle scelte aziendali e il 67% attribuisce alla invasività della politica la principale responsabilità della crisi del Ssn. È questo un dato che conferma come le riforme del sistema sanitario (502/1992 e 229/1999) abbiano fallito l'obiettivo di reclutare i medici nella gestione degli ospedali. I dipartimenti ed il collegio di direzione, anche se formalmente istituti, non hanno avuto riconosciuto il ruolo di collaborazione nelle scelte di politica gestionale. Il governo clinico è stato un obiettivo mancato e la dirigenza medica è stata relegata in un ruolo subalterno, ridotta al rango di fattore produttivo da controllare, sebbene impegnata in una difesa di valori professionali sempre più minacciati dalla invadenza della politica. Il Direttore generale è considerato come una figura monocratica dal potere assoluto e l'87% dei medici intervistati crede debba essere rivisto l'assetto direzionale e la stessa scelta dell'aziendalismo in sanità.

**I medici e il Ssn.** Nonostante gli aspetti negativi della professione, i medici continuano a considerare buona la qualità dei servizi offerti dal Ssn e dagli ospedali in Italia nel loro complesso (rispettivamente 66% e 67%). Tuttavia, pur nel giudizio positivo, ritengono che ci sia un peggioramento progressivo della qualità dei servizi ospedalieri (49%), specie nel confronto con gli altri Paesi europei tanto che il 35% degli intervistati ritiene che la sanità italiana funzioni peggio.

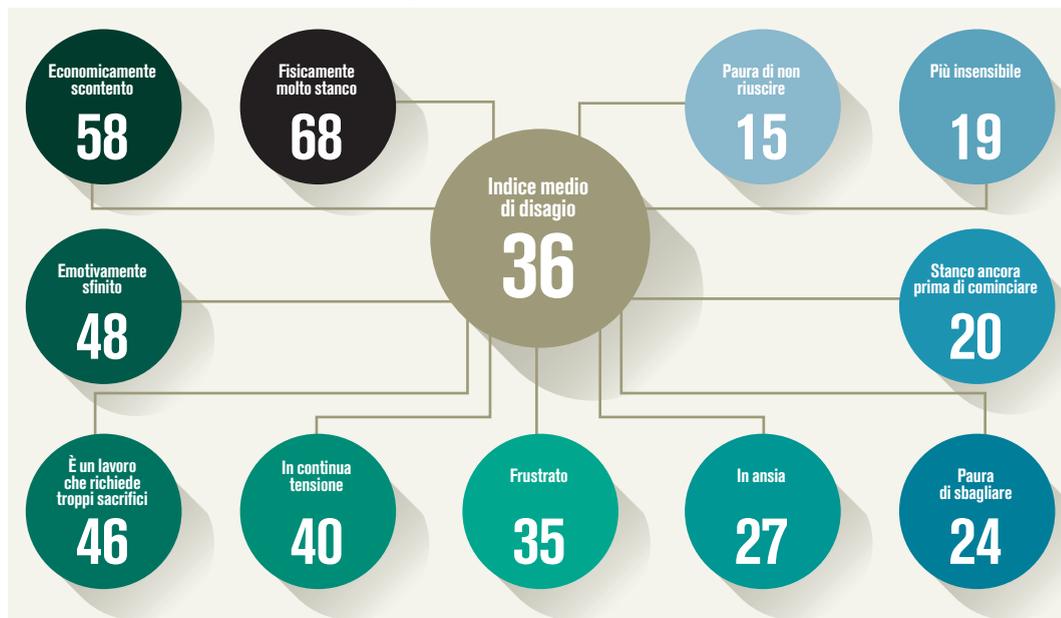
# economica.

Tra i motivi del peggioramento della qualità delle prestazioni ospedaliere i carichi di lavoro sono indicati come la causa principale, seguiti dagli scarsi investimenti nelle strutture e dalla crescita del contenzioso medico legale. Un giudizio complessivo sulle cause di peggioramento che indica ancora una volta come sul lavoro medico e sulla qualità dei servizi si riflettano le scelte di politica economica (blocco turn-over, pensioni ecc.) e di politica sanitaria (ritardi nella definizione delle reti ospedaliere ed assistenziali, integrazione ospedale-territorio ecc). Tutte le maggiori cause del peggioramento delle qualità delle prestazioni sono segnalate nelle Regioni del sud più che in quelle del nord.

Una componente medica emarginata dalla gestione degli ospedali rende attuale il tema della collocazione della dirigenza medica nel pubblico impiego ed il 76% dei medici si dichiara favorevole ad una revisione del ruolo giuridico dei medici. I provvedimenti legislativi e le leggi di stabilità che negli ultimi anni hanno interessato la Pubblica Amministrazione hanno coinvolto la Dirigenza Medica, disconoscendo la sua specificità di dirigenza professionale, assimilando l'atto medico a quello di procedimento amministrativo. Appare evidente come non sia rinviabile un intervento legislativo che definisca la specificità ed unicità del ruolo medico.

“L'indagine – ha commentato Costantino Troi-

## Gli stati d'animo. Con quale frequenza le capita di provare ciascuno dei seguenti stati d'animo? (molto+abbastanza spesso) Valori in percentuale



se, Segretario nazionale Anaa Assomed – dimostra che abbiamo visto giusto quando negli ultimi anni abbiamo posto con forza il problema della governance delle aziende sanitarie e nella contrapposizione tra logiche organizzative e valori professionali una della cause principali di una questione medica che certo viene da lontano, ma che da questa crisi viene alimentata ed amplificata. Torna tra i medici, specie i più giovani particolarmente colpiti dagli anni del blocco, il tema della retribuzione, a testimonianza di un impoverimento della categoria che non è solo di potere di acquisto e livelli previdenziali, ma anche di formazione, sicurezza, investimenti in tecnologie e risorse umane. Occorre adoperarsi per portare la sanità nella agenda del Governo e con essa i diritti del lavoro non scindibili da quelli dei cittadini. Ripartire dal lavoro, nelle sue varie forme, e dai suoi contenuti per ricordare a chi governa che senza di noi non esiste sanità pubblica e financo la crociata contro gli sprechi, esige la nostra partecipazione e la nostra professionalità”.

## Per essere soddisfatto del suo lavoro quale aspetto auspica che venga migliorato nel prossimo contratto di lavoro?



## Se dovesse descrivere la professione del medico con due aggettivi quali tra i seguenti sceglierebbe?

	Totale campione	Maschio	Femmina	30-39 anni	40-54 anni	più di 54 anni	nord-ovest	nord-est	centro	sud	isole
Indispensabile	52	49	58	59	49	51	56	50	47	52	54
Faticosa	45	42	52	50	44	42	49	50	47	52	54
Affascinante	40	41	36	32	45	39	40	48	43	37	45
Gratificante	29	32	25	34	28	28	26	42	37	42	34
Creativa	11	12	9	6	11	14	12	25	34	34	32
Esasperante	11	11	9	9	11	10	7	17	8	9	4
Ripetitiva	4	5	2	3	3	6	4	10	11	11	16
Noiosa	0	1	0	0	0	1	1	0	7	4	7

## Valle d'Aosta, Lombardia, Toscana, Abruzzo, Basilicata, Sicilia

# Interviste ai segretari Regionali

**Piero Sirianni**  
Segretario regionale Anaa Assomed  
Valle d'Aosta

### “Merito, rispetto della dignità professionale, appropriatezza e relazioni sindacali”

**Dottor Sirianni, quali sono le principali criticità sul fronte sindacale nella sua Regione?**

Una criticità è rappresentata dall'orario di lavoro: i medici svolgono un orario che non si limita a quello istituzionale di 34 ore + 4 di aggiornamento: centinaia di ore, indispensabili per mantenere i livelli di assistenza adeguati alle esigenze della cittadinanza, se non recuperate entro i 6 mesi, vengono “cestate” e non se ne ha più memoria. Il carico di lavoro aumenta sempre di più, con un incremento vertiginoso delle visite di pronto soccorso (spesso non appropriate) e sempre di più la “clinica” deve lasciare spazio alla burocrazia: ormai le “ricette rosse” in buona parte vengono compilate dal medico ospedaliero, senza che ciò abbia comportato riduzione dei volumi prestazionali o quid economici. I medici con contratti atipici non si sentono adeguatamente tutelati. L'ampliamento dell'ospedale, in un periodo di spending review, è in una fase statica e non si sa bene cosa ne sarà: di certo ottimizzazioni se ne possono e se ne devono fare, anche in economia, per trovare soluzioni a vari punti critici (per esempio il dipartimento materno-infantile, ubicato in una sede distaccata, comporta una doppia sala operatoria, anestesisti e personale dedicato...). L'aggiornamento professionale non

è adeguato: buona parte delle 4 ore settimanali di aggiornamento sono destinate ad attività assistenziale; i fondi per la partecipazione a congressi, corsi, frequenze in Italia e all'estero, sono stati tagliati drasticamente.

I medici troppo spesso si dedicano anima e cuore al proprio lavoro, ma pensano poco a tutelare la loro professione: è sicuramente importante, soprattutto da parte dei giovani, che comunque nella nostra realtà sono molti, l'avvicinamento al sindacato, e al suo ruolo.

Spesso come Anaa, ma anche come intersindacale, abbiamo detto e scritto che la buona sanità non si



**Per decongestionare il pronto soccorso occorre attivare un servizio territoriale gestito dai Mmg in grado di far fronte almeno ai codici bianchi e favorire la collaborazione attiva dei Mmg con i medici ospedalieri**

fa solo con le prestazioni! Per anni sono state erogate prestazioni con poco “filtro”: si deve superare questa logica e lavorare sempre di più (qualcosa si sta facendo) sull'appropriatezza, che magari può essere anche premiata, se consente oltre a un risparmio un giusto compromesso tra ciò che il cittadino chiede e ciò che è corretto offrirgli. La crescita professionale sembra un terreno arido, dove non si raccoglie più nulla, l'avanzamento di carriera è minimo, e non sempre è legato a reali parametri di merito. Il rapporto strutture semplici rispetto alle complesse, è a favore di queste ultime, contraddicendo la media nazionale, almeno in ambito ospedaliero.

**Alla luce di questo scenario quali sono le possibili soluzioni per superare le criticità?**

Il medico deve poter lavorare in tutta serenità, usufruendo di adeguati periodi di riposo e sentendosi tranquillo nello svolgimento della propria attività. La tutela assicurativa da parte dell'Azienda non deve avere lacune, e il singolo professionista deve comunque pensare ad una adeguata polizza individuale per la colpa grave.

Si deve mettere in atto un tavolo per stabilire i volumi prestazionali e, in sede di discussione di budget, definire l'eventuale orario aggiuntivo necessario per raggiungere gli obiettivi (orario che deve essere remunerato e che comunque non deve superare il tetto delle 250 ore annue). Per decongestionare il pronto soccorso occorre attivare un servizio territoriale gestito dai Mmg in grado di far fronte almeno ai codici bianchi e favorire la collaborazione attiva dei Mmg con i medici ospedalieri all'interno del pronto soccorso. L'aggiornamento profes-

sionale deve essere ritenuto dall'Azienda un investimento importante, sia per gli eventi regionali, sia per quelli esterni, indispensabili per mantenere elevata la preparazione degli operatori sanitari. L'appropriatezza, a maggior ragione nella situazione di crisi economica, deve prendere il sopravvento sull'erogazione indiscriminata di prestazioni, che non giova a nessuno, in primis all'utente. Sicuramente un punto cardine è il ritorno alla centralità della figura del Mmg nella gestione del paziente, che deve essere il “regista” di tutti gli “attori” che ruotano intorno al paziente. L'irrigidimento sulla possibilità di un “avanzamento” in carriera non è positivo e si deve favorire tale opportunità non solo con gli “scatti” di anzianità, ma anche premiando il merito.

**Se dovesse invece indicare delle urgenze, quali sarebbero?**

Offrire al professionista un'adeguata tutela che gli consenta di svolgere serenamente la propria attività. Definire i volumi di attività per ogni struttura e non discostarsi troppo dall'orario di lavoro istituzionale e dalle norme europee in tema di orario e riposo.

Lavorare sull'appropriatezza e favorire la permeabilità tra ospedale e territorio per ottimizzare la gestione del Paziente. Stabilizzazione dei dirigenti medici e sanitari precari.

Trovare una soluzione all'ampliamento dell'ospedale. Ridurre gli attriti tra le figure professionali che entrano in gioco nel Ssr. Difendere il Ssn cercando un valido alleato nelle associazioni di tutela del malato, con le quali i medici hanno un interesse comune, che è quello della salute del cittadino.

**Le parole d'ordine nello svolge-**

**re la sua attività sindacale?**

Merito, rispetto della dignità professionale, appropriatezza e relazioni sindacali.

**Silverio Selvetti**

Segretario regionale Anaa Assomed Lombardia

## “Quello che più preoccupa è il precariato sommerso”

**Dottor Selvetti, quali sono le principali criticità in Lombardia?** Quelle note di interesse nazionale quali la progressiva legiferazione che di fatto ha reso impraticabili importanti istituti contrattuali oltre al blocco della contrattazione stessa, i tagli lineari di risorse per il Ssn fanno sentire la morsa recessiva anche nella “ricca Lombardia”.



Provare a ricercare e realizzare strategie e metodiche di comunicazione che abbiano un minimo di efficacia, rivolte sia al nostro mondo sia alle istituzioni sia alla cittadinanza cercando di saldare con quest'ultima un'alleanza necessaria alla difesa e al miglioramento del Ssn

In Lombardia, a mio parere, di criticità ce ne sono più d'una. La più importante è il blocco del turn over negli Ospedali con quello che ne consegue: strutture ridotte a pochi medici che faticano ogni giorno ad assicurare prestazioni per lo meno dignitose. Il precariato: le strutture del Ssr stanno in piedi grazie ad un numero significativo di medici a tempo determinato che progressivamente vedono svanire la possibilità di una stabilizzazione. La regione ci ha appena fornito una stima sul numero di persone da stabilizzare di circa 800-900 unità. Secondo noi sono molti di più, verificheremo accuratamente.

Quello che più preoccupa però è il precariato sommerso che viene avanti; quello che nel mio intervento congressuale ho definito il fenomeno degli “s'chiavi in mano” ossia giovani colleghi che per lavorare vengono assunti come liberi professionisti e obbligati ad assicurarsi come tali svincolando i datori di lavoro dagli obblighi contrattuali e ora di legge. A giugno ritenevo che tale fenomeno più o meno nuovo riguardasse le strutture private accreditate ebbene mi sbagliavo; ho contezza di strutture pubbliche che hanno iniziato tale nefanda pratica.

**Quali azioni state mettendo in atto per superare queste criticità?** Stiamo lavorando, e la ripresa dei primi contatti con le istituzioni Regionali fanno ben sperare.

Durante l'estate abbiamo aperto più tavoli di confronto importanti e interessanti cercando di seminare il concetto che ogni buon sistema non possa camminare se non sulle gambe della dirigenza medica e sanitaria. Abbiamo aperto inoltre più tavoli trattanti attraverso i quali cercheremo di rimediare alle criticità elencate. Non ci mancano né la competenza sugli argomenti da trattare/contrattare né le idee. Avevamo bisogno, e speriamo di essere riusciti a invertire la tendenza, di normali relazioni sindacali. Infine stiamo lavorando per dare supporto ai nostri Segretari aziendali perché possano tradurre sul campo quanto l'associazione sta facendo a tutti i livelli.

**Se dovesse indicare invece delle urgenze quali sarebbero?**

Le abbiamo indicate nelle nostre richieste/proposte alla parte pubblica: sblocco del turno over, stabilizzazione dei precari e rispetto per i giovani colleghi che non possono essere umiliati da proposte indecenti, collaborazione con la parte pubblica per il piano assunzioni e

condivisione con la stessa nella gestione delle criticità, la questione assicurativa nei suoi vari aspetti, la ricerca di un accordo su importanti istituti contrattuali applicati in modo non omogeneo in Regione quali l'indennità di esclusività e gli incarichi dirigenziali al superamento dei 5 e 15 anni ed infine incalzare la regione sulle sue responsabilità riguardo alla ALPI.

**Le sue parole d'ordine come responsabile regionale?**

Profonda attenzione ai giovani, alle loro problematiche alla ricerca e comprensione di un mondo di cui forse faticiamo a comprendere aspirazioni e speranze per tutelarli meglio.

Ricerca e mantenimento di relazioni sindacali solide e durature in un'epoca in cui a volte è davvero difficile esercitare il nostro ruolo. Provare a ricercare e realizzare strategie e metodiche di comunicazione che abbiano un minimo di efficacia, rivolte sia al nostro mondo sia alle istituzioni sia alla cittadinanza cercando di saldare con quest'ultima un'alleanza necessaria alla difesa e al miglioramento del Ssn.

**Flavio Civitelli**

Segretario regionale Anaa Assomed Toscana

## “Qualità e sicurezza delle cure, a tutela dei cittadini e di chi si occupa della loro salute”

**Dottor Civitelli, quali sono gli scenari in Toscana?**

La Toscana è una Regione non interessata da un piano di rientro e il nostro sistema sanitario è considerato, nel complesso, tra i migliori in Italia. Anche l'Anaa, gode buona salute, è la sigla largamente più rappresentativa e il nostro trend, in termini di adesioni, è in crescita da anni. La vera forza del nostro sistema sanitario, che ha fatto, e fa la differenza, sta sicuramente nel diffuso senso di appartenenza e di consapevolezza dei professionisti appartenenti alla dirigenza medica e sanitaria, sia ospedaliera che del settore, strategico, della prevenzione. Nonostante la premessa anche nella mia Regione non mancano situazioni critiche. Tenersi al di fuori dal piano di rientro ha comportato un costo che ha toccato in modo forte la Dirigenza medica e sanitaria. Il prezzo pagato è stato doppio, come tutti abbiamo sofferto sul

fronte economico ma, sulla nostra categoria, è stato forte l'impatto sulla qualità delle condizioni di lavoro. In molte strutture si è lavorato a lungo e si continua a lavorare a ranghi ridotti e spesso, complice i ritardi legati alla Balduzzi, in molti casi, privi di direzione.

In mezzo a questo passaggio si è inserita l'attivazione, in molte aziende sanitarie, del modello assistenziale per intensità di cura, che disarticola il sistema dipartimentale a favore di una trasversalità delle cure che riconoscono nella gravità del paziente, piuttosto che nella specificità specialistica della patologia, l'assegnazione alla struttura di ricovero. Su questo tema è aperto, con la Regione, un confronto teso a rimodulare e calibrare una applicazione del modello che sia condiscusso con i professionisti e tuteli qualità e appropriatezza delle cure. A questi aspetti va aggiunta una situazione di complessità organizzativa generale che deriva dalle politiche di spending review. Anche in Toscana l'accesso al pronto soccorso ha raggiunto livelli elevatissimi. Tutta la patologia emergente, anche quella a minore complessità, sembra incanalarsi in modo pressoché esclusivo in questo percorso. La difficoltà del sistema territoria-



Penso ad un modello che identifichi le famiglie di patologia cronica complessa su cui investire che porti medici e infermieri esperti, e con essi l'efficacia e la tempestività diagnostico assistenziale necessaria, in casa del paziente in modo fisico ma anche attraverso le moderne tecnologie di telemedicina

le nel trovare una risposta a questa situazione si associa ad un significativo taglio dei posti letto che potrebbe essere presto, per mille abitanti, tra i più bassi in Italia e in Europa. Di fatto, l'inefficace filtro territoriale sull'acuto e sul cronico instabile, associato ad una inadeguata capacità di assorbimento da parte dei reparti di degenza può portare non di rado, nei periodi di picco di patologia, ad un default del sistema. Le conseguenze negative ricadono sui cittadini ma, in modo altrettanto forte sugli operatori.

#### **Quindi quali sono le sue proposte per superare le criticità?**

Su fronte del modello di intensità di cure siamo disponibili ad un confronto costruttivo che valuti gli esiti di una applicazione, da considerare sperimentale, che sia condivisa con la dirigenza professionale in modo da permettere ad operatori e Regione, di capire i reali vantaggi e affrontare le criticità in modo funzionale. In alcuni casi, le difficoltà logistiche e strutturali associate ad una interpretazione di risparmio tout-court laddove erano e sono necessari investimenti (la figura del medico tutor è ancora largamente ancora sulla carta!) hanno portato a situazioni di forte stress operativo. Sul tema dell'appropriatezza dell'accesso al sistema è oggi irrinunciabile una vera integrazione dell'ospedale con il territorio. Per la patologia cronica complessa ed instabile è necessario spostare l'ospedale a casa dei pazienti. Penso ad un modello che identifichi le famiglie di patologia cronica complessa su cui investire che porti medici e infermieri esperti, e con essi l'efficacia e la tempestività diagnostico assistenziale necessaria, in casa del paziente in modo fisico ma anche attraverso le moderne tecnologie di telemedicina. Questa è una strada possibile di integrazione che può offrire una assistenza efficace fuori dalle mura dell'ospedale tale da ridurre in modo vero la congestione dei Pronto Soccorso.

#### **Passiamo alle urgenze, quali sono quelle sulle quali bisognerebbe intervenire con rapidità?**

Sicuramente il blocco economico che ha inciso fortemente sulla dinamica della assegnazione degli incarichi professionali associato al prosciugamento dei fondi per la formazione. Se i medici più giovani non vengono stabilizzati e non sono incentivati ad assumere nuove responsabilità, a crescere in autonomia professionale ed espertizzarsi in metodiche diagnostiche e abilità professionali, il sistema è desti-

nato a rallentare in modo preoccupante sul fronte del mantenimento delle eccellenze professionali. Su questi temi, dopo gli anni più neri della crisi la Regione Toscana ha aperto una stagione di confronto che ha portato alla firma di accordi sui quali puntiamo molto per un rilancio del sistema.

#### **Le sue parole d'ordine come responsabile regionale?**

I nostri obiettivi sono: qualità e sicurezza delle cure, a tutela dei cittadini e di chi deve occuparsi della loro salute. Siamo consapevoli delle difficoltà economiche ma anche del fatto che il prezzo più alto ad oggi lo hanno pagato i professionisti ospedalieri che erogano quelle cure salvavita che spesso chiedono risposte tanto immediate quanto complesse.

**Filippo Gianfelice**

**Segretario regionale Anaa Assomed Abruzzo**

### **“È necessario uscire dal commissariamento e rivedere la rete d'emergenza-urgenza”**

**Dottor Gianfelice, l'Abruzzo è una delle Regioni commissariate e sottoposta a Piano di rientro dal 2008. Qual è lo stato dell'arte? Ci sono ancora molte criticità alle quali far fronte?**

Il rientro dal deficit ha comportato la necessità di rispondere a rigide regole amministrative, imposte dal Mef, che hanno portato sì ad un ripiano del bilancio regionale ma dall'altro hanno determinato una grave e pressante stretta su tutto il comparto sanitario. In particolare si è dovuto procedere alla riconversione di alcuni ospedali più piccoli, alla riduzione dei posti letto, all'avvio di processi di de ospedalizzazione e assistenza sul territo-

rio con blocco del turnover, riduzione delle Uu.Oo.Cc e quindi dello sbocco di carriera, alla contrazione delle spese per presidi sanitari. Se a queste operazioni, peraltro necessarie, si aggiungono le politiche di spending review ed i tagli lineari imposti negli ultimi anni dai governi centrali, si può comprendere il quadro estremamente critico di questo periodo, fatto da crescita del precariato e del disagio medico, con ore di straordinario e scarso riconoscimento dell'attività svolta, con difficoltà crescente a svolgere la propria attività. E tutto questo senza alcuna possibilità di contrattare a livello Regionale alcunché.

#### **Quali le sue proposte per superare queste criticità?**

Credo di condividere innanzitutto l'obiettivo che si è posto l'attuale Governatore d'Abruzzo e cioè quello di uscire dal Commissariamento. Penso che questo possa riportare la discussione in Sanità ad una trattativa intra regionale per poter condividere con il mondo politico le scelte migliori per la sanità della nostra Regione. Mi riferisco alle scelte in tema di riordino della rete ospedaliera, all'integrazione tra medicina ospedaliera e territorio ed ai rapporti con le due facoltà di medicina. In particolare, per quest'ultimo problema, abbiamo superato, al momento, il rischio di realizzare due Aou e stiamo aspettando la nuova convenzione fra università e regione, che permetterà un nuovo rapporto d'integrazione fra il Ssr e l'Università di medicina

#### **Dovendo invece stilare una graduatoria delle urgenze?**

Ritengono che il primo passo sia quello di rivedere, anzi direi di fare, una nuova rete d'emergenza - urgenza. Questo è il primo passo per discutere sulla rete ospedaliera, e sulle reti delle patologie. Contemporaneamente occorre completare il piano di assunzioni avviato sbloc-

cando il turnover ed eliminare il precariato Medico non più accettabile. Ospedali più efficienti devono poter formare giovani e trattenerli in servizio, pronti ad integrare e poi sostituire i Dirigenti più anziani

#### **Le sue parole d'ordine come responsabile regionale**

Condivisione delle scelte in politica sanitaria. Rispetto del lavoro di quanti ogni giorno si impegnano nelle corsie e negli ambulatori dei nostri ospedali. Assunzioni di giovani medici, superando ed evitando il precariato. Disponibilità mia e di quanti fanno sindacato attivo per essere vicino ai problemi che i colleghi ci presentano.

**Eustachio Vitullo**

**Segretario regionale Anaa Assomed Basilicata**

### **“I medici non vanno lasciati soli a gestire le criticità”**

**Dottor Vitullo, quali sono le principali criticità dell'area di cui lei è responsabile?**

Con la Lr n. 12/2008 sull'innovazione organizzativa delle Aziende sanitarie, la Regione Basilicata ha intrapreso un processo di riordino del Ssr, che ha portato alla realizzazione di una nuova configurazione delle strutture organizzative secondo logiche di rete. La configurazione del Ssr prevede una rete composta dalle due Asl di Potenza (Asp) e di Matera (Asm), le cui dimensioni coincidono con i rispettivi territori provinciali, nonché dall'Ao Regionale “S. Carlo” per le alte specialità e per le reti cliniche integrate dei servizi ospedalieri e dall'Irccs oncologico di Rionero in Vulture.

È stato intrapreso un cammino di risanamento finanziario, che ha ormai portato la Regione abbastanza vicina al punto di pareggio con una decisa riduzione del saldo della mobilità.

Se in termini assoluti la situazione finanziaria è quindi sostanzialmente in equilibrio, va registrata la stagnazione dell'economia regionale che non ha permesso un altrettanto brillante risultato in termini di rapporto con il Pil, essendo quest'ultimo rimasto “al palo”.

La spesa pubblica in Basilicata riesce a far fronte alla maggior parte della domanda espressa dalla popolazione, lasciando la Regione estranea alle problematiche di cri-



**Condivisione delle scelte in politica sanitaria. Rispetto del lavoro di quanti ogni giorno si impegnano nelle corsie e negli ambulatori dei nostri ospedali. Assunzioni di giovani medici, superando ed evitando il precariato.**

si finanziaria che attanagliano i servizi sanitari meridionali; in prospettiva, però, questo indiscutibile merito non deve distogliere l'attenzione da altre problematiche importanti del sistema sanitario regionale, che rimangono ancora irrisolte.

La Basilicata dovrà convivere con una sempre maggiore presenza di anziani e conseguentemente dovrà predisporre le strutture per assorbirne positivamente l'impatto.

**Quali misure sono state messe in atto per superare queste criticità?**

È in corso un processo di razionalizzazione del sistema di offerta sanitaria, un processo che ha interessato in primo luogo la rete ospedaliera, con un conseguente incremento dei bacini medi di utenza per struttura; fenomeno generalizzato a livello nazionale, ma particolarmente evidente in Basilicata, che ha portato la propria dotazione di posti letto sino al valore di 3,6 ogni mille abitanti, con una riduzione rispetto al 2005 del 15,4% (media annua -3,3%). La mobilità passiva, come evidenziato anche nella Relazione sanitaria regionale, è invece un problema che la Regione deve ancora definitivamente superare, nonostante i trend positivi degli ultimi anni, che hanno visto aumentare l'indice di attrazione e ridurre quello di fuga. La sostanza del pro-

blema è di tipo qualitativo: infatti la mobilità passiva interessa prevalentemente ricoveri ad alta complessità, e in generale quelli chirurgici. Gli sforzi fatti per razionalizzare l'offerta ospedaliera e contestualmente incrementare l'offerta di riabilitazione, domiciliare, etc. sono lontani dal raggiungimento dei livelli ottimali. Il sistema di presa in carico territoriale appare ancora insufficiente e comunque incapace di far fronte all'emergenza della cronicità ed è ancora molto esigua la schiera di coloro che beneficiano di assistenza in Adi. Il fattore critico nella razionalizzazione, rimane quello legato alla capacità di accompagnare la riduzione dei posti letto con un contestuale sviluppo dell'assistenza primaria (in particolare domiciliare e residenziale).

**Se dovesse indicare delle priorità alle quali rispondere con urgenza quali sarebbero?**

Il Ssr e quindi i medici si devono confrontare con due ordini di problemi: quelli socio-economici, tipici del mancato sviluppo del Sud e problemi demografici, ossia il rapido invecchiamento della popolazione. Il Ssr, discostandosi da altre esperienze meridionali, registra un equilibrio finanziario e una spesa sanitaria totale "virtuosa" ma la sfida è coniugare questa virtuosità finanziaria con un incremento qualitativo dell'offerta, obiettivo perseguibile solo con un investimento appropriato su risorse umane e professionali e garantendo il ricambio generazionale del personale medico.

**Le sue parole d'ordine come responsabile regionale?**

Direi che i medici non vanno lasciati soli a gestire queste criticità aggravate da risposte politiche non sempre tempestive e assai più spesso contraddittorie.

**Pietro Pata**

Segretario regionale Anao Assomed Sicilia

**"Dobbiamo lottare tutti per la tutela dei Dirigenti pubblici e per la salute dei cittadini"**

Dottor Pata, sul fronte sindacale quali sono le principali criticità con le quali si è dovuto misurare?

Sono stato eletto Segretario regionale il 16 maggio scorso e le principali criticità che ho avuto modo di percepire erano rappresentate da

“

**Stiamo dando fondo a tutte le nostre energie per portare avanti un'azione di incontro istituzionale con l'assessorato sanità e la commissione sanità per il piano di rimodulazione. Scenderemo sul campo della battaglia legale per i precari. In una parola, è una emergenza H24 il nostro Ssr.**



una difficoltà di visibilità esterna del sindacato, soprattutto in sede istituzionale (Regione Sicilia). Inoltre l'azione sindacale a livello locale (aziende Asp ed Ospedaliere) era a "macchia di leopardo" con vaste aree in cui era venuta meno la "voglia" di rappresentatività e di lotta. Al di là della forza delle idee, mai mancate, era venuta meno l'incisività dell'azione. Sin dall'inizio ho dovuto guardare dentro, prima che fuori, il nostro sindacato per ritrovare insieme le ragioni di una quotidiana affermazione della nostra Sigla.

**Quali sono quindi le proposte per superare queste criticità?**

Le proposte che ho avanzato già nel Congresso regionale elettivo di maggio 2014, peraltro sempre ribadite nelle successive riunioni di Segreteria e di Consiglio regionale, sono quelle di un dinamico coinvolgimento di tutte le componenti sindacali. È giusta la filosofia del "ciascuno a casa propria" ma deve essere compito del Segretario regionale rendere fluida e densa di esiti la partecipata comunicazione tra loro di tutte le strutture sindacali (dall'assemblea degli iscritti su fino alle segreterie aziendali ed infine su fino al Consiglio regionale ed ancora su fino ai nostri rappresentanti negli Organi statutari nazionali). Nessuno deve sentirsi investito da "divina unzione" e tutti devono portare acqua al mulino comune della rappresentatività sindacale fattiva, operosa, limpida e non condizionabile. La seconda proposta è stata "lavoro per tutti". Solo essere sempre presenti "sul pezzo" può mettere il sindacato in condizione di essere rapidamente in connessione con i reali bisogni della "base". Se invece devo pensare ad un "non problema" esso è rappresentato dall'immediata e stretta relazione che si è venuta a

costituire, sia nella base che negli organi statuari, con la Dirigenza sanitaria. Abbiamo affrontato specifiche problematiche con una sinergia che francamente mi ha stupito.

**Se dovesse indicare delle urgenze quali sarebbero?**

Le "urgenze" nella Regione Sicilia costruiscono un elenco telefonico: una Regione piegata da subentranti piani di rientro con tagli lineari spaventosi, che hanno ridotto enormemente la capacità di garantire i Lea; un Piano di rimodulazione dei Pl. in osservanza della recente "Balduzzi" che tarda ad essere approvato perché fa acqua da tutte le parti ed inorridisce financo i politici della Commissione sanità dell'Assemblea Regionale; un precariato selvaggio reso ancora più duro dal fatto che la Regione non si è uniformata alla normativa nazionale sulla Stabilizzazione, intanto garantendo incarichi triennali, bensì andando avanti a colpi di circolari assessoriali con blocco degli incarichi e quant'altro; opachi protocolli di intesa con l'Università; nebulosi rapporti con gli Irccs (Neurolesi, Ismett) e con talune Istituzioni approdate da lontane regioni (San Raffaele, Fondazione Maugeri, Humanitas etc); anomalie nella gestione del Servizio 118 regionale.

Stiamo dando fondo a tutte le nostre energie per portare avanti un'azione di incontro istituzionale con l'assessorato sanità e la commissione sanità per il piano di rimodulazione. Abbiamo elaborato documenti correttivi dei protocolli di intesa. Scenderemo sul campo della battaglia legale per i precari. In una parola, è una emergenza H24 il nostro Ssr.

**Le sue parole d'ordine come responsabile regionale?**

Lavoro, partecipazione, sacrificio. Dobbiamo lottare tutti per le nostre stelle polari: tutela dei dirigenti pubblici; salute dei cittadini.

“

**La spesa pubblica in Basilicata riesce a far fronte alla maggior parte della domanda espressa dalla popolazione, lasciando la Regione estranea alle problematiche di crisi finanziaria che attanagliano i servizi sanitari meridionali**



**Alberto Spanò**  
 Responsabile nazionale  
 della Dirigenza sanitaria

## La voce della dirigenza sanitaria

**“Lavoriamo per l'integrazione della categoria della dirigenza medica e sanitaria”**

**Dottor Spanò, quali sono le principali criticità alle quali la Dirigenza sanitaria deve far fronte?**

L'ingresso nell'Anaa di biologi, chimici, fisici, farmacisti e psicologi e recentemente degli ingegneri clinici, ha cambiato il volto del sindacato che si è assunto responsabilità più ampie sia per gli aspetti della tutela che per gli obiettivi di sostegno e tenuta del Ssn, in una fase di grande complessità per la permanente crisi che affligge la sanità ed il Paese nel suo complesso. Queste categorie della dirigenza sanitaria hanno in comune con i medici la maggior parte dei problemi rivendicativi sul tappeto ormai da qualche anno, tra i quali il blocco contrattuale permanente, il blocco delle assunzioni, il crescente disagio per le condizioni di lavoro, la messa in discussione di ruolo dirigenziale e delle competenze negli assetti organizzativi, l'evidenza di una necessità di revisione dello stato giuridico e del posizionamento nel pubblico impiego, il precariato. Accanto a tali criticità comuni, evidentemente l'espressione specifica delle diverse peculiarità professionali evidenzia un ampio numero di criticità specifiche di ciascuna categoria e settore. Com'è noto, infatti, le categorie della Dirigenza sanitaria operano non solo nei Servizi di assistenza, ma anche, e in quantità prevalente, nei Servizi diagnostici, negli Irccs, nei Servizi farmaceutici, nei Servizi di fisica sanitaria, negli Izs, nei Servizi di Prevenzione, nelle Agenzie regionali di prevenzione ambientale, nei Policlinici universitari e negli Enti di ricerca collegati. Una pluralità di ruoli e di impegni che rappresenta certamente un punto di forza per esse e per il sindacato, ma che le rende esposte a maggiori rischi prospettici per la tutela del lavoro e delle professioni rappresentate. Tra queste criticità prendiamo in considerazione solo le maggiori, senza fare cenno in questa sede a tutte quelle condivise e comuni con i medici. Certamente esistono problemi di ti-



po strettamente professionale che la variegata compagine ordinistica, o l'assenza degli ordini in taluni casi, rende necessario affrontare in sede legislativa. Per biologi e chimici, oltre che in parte per gli psicologi, esiste il problema di ottenere il definitivo riconoscimento di professioni sanitarie, con l'instaurazione dei livelli di tutela e garanzia che derivano inevitabilmente da tale diverso assetto. Per i fisici medici esiste la necessità di ottenere la previsione legislativa di un albo che il sindacato è impegnato a definire nel riassetto normativo dell'Ordine dei Chimici. Su questi aspetti sono state promosse e sostenute dal sindacato proposte di legge in discussione al parlamento. Correlata con tale diversificata questione ordinistica è la grave problematica che riguarda l'accesso alla formazione specialistica post laurea che queste categorie condividono con i medici, senza però il riconoscimento dei contratti di formazione lavoro. Su questo aspetto il Sindacato è impegnato da anni in una dura battaglia, in parte legislativa e coronata da riconoscimenti cui non è seguita l'applicazione concreta, in parte giudiziaria, con una Sentenza recente favorevole e di cui si attende l'applicazione, con problemi collaterali di ogni tipo a partire da tentativi, indegni di un Paese civile, di blocco parziale degli accessi alle Scuole dei giovani laureati magistrali. Vi è poi una criticità in parte comune con i medici, in parte più grave che riguarda il blocco delle assunzioni. Le aziende sanitarie, infatti, e accanto a queste gli Izs, gli Irccs e le Arpa, hanno applicato alle categorie della dirigenza un blocco assunzionale ancor più

duro, arrecando un danno grave ai giovani formati per l'accesso alla sanità e alla ricerca, ma ancor più pesante alla funzionalità dei servizi per i quali queste figure professionali sono essenziali. Una ulteriore criticità è rappresentata dal rafforzamento e dalla necessità di adeguamento ai nuovi scenari ed all'evoluzione tecnico scientifica degli Izs, dei quali è in corso da tempo e non conclusa una articolata fase di riordino, degli Irccs gravati dal precariato, in particolare dei dirigenti sanitari addetti alla ricerca, oltre che da una permanente riduzione delle risorse disponibili, delle Arpa, per le quali è ormai necessaria ed urgente una legge di riordino e di rilancio su cui il sindacato è impegnato da tempo. L'ultima criticità, non di rilievo minore, anch'essa comune con i medici, ma più articolata per il vasto fronte di attacco, è costituita dall'erosione potenziale delle competenze professionali che discende dalla sempre maggiore confusione rivendicativa di categorie professionali del comparto.

**Quali le sue principali strategie e aree di impegno sindacale per affrontare queste numerose criticità?**

Un primo e fondamentale impegno del Settore Dirigenza in questa fase è costituito dal completamento del processo di progressiva integrazione delle Categorie rappresentate, provenienti da una poliennale esperienza all'interna dell'ex Sds Snabi, all'interno di Anaa Assomed. Si tratta di una attività che, dopo il Congresso di Abano, deve essere ulteriormente perseguita rendendo percepibile agli iscritti la comune appartenenza sindacale dal livello aziendale a quello regionale e nazionale. Accanto a questa fase di definitiva trasformazione organizzativa dovranno essere garantite le distinte risposte alle criticità che sono state, sia pur sommariamente, indicate. Resta permanente sotto questo profilo l'impegno costante in sede legislativa per portare a conclusione le essenziali modifiche normative che le categorie della dirigenza sanitaria attendono ormai da anni e che restano essenziali per la garanzia dello sviluppo professionale. Tali risultati normativi dovranno essere evidentemente resi compatibili

con le possibili, ed in parte auspicate, modificazioni dello stato giuridico dei medici e della dirigenza, in parte e malamente indicate nel recente "Pacco" Patto della Salute. È altresì da perseguire con forza la politica di riapertura delle assunzioni per tutte le categorie della dirigenza sanitaria, oltre che dei medici, ottenendo finalmente una soluzione definitiva ai problemi non più sostenibili del precariato. Un impegno specifico del Settore sarà sviluppare anche in sede regionale una nuova politica per l'occupazione, non trascurando di garantire il corretto accesso alle posizioni apicali nei diversi settori, nel rispetto di quanto acquisito sul piano normativo. Sugli aspetti legati alla necessità di riapertura della stagione contrattuale e del riconoscimento della distinta area di contrattazione della dirigenza sanitaria dovranno essere ricercate dal Sindacato nel suo complesso le strade per superare l'attuale poliennale stallo. Sugli aspetti legati alla formazione specialistica andranno finalmente individuate le risorse necessarie per garantire i contratti a tutte le categorie nel rispetto di un numero di accessi adeguato al turn over sia dell'area pubblica che privata.

**Se dovesse invece indicare delle urgenze, quali sarebbero?**

Le urgenze vere non sono distinguibili tra medici e dirigenza e attendono alla stipula di un nuovo accordo di lavoro, previa soluzione delle criticità normative e finanziarie, alla revisione dello stato giuridico con il riconoscimento di maggiori certezze di ruolo e sviluppo professionale, al riconoscimento conseguente di una peculiare collocazione in un ambito distinto dal pubblico impiego come oggi configurato. Altrettanto urgente e specifico è riuscire a perseguire disegni di riordino delle strutture e dei servizi di diagnostica strumentale, farmaceutici e di fisica sanitaria in sede regionale superando la logica delle concentrazioni selvagge e definendo assetti che, pur perseguendo obiettivi di contenimento della spesa, garantiscano la qualità delle prestazioni e la domanda degli utenti.

**Le sue parole d'ordine come Responsabile nazionale della Dirigenza Sanitaria?**

Direi: integrazione della categoria della dirigenza medica e sanitaria; nuovo modello di sindacato fondato sulla valorizzazione dei giovani; lavoro e nuova occupazione; nuovo stato giuridico e contratto della sanità fuori dal Pubblico Impiego; valorizzazione del ruolo e delle carriere dei medici e dei dirigenti sanitari; ridefinizione degli assetti ordinistici.

## Orientarsi tra leggi e norme contrattuali

di **Gianluca Zanoni**  
Responsabile Direzione Tecnica Morganti  
Insurance Brokers

La tematica della “Colpa Grave” da diverso tempo a questa parte sta catturando in modo sempre più rilevante l’attenzione degli operatori del Ssn ed in particolare del comparto medico, suscitando in alcuni casi, oltre ad un comprensibile interesse, un allarmismo a volte ingiustificato. Risulta pertanto utile riepilogare brevemente come viene attivato e come si sviluppa un procedimento di rivalsa per colpa grave, sulla base della legislazione vigente, della giurisprudenza e della contrattualistica di settore. Giova a questo proposito innanzitutto ricordare che per tutti i Dipendenti Pubblici (e soggetti agli stessi equiparabili) e quindi per i Dipendenti del Ssn in caso di richiesta di risarcimento pervenuta da un terzo, in prima battuta è tenuto a rispondere l’Ente di appartenenza. Ciò sia nel caso che la richiesta pervenga all’Ente, sia nel caso che venga indirizzata anche (o solamente) al medico, che in questo caso deve portarla all’attenzione dell’Ufficio Competente della Struttura presso la quale presta servizio.

L’Ente si farà carico della gestione della richiesta del terzo che si ritiene danneggiato e in sede giudiziale o extra-giudiziale si potrà giungere all’erogazione di una somma a titolo di rimborso del danno subito. Qualora tale erogazione venisse assolta utilizzando denaro pubblico, l’Ente potrà provvedere (in alcune Regioni dovrà provvedere, alla luce delle linee di indirizzo stabilite dalle stesse) ad una segnalazione alla Corte dei Conti dell’esborso economico effettuato. In tali casi il Procuratore della Corte dei Conti provvederà a una valutazione delle pratiche ricevute dai vari Enti e, ove lo riterrà opportuno, provvederà a notificare un invito a dedurre ai medici coinvolti. Questa è la fase su cui occorre fare la massima chiarezza per evitare allarmismi ingiustificati e, al contempo, fornire al personale sanitario le giuste conoscenze su ciò che potrebbe capitare.

Innanzitutto, va chiarito che il Procuratore della Corte dei Conti è l’unica figura titolata a intentare una rivalsa per “colpa grave” nei confronti del medico dipendente del Ssn. Preliminarmente all’eventuale procedimento per accertare la sussistenza della colpa grave, al medico viene inviato un “invito a dedurre”. L’invito a dedurre si compone di due fasi, la prima delle quali è un vero e proprio invito al medico a presentare le proprie deduzioni al Procuratore della Corte dei Conti, per permettergli di avere un quadro più chiaro dell’accaduto. Una volta valutate queste deduzioni il Procuratore potrà decidere di archiviare la pratica senza procedere oltre o – qualora non le ritenga sufficienti per escludere una possibile “colpa grave” – potrà attivare un procedimento davanti alla Corte dei

# Colpa grave: tutte le coordinate

**Sempre di più il tema della “Colpa Grave” sta catturando l’attenzione dei professionisti del Ssn. Diventa quindi indispensabile capire qual è lo stato dell’arte delle norme giurisprudenziali e contrattuali che regolano la materia.**

Conti per accertare giudizialmente la sussistenza o meno di tale fattispecie. In tal caso si attiva a tutti gli effetti un processo dinanzi al Magistrato, che porterà ad un giudizio da parte del Tribunale Amministrativo. Solo qualora l’esito di tale processo sia una condanna per “colpa grave” il medico sarà tenuto a partecipare col proprio patrimonio – o facendo intervenire la propria copertura assicurativa qualora l’avesse sottoscritta – nella misura stabilita dalla sentenza. A tal proposito è bene ricordare che il giudizio della Corte dei Conti è volto all’eventuale rimborso, da parte del medico condannato per “Colpa Grave” del “Danno Erariale” cagionato e cioè della parte del rimborso al terzo danneggiato sostenuta dalla pubblica amministrazione (in sostanza se l’Ente ha in corso una copertura assicurativa e questa risponde, la sola franchigia a carico dell’Ente stesso). Il Magistrato della Corte dei Conti gode inoltre del cosiddetto “potere riduttivo” ovvero della facoltà di imporre al medico un pagamento inferiore all’intero risarcimento corrisposto al terzo con denaro pubblico. Tutti questi elementi devono essere te-

nuti in considerazione per poter svolgere la propria professione con la dovuta attenzione, ma al contempo con la consapevolezza dei profili di responsabilità incumbenti sul medico dipendente e sulla procedura di attivazione della rivalsa per colpa grave.

E se l’Ente presso cui svolgo la mia attività non ha più una copertura assicurativa? Dal punto di vista delle responsabilità nulla cambia, ciò che potrebbe variare è la somma pagata direttamente dalla Struttura al terzo, non più limitata alla franchigia di polizza. La copertura assicurativa – va ricordato – è un trasferimento di rischio e non di responsabilità, che sono stabilite dal complesso di norme, regolamenti, contratti e giurisprudenza vigenti. In tale caso il suggerimento di ricorrere ad una polizza assicurativa personale per la Colpa Grave è ancora più marcato, ma non perché ci sia un rischio maggiore di essere condannati ad un risarcimento, bensì poiché in caso di condanna per “colpa grave” l’importo da versare potrebbe ragionevolmente essere maggiore e quindi più difficilmente sostenibile col ricorso al proprio patrimonio personale.

Infine, cos’è di preciso la “colpa grave”? In estrema sintesi e senza addentarci in approfondimenti o casistiche che richiederebbero ben altri spazi, il nostro ordinamento parla di “grave negligenza, imperizia o imprudenza”, utilizzando una terminologia che si presta a essere interpretata di volta in volta da parte del Magistrato della Corte dei Conti, che sulla base degli elementi a propria disposizione, delle perizie e del lavoro degli avvocati ne stabilirà caso per caso la sussistenza. Va aggiunto che secondo l’interpretazione giurisprudenziale maggioritaria in caso di accertamento di “negligenza” o di “imprudenza” quasi automaticamente andrebbe sancita la “colpa grave”, lasciando invece un maggior margine sul concetto di “imperizia”.

L’azione di rivalsa nei confronti del Medico Dipendente o di altri soggetti del comparto sanitario facenti capo al Ssn (od agli stessi equiparati) deve quindi essere inquadrata nel complesso di norme e contratti che delimitano la responsabilità di tali soggetti e vissuta – qualora capiti di esserne coinvolti – con la consapevolezza degli strumenti a disposizione per farvi fronte.

## CARO SEGRETARIO

**Caro Segretario,**  
Ti invio una richiesta pervenutami dalla Corte dei Conti il 9/8/14 che ho già girato alla tutela legale Anaa. Per l’indennizzo pattuito dalla mia azienda senza arrivare a sentenza, della causa sia io che la mia collega non eravamo a conoscenza e quando nel 2011 l’ufficio legale dell’Aso ci ha comunicato che intendeva transare senza arrivare a sentenza abbiamo dissentito per motivazioni cliniche desumibili dalla cartella. Nonostante dal 1981 io abbia sempre pagato una assicurazione probabilmente sono scoperto: ho effettuato da quando è stata istituita la copertura della rivalsa con la mia Regione e dal 1981 al 2008 anche una mia privata, disdetta dall’assicurazione nel 2008. Adesso cosa devo fare?

il quesito

## Riorganizzazione delle Amministrazioni Pubbliche

# Al via l'iter della delega la riforma del pubblico

Disegno di Legge S1577	"Riorganizzazione delle Amministrazioni Pubbliche"
Iniziativa Governativa	Presidenza del Consiglio Matteo Renzi, di concerto con Ministro senza portafoglio per la semplificazione e pubblica amministrazione Maria Anna Madia, Ministro dell'Economia e Finanze Pietro Carlo Padoan
Natura	Proposta di legge ordinaria
Presentazione	presentato il 23 luglio 2014
Assegnazione	Assegnato in prima lettura in sede referente alla 1ª Commissione permanente Affari Costituzionali del Senato il 5 agosto 2014 – Relatore alla Commissione Sen. Giorgio Pagliari (PD)
Iter in Commissione	In corso di esame



A cura di Paola Carnevale  
servizi@anaao.it

**La proposta di legge S 1577** (Riforma delle Amministrazioni pubbliche) si compone di sedici articoli di cui dieci deleghe da esercitare prevalentemente nei dodici mesi successivi all'approvazione della legge. Tale insieme di norme è stato predisposto all'esito delle consultazioni sulla riforma amministrativa svolte nel maggio scorso ed è diretto a semplificare l'organizzazione della pubblica amministrazione rendendo più agevoli e trasparenti le regole che ne disciplinano i rapporti con il cittadino, le imprese e i suoi dipendenti.

Gli obiettivi perseguiti sono essenzialmente quello di innovare la pubblica amministrazione attraverso la riorganizzazione dell'amministrazione dello Stato, la riforma della dirigenza, la definizione del perimetro pubblico, la conciliazione dei tempi di vita e lavoro e la semplificazione delle norme e delle procedure amministrative

**In sintesi questi gli argomenti trattati: Accelerazione e semplificazione nei servizi per i cittadini e le imprese.** L'articolo contiene la delega al Governo ad adottare decreti legislativi per disciplinare le modalità di erogazione dei servizi ai cittadini, in modo da assicurare la piena ac-

cessibilità on line alle informazioni personali e ai documenti in possesso delle amministrazioni pubbliche, ai pagamenti nei confronti delle amministrazioni. Le amministrazioni pubbliche provvedono alla ricognizione dei procedimenti amministrativi di propria competenza, pena il divieto di procedere a nuove assunzioni a tempo indeterminato. Terminata la ricognizione, il Governo adotterà i decreti legislativi sulla base dei principi e dei criteri direttivi desumibili dal codice dell'amministrazione digitale (decreto legislativo 7 marzo 2005, n. 82). Al fine di chiarire le modalità di svolgimento dei procedimenti amministrativi ai cittadini ed agli uffici stessi, le amministrazioni procederanno all'elaborazione, all'aggiornamento e alla pubblicazione su siti istituzionali di manuali e di procedure, che descrivono sinteticamente le modalità di svolgimento di ciascun procedimento e le prassi applicative, e individuano gli oneri a carico dei privati.

**Conferenza di servizi.** L'articolo contiene la delega al Governo ad adottare un decreto legislativo atto a ridefinire e riordinare la disciplina in materia di conferenza di servizi, rendendo attuale la rior-

ganizzazione dei servizi nell'ottica del buon andamento e dell'efficienza pubblica locale: ridefinizione dei tipi di conferenze, dei casi di convocazione obbligatoria, dei meccanismi decisionali, semplificazione dei lavori anche attraverso l'utilizzo di strumenti informatici ed il coordinamento della disciplina con le nuove previsioni in materia di silenzio assenso tra le amministrazioni.

**Silenzio Assenso tra amministrazioni.** Al fine di accelerare la procedura dell'acquisizione dei "concerti, degli assensi e dei nulla osta per l'adozione di provvedimenti normativi o atti amministrativi", a volte talmente lunga da vanificare l'intervento del legislatore, la disposizione in esame introduce il silenzio assenso nell'acquisizione dei predetti atti.

**Segnalazione certificata di inizio di attività e silenzio assenso.** L'articolo contiene la delega al Governo ad adottare un decreto legislativo per la precisa individuazione dei procedimenti oggetto di segnalazione certificata di inizio attività o di silenzio assenso, con l'intento di rendere più chiari i casi di silenzio assenso in materia di segnalazione certificata di inizio attività, istituiti per i

# per impiego



quali - a seguito di successivi interventi normativi che hanno introdotto riferimenti ad ampie materie e a clausole generali - l'ambito di applicazione è alquanto incerto e, quindi, il funzionamento limitato.

**Autotutela amministrativa.** L'articolo delimita, in maniera più marcata rispetto alla disciplina vigente, le possibilità di intervento in autotutela da parte della pubblica amministrazione.

**Revisione e semplificazione delle disposizioni in materia di anticorruzione, pubblicità e trasparenza.** L'articolo contiene norme atte a perfezionare e semplificare le disposizioni attuative in materia di trasparenza ed inconferibilità e incompatibilità di cui rispettivamente ai decreti legislativi n. 33/2013 e 39/2013. In particolare si è reso necessario introdurre, in aggiunta ai criteri già individuati dalla legge in materia di anticorruzione (legge n. 190/2012), altri criteri quali la precisazione dell'ambito di applicazione degli obblighi in materia di prevenzione della corruzione e trasparenza delle amministrazioni pubbliche e la

riduzione e concentrazione degli oneri gravanti in capo alle amministrazioni pubbliche.

**Riorganizzazione dell'amministrazione dello Stato.** Viene delegato il Governo ad adottare uno o più decreti legislativi per modificare la disciplina degli uffici centrali e di quelli territoriali dei Ministeri e degli enti pubblici non economici nazionali, con l'obiettivo di rendere più semplice l'organizzazione dei pubblici uffici, in conseguenza dei cambiamenti in atto nella società e nelle tecnologie disponibili.

**Definizioni di pubblica amministrazione.** L'articolo contiene la delimitazione del "perimetro pubblico" con le diverse nozioni di pubbliche amministrazioni, al fine di agevolare l'individuazione dei destinatari delle norme future, offrendo al legislatore un "gamma" di definizioni di diversa ampiezza che consentiranno di scegliere consapevolmente l'ambito di applicazione delle disposizioni normative in materia, in relazione alla logica e allo scopo delle norme

Viene data una definizione di amministrazioni statali, di amministrazioni nazionali, di amministrazioni territoriali, di amministrazioni di istruzione e cultura, di amministrazioni pubbliche, di soggetti di rilievo pubblico, di organismi privati di interesse pubblico. Le aziende e gli Enti del Servizio Sanitario Nazionale rientrano tra le "amministrazioni territoriali".

**Riordino delle funzioni e del finanziamento delle camere di commercio.** Prevede una delega legislativa per la riforma delle camere di commercio, volta a delimitarne le funzioni e a riformarne il sistema di finanziamento, eliminando il contributo obbligatorio delle imprese.

**Dirigenza pubblica.** Contiene la delega al Governo ad adottare, uno o più decreti legislativi, per riformare la dirigenza pubblica. I principi indicati per il legislatore delegato sono:

- a) l'istituzione del sistema della dirigenza pubblica, articolato in ruoli unificati e coordinati, accomunati da requisiti omogenei di accesso e da procedure analoghe di reclutamento, basati sul principio del merito e della formazione continua, e caratterizzato dalla piena mobilità tra i ruoli;
- b) l'inquadramento dei dirigenti pubblici in tre ruoli unici, rispettivamente, dello Stato, delle regioni e degli enti locali. In particolare nell'inquadramento delle regioni, istituito, previa in-

tesa in sede di conferenza Stato-regioni, confluiscono anche i dirigenti amministrativi del Servizio sanitario nazionale, mentre sono esclusi dirigenti medici e tecnici;

- c) l'abolizione della figura dei segretari comunali e provinciali;
- d) l'accesso alla dirigenza pubblica per corsi-concorso e per concorso;
- e) la formazione permanente dei dirigenti;
- f) la definizione dei requisiti per il conferimento degli incarichi dirigenziali;
- g) la durata degli incarichi dirigenziali (tre anni, rinnovabili);
- h) dirigenti privi di incarico (erogazione, del trattamento economico fondamentale e della parte fissa della retribuzione maturata e loro collocamento in disponibilità, con successiva decadenza e possibilità di ricoprire incarichi anche nel privato);
- i) la valutazione dei risultati e la responsabilità dei dirigenti con la previsione di una semplificazione del processo di valutazione e rilevanza dei suoi esiti ai fini del conferimento dei successivi incarichi dirigenziali; il riordino delle disposizioni legislative relative alle ipotesi di responsabilità dirigenziale o disciplinare dei dirigenti; la limitazione della responsabilità disciplinare ai comportamenti effettivamente imputabili ai dirigenti stessi;
- l) la retribuzione: omogeneizzazione del trattamento economico fondamentale e accessorio nell'ambito del ruolo unico, definizione della retribuzione di posizione, con individuazione di limiti assoluti definiti in base a criteri oggettivi; definizione dell'incidenza della retribuzione di risultato, in relazione al tipo di incarico; suo collegamento sia a obiettivi fissati per l'intera amministrazione, sia a obiettivi assegnati al singolo dirigente; confluenza della retribuzione di posizione fissa nel trattamento economico fondamentale.

La norma contiene anche la disciplina del conferimento degli incarichi di Direttore Generale, di Direttore Amministrativo e di Direttore Sanitario delle Aziende e degli Enti del Servizio Sanitario Nazionale.

**Promozione della conciliazione dei tempi di vita e lavoro nelle amministrazioni pubbliche.** Le disposizioni mirano a garantire la conciliazione delle esigenze di vita e di lavoro dei pubblici dipendenti, favorendo il ri-

corso alle diverse forme di lavoro part-time, nonché il ricorso al telelavoro, attraverso l'utilizzazione delle nuove possibilità offerte dall'innovazione tecnologica, sperimentando forme di co-working e smart-working; vengono previste iniziative atte a garantire ai pubblici dipendenti con figli piccoli o con parenti anziani la possibilità di fruire di servizi di supporto alla genitorialità.

**Procedure e criteri comuni per l'esercizio delle deleghe legislative di semplificazione.** Le disposizioni contengono la delega al Governo ad adottare, decreti legislativi di semplificazione dei settori del lavoro alle dipendenze delle amministrazioni pubbliche, delle partecipazioni azionarie delle amministrazioni pubbliche, dei servizi pubblici locali

**Riordino della disciplina del lavoro alle dipendenze della pubblica amministrazione.** Contiene la delega al Governo ad adottare un decreto legislativo in materia di pubblico impiego, attenendosi ai seguenti principi e criteri: accentramento dei concorsi per tutte le amministrazioni pubbliche, e revisione delle modalità di espletamento degli stessi; fissazione di indirizzi generali per la programmazione delle assunzioni, con l'ausilio di un sistema informativo nazionale da istituire; riconoscimento nei concorsi pubblici della professionalità acquisita da coloro che hanno avuto rapporti di lavoro flessibile con amministrazioni pubbliche; attribuzione all'ARAN di funzioni di supporto tecnico al Dipartimento della funzione pubblica per le politiche di gestione del personale e concentrazione delle sedi di contrattazione integrativa; rilevazione delle competenze dei lavoratori pubblici; criteri differenziati per le assunzioni che tengano conto degli effettivi fabbisogni, con progressivo superamento del limite della dotazione organica nella loro programmazione, sempre nel rispetto dei limiti di spesa.

**Riordino della disciplina delle partecipazioni azionarie delle amministrazioni pubbliche.** Vengono indicati i principi ed i criteri tesi a semplificare ed a rendere trasparente la partecipazione della pubblica amministrazione nelle società.

**Riordino della disciplina dei servizi pubblici locali.** Ha l'obiettivo di riordinare la disciplina dei servizi pubblici locali secondo criteri direttivi specificamente individuati, diretti anche a razionalizzarne la gestione.

## Una decisione sbagliata

di Antonio Delvino

# Il blocco della contrattazione è d

**Dalla riforma Bindi da oggi. Una disamina di tutti gli avvenimenti che la dirigenza medica ha dovuto affrontare nel corso di questi anni offre un contributo importante per comprendere quanto bloccare la crescita delle retribuzioni dei dipendenti pubblici sia una decisione sbagliata. L'ulteriore blocco della contrattazione condanna l'amministrazione dello Stato alla stagnazione, all'inefficienza e pertanto compromette la ripresa del Paese**

**Per comprendere meglio** quanto sia sbagliata la decisione di congelare, ancora per chissà quanti anni, la crescita delle retribuzioni dei dipendenti pubblici, forse è opportuno richiamare alla memoria di tutti quanto avvenne tra la fine del secolo scorso e questi tormentati anni 2000. All'interno dell'Anaa-Assomed un gruppo di Medici sindacalisti (tutti clinici che, non usufruendo del distacco sindacale, rubavano il tempo alla professione per dedicarsi alla tutela dei diritti della categoria) si mise in testa che anche in Italia le cose potevano cambiare e che si poteva dare un valore alle parole "meritocrazia" ed "efficienza".

Da pochi anni era stata introdotta l'aziendalizzazione del Servizio sanitario nazionale e si era in quella fase, tipicamente italiana, in cui l'ondata di restaurazione, con mille bizantinismi, stava provando a snaturare la coraggiosa (e forse all'epoca indispensabile) rivoluzione introdotta nell'ordinamento della Sanità italiana con il decreto legislativo n. 502 nel dicembre del 1992.

Era appena stata nominata ministro della Sanità Rosi Bindi, che aveva assunto il pregevole (e raro) atteggiamento di chi voleva innanzitutto capire a fondo i meccanismi complessi che caratterizzavano il nuovo impegnativo incarico; per raggiungere tale obiettivo nel più breve tempo possibile, evidentemente, ritenne che gli alti dirigenti del ministero non fossero sufficienti; in altri termini non si limitò, come troppi suoi colleghi purtroppo hanno fatto, ad asse-

condare gli indirizzi perseguiti da chi da sempre governava il sistema.

Per motivi che tuttora non ho ben chiari, ma certamente l'aver riconosciuto la passione e la competenza rientrò tra questi, ritenne di potersi fidare anche dei quattro o cinque sindacalisti che rappresentavano i vertici dell'Anaa-Assomed e di cui mi onoravo di far parte.

La convinchemmo sul fatto che per dare coerenza, e quindi forza, al cambiamento avviato, bisognava spostare sul piano dell'efficienza, voluta con l'aziendalizzazione, anche il rapporto di lavoro dei dirigenti sanitari, visto che rappresentavano il fattore produttivo forse più importante; convinti della validità della nostra posizione, avevamo avviato, non in maniera indolore, all'interno del sindacato, una vivace discussione e fummo pronti a proporre una sorta di "scambio sociale" basato sul fatto che, in cambio di un significativo incremento dei salari, eravamo disposti ad abbandonare sterili e poco professionali tutele dell'indifendibile e ci dichiarammo disponibili, nella sostanza e non solo formalmente, ad accettare che:

- gli avanzamenti di carriera e gli aumenti di stipendio fossero del tutto sganciati dalla anzianità;
- che la funzione di dirigere una unità operativa complessa non comportasse uno stato giuridico diverso, ma solo fosse correlata ad una maggiore retribuzione;
- che il "posto" di primario non fosse acquisito a vita, ma che l'incarico fosse solo tempo-



aneo e soggetto alla periodica verifica sul raggiungimento degli obiettivi concordati all'inizio del periodo di osservazione;

- che tutti i dirigenti medici e veterinari fossero sottoposti a periodica verifica;
- che i medici appena assunti completassero sul campo la propria formazione per 5 anni prima di acquisire le competenze ed il correlato diritto a ricoprire incarichi di alta professionalità o di direzione di struttura;
- che la componente variabile della retribuzione fosse una parte significativa del totale

# annoso



e fosse correlata con la “posizione” effettivamente ricoperta (con l’incarico svolto) e con il raggiungimento di obiettivi di performance definiti a priori;

- che, coerentemente, fosse definito un sistema di valutazione sia sugli aspetti gestionali che su quelli propriamente professionali;
- che il posto di lavoro non fosse intoccabile, solo garantendoci che l’eventuale recesso proposto dal direttore generale dovesse essere validato (e quindi eventualmente annullato) da un Comitato di Garanti istituito a livello

regionale nella cui composizione era previsto che ci fosse un esperto di nomina sindacale;

- che si sancisse che, se il Medico dipendente sceglieva il rapporto di esclusività (“non puoi giocare con la maglia dell’Inter la mattina e con la maglia del Milan la sera”), in cambio di un significativo aumento di stipendio, rinunciava alla libera professione, se non per conto dell’azienda di cui era dipendente.

Lo *scambio sociale* fu accettato: nel giugno del 1999 fu adottato il D.lgs 229, tuttora ricordato con il nome del ministro che lo propose (la cui validità è confermato dal fatto che, sia pure continuamente criticato, a distanza di 15 anni rimane in vigore praticamente invariato nella sua sostanza); nel maggio 2000 fu sottoscritto il Contratto Collettivo Nazionale che portò nelle tasche dei Medici e dei Veterinari dipendenti un incremento salariale che fu valutato essere di circa il 35%.

I sindacati confederali non accolsero bene quella che fu considerata una fuga in avanti, ma gli aumenti tacitarono rapidamente le critiche. In seguito comprendemmo che quanto accaduto rappresentava veramente una novità assoluta nella storia della Repubblica: era stato infranto il tabù basato sul tacito accordo: “lo Stato mi paga poco, ma io faccio ancora meno”.

Ci aspettavamo che, a seguito del nostro atto di coraggio, i valori che avevamo sostenuto portassero a una coerente revisione di tutto il pubblico impiego, ma così non fu. In Sanità il primo scoglio fu rappresentato dalla sottoscrizione dei contratti collettivi integrativi a livello aziendale che stentaron a decollare, ma soprattutto il virus della meritocrazia non contagiò gli altri settori dello Stato, che hanno continuato a essere caratterizzati dall’inefficienza, a differenza di quanto iniziava a realizzarsi nel nostro settore.

Ricordo che con alcuni amici commentavamo quello che accadde come un’ennesima riforma abortita; utilizzammo la metafora dell’attraversamento di un torrente: avevamo posto il piede su di un sasso a metà del guado e, non dando seguito con il dovuto slancio, eravamo ancora una volta rimasti in una posizione instabile che non poteva portarci né al completamento del passaggio, né al ritorno alle origini, senza subire danni.

Paradossalmente la conferma di tale “*impasse*” ci fu fornita dalla legge delega n. 15 del 2009 e dal successivo decreto n. 150 che prendono il nome del ministro Brunetta. La legge si pose l’obiettivo di trasformare l’amministrazione dello Stato, valorizzando la meritocrazia, e di avviare il processo di razionalizzazione del pubblico impiego. In effetti, ritrovammo i principi che ci avevano guidato negli anni 1999-2000, ma espressi come semplici auspici, peraltro in forma generica e senza alcun incentivo economico. Il problema maggiore, a mio parere, derivava dal fatto che aveva valenza per tutti i settori del pubblico impiego che, essendo molto variegato, non poteva essere vincolato con un’unica norma generale.

Possiamo serenamente dire che il decreto non ha introdotto alcuna razionalizzazione; semplicemente ha ridimensionato significativa-

mente il ruolo e il peso dei sindacati, come se la nostra vicenda non avesse dimostrato l’importanza di un sindacato moderno e costruttivo.

Ci accorgemmo allora di quanto avevamo percorso i tempi e di come ci veniva richiesto, nel 2010, come dirigenza medica e veterinaria, molto meno rispetto a quello che avevamo già da un decennio posto in campo, peraltro come frutto di un accordo tra le parti; ricordo anche la polemica tra i ministri Tremonti e Brunetta, lamentandosi quest’ultimo del fatto che il blocco delle retribuzioni voluto dall’altro vanificava la realizzazione della riforma della P.A..

Oggi disponiamo di strumenti ancora più efficaci per misurare le performance dei singoli e delle equipe; basterebbe mettere in campo tali strumenti e premiare solo coloro che operano con impegno e professionalità, innescando un meccanismo di emulazione a fare bene che induca tutti coloro che non intendono cambiare le proprie cattive abitudini ad accettare il fatto che saranno marginalizzati e che non avranno alcuna crescita di carriera.

A mio parere, alcune persone hanno una naturale tendenza a fare al massimo il proprio dovere, a prescindere dagli incentivi e dall’ambiente di lavoro, semplicemente rispondendo ad un proprio bisogno di coerenza con i valori di cui sono portatori; la percentuale di coloro che si impegnano seriamente sul totale dei dipendenti pubblici varia da regione a regione (è forse questo il vero motivo per cui in alcune realtà si è più vicini all’efficienza rispetto ad altre), ma va ovunque incrementata proprio introducendo reali sistemi di valutazione correlati ad una parte significativa del salario.

Per tali motivi l’ulteriore blocco della contrattazione condanna l’amministrazione dello Stato alla stagnazione, all’inefficienza e pertanto compromette la ripresa del Paese.

Occorre, al contrario, un investimento ed un nuovo e più ampio patto sociale tra lo Stato e i lavoratori: in cambio del doveroso incremento delle retribuzioni, deve essere intrapresa con decisione la strada dell’efficienza e della meritocrazia, rinunciando alle enunciazioni sterili e definendo riforme vere, mediante norme scritte in maniera semplice e assolutamente vincolanti.

Penso che sia questa la prima delle riforme richieste da Draghi e da tutti coloro che scelgono l’Italia per le loro vacanze, ma ci considerano incapaci di stare il passo con i tempi; le altre riforme sono più semplici perché non richiedono un così profondo cambiamento di comportamenti e la revisione del proprio ruolo. È probabile che si creino le premesse per una riduzione degli organici, ma operando con gradualità e buon senso, si possono evitare i drammi che altre leggi (cito a titolo di esempio la riforma “Fornero”) hanno determinato.

Peraltro non si può negare che realizzare tali riforme è molto pericoloso, in termini di consenso, per i pubblici Amministratori: ho l’obbligo di ricordare che, pochi mesi dopo aver varato la più radicale riforma nell’ambito dell’Amministrazione dello Stato e, di fatto, sottoscritto il Ccnl del 2000, la Bindi fu costretta a dimettersi per cedere il suo posto a chi evidentemente incuteva meno timore.

# TUTELA LAVORO

Avv. Vincenzo Bottino

Consulente legale Anaa Assomed

## Ferie non godute: quando è possibile

**Il tema della monetizzazione delle ferie nel pubblico impiego ha acquisito maggiore interesse a seguito delle novità legislative introdotte dalla cosiddetta "spending review" di cui al Decreto Legge 6 luglio 2012, n. 95 (convertito in Legge 7 agosto 2012, n. 135), la cui attuazione ha sollevato dubbi di compatibilità con la normativa europea e con la previgente disciplina nazionale e collettiva.**

**Occorre premettere** che la materia delle ferie del lavoratore dipendente è regolata, in primo luogo, dalla normativa comunitaria contenuta nelle direttive 93/104/CE e 2000/34/CE recepite nel nostro ordinamento dal D.lgs. 8 aprile 2003 n. 66 (recante disposizioni generali sull'organizzazione dell'orario di lavoro).

Tale normativa riconosce il diritto del lavoratore ad un periodo annuale di ferie retribuite non inferiore a 4 settimane, il quale "va goduto per almeno due settimane, consecutive in caso di richiesta del lavoratore, nel corso dell'anno di maturazione e, per le restanti due settimane, nei diciotto mesi successivi all'anno di maturazione" (art. 10 del d.lgs. n. 66 del 2003, così come modificato dal d.lgs. n. 213 del 2004), fatto salvo quanto previsto in senso più favorevole dalla contrattazione collettiva di settore.

Con riferimento all'area della dirigenza medica, la disciplina collettiva - prevista nell'art. 21 del Ccnl 5 dicembre 1996 - stabilisce che al dirigente, "in relazione alle esigenze connesse all'incarico affidato alla sua responsabilità, è consentito, di norma, il godimento di almeno 15 giorni continuativi di ferie nel periodo dal 1 giugno al 30 settembre" (art. 21, comma 8). È disposto, inoltre, che "in caso di indifferibili esigenze di servizio o personali che non abbiano reso possibile il godimento delle ferie nel corso nell'anno, le ferie dovranno essere fruito entro il primo semestre dell'anno successivo" (art. 21, comma 11).

La fruizione delle ferie, a prescindere dal momento in cui si realizza, costituisce un diritto irrinunciabile da parte del lavoratore sancito a livello costituzionale (art. 36 Cost.), sicché qualsiasi patto contrario, sia esso contenuto in un contratto collettivo che in un accordo individuale, è nullo con conseguente sostituzione automatica (ex art. 1419 c.c.) della clausola nulla con disposizione attributiva del diritto stesso. In altri termini, le ferie rientrano in quella categoria di diritti cosiddetti indisponibili da parte del lavoratore, la cui rinuncia non è ammessa dall'ordinamento.

Connesso al principio di irrinunciabilità delle ferie è il divieto di monetizzazione delle stesse,

salvo, come si dirà, in caso di risoluzione del rapporto.

Sul punto è opportuno sottolineare che il divieto di monetizzazione è una delle principali novità introdotte dal D.Lgs. n. 66 del 2003 derivante dall'attuazione della citata normativa europea (Direttive n. 93/104 CEE e n. 2000/34/CE). Più precisamente, l'art. 10, comma 2, del D.Lgs. n. 66/2003 dispone che il periodo minimo di quattro settimane di ferie "non può essere sostituito dalla relativa indennità per ferie non godute, salvo il caso di risoluzione del rapporto di lavoro".

Pertanto, solo al momento della cessazione del rapporto lavorativo (es. in caso di scadenza del termine del contratto, risoluzione, dimissioni, collocamento in quiescenza, ecc.), la legge ammette la possibilità di compensare il mancato godimento delle ferie del lavoratore con un'indennità economica.

Tale principio è stato confermato dall'ultimo Ccnl integrativo del 6 maggio 2010, il quale specifica che la monetizzazione delle ferie non fruito dal dirigente medico per esigenze di servizio o per cause indipendenti dalla volontà, "è consentita solo all'atto della cessazione dal servizio" (cfr. art. 16, comma 1, Ccnl 6.5.2010, e art. 21, comma 13, Ccnl 5.12.1996).

Come anticipato, nel descritto quadro normativo si inserisce la novella del 2012 contenuta nel Decreto sulla spending review - (D.L. 6 luglio 2012, convertito in Legge 7 agosto 2012, n. 135) - con il quale è stato introdotto, solo per il personale delle pubbliche amministrazioni, un generale divieto di monetizzazione delle ferie valido anche al momento della risoluzione del rapporto di lavoro.

In particolare, è stato stabilito che "le ferie, i riposi ed i permessi spettanti al personale, anche di qualifica dirigenziale, delle amministrazioni pubbliche... sono obbligatoriamente fruiti secondo quanto previsto dai rispettivi ordinamenti e non danno luogo in nessun caso alla corresponsione di trattamenti economici sostitutivi". La disposizione si applica "anche in caso di cessazione del rapporto di lavoro per mobilità,

dimissioni, risoluzione, pensionamento e raggiungimento del limite di età." (v. art. 5, comma 8, D.L. n. 95/2012).

Il Decreto precisa poi che eventuali disposizioni normative e contrattuali più favorevoli cessano di trovare applicazione dalla data di entrata in vigore della legge.

La ratio delle citate disposizioni è, presumibilmente, quella di favorire l'effettivo godimento delle ferie durante il corso del rapporto e, contestualmente, di rendere ancora più vincolanti i principi di irrinunciabilità e di non monetizzazione delle ferie, già contenuti nel nostro ordinamento (v. art. 36 Cost., art. 10 D.Lgs. n. 66/2001), specificando, appunto, che il divieto di monetizzazione dei periodi di congedo non goduti vale anche in caso di cessazione del rapporto di lavoro.

Tuttavia, a ben vedere, la regola così come formulata appare di dubbia legittimità in quanto contraria alla richiamata normativa europea la quale, invece come detto, consente la corresponsione di un'indennità sostitutiva delle ferie non godute al termine del rapporto di servizio (v. art. 7 Direttiva 2003/88 così come trasfusa nell'art. 10 del D.lgs. n. 66/2003).

Ne consegue che in un eventuale contenzioso tra lavoratore e pubblica amministrazione, il giudice interno dovrebbe disapplicare la normativa italiana poiché contraria al diritto comunitario.

Invero, il divieto posto dal Decreto 95/2012 andrebbe interpretato tenendo conto del contesto normativo di razionalizzazione della spesa pubblica, diretto a colpire gli abusi dovuti all'eccessivo ricorso alla monetizzazione delle ferie e favorire una maggiore responsabilizzazione nel godimento del diritto, senza tuttavia penalizzare quei casi in cui la mancata fruizione delle ferie non dipenda dalla volontà o dalla condotta del lavoratore.

Sull'argomento è intervenuto il Dipartimento della Funzione Pubblica, il quale ha dapprima circoscritto l'ambito temporale di applicazione delle nuove disposizioni, stante la mancata previsione di un regime transitorio, e successiva-

# monetizzarle

mente ha chiarito in quali casi è ancora possibile monetizzare le ferie non godute.

Nello specifico, con nota del 6 agosto 2012, n. 32937, il Dipartimento della Funzione Pubblica ha stabilito che il divieto di monetizzazione non riguarda:

- a) i rapporti di lavoro già cessati prima del 7 luglio 2012 (data di entrata in vigore della legge);
- b) le situazioni in cui le giornate di ferie siano state maturate prima dell'entrata in vigore della legge e ne risulti incompatibile la fruizione, sia a causa della ridotta durata del rapporto, o a causa della situazione di sospensione del rapporto cui segua la cessazione (ad esempio i casi di collocamento in aspettativa per lo svolgimento del periodo di prova presso altra amministrazione a seguito della vincita di un concorso – così nota Dip. Funzione pubblica n. 32937 del 6 agosto 2012, recepito anche dal Ministero dell'Economia e Finanze con nota n. 77389 del 14 settembre 2012).

Con successivo parere dell'8 ottobre 2012, n. 40033 lo stesso Dipartimento della Funzione Pubblica, ha ulteriormente escluso l'applicabilità del divieto nei casi di cessazione del rapporto "in cui l'impossibilità di fruire le ferie non è imputabile o riconducibile al dipendente, come le ipotesi di decesso, malattia e infortunio, risoluzione del rapporto di lavoro per inidoneità fisica permanente ed assoluta, congedo obbligatorio per maternità".

In altri termini, a detta dell'organismo ministeriale le cessazioni dal servizio avvenute in seguito ad un periodo di malattia, infortunio, dispensa o congedo, configurano vicende estintive del rapporto di lavoro dovute ad eventi oggettivamente indipendenti dalla volontà del lavoratore e dalla capacità organizzativa del datore di lavoro, si da giustificare l'inapplicabilità del divieto di cui all'art. 5, co. 8 del DL n. 95/2012, il quale, in caso contrario, "comporterebbe una preclusione ingiustificata e irragionevole per il lavoratore il cui diritto alle ferie maturate e non godute per ragioni di salute, ancorché già in precedenza rinviate per ragioni di servizio, resta integro con riguardo alla duplice funzione di consentire al lavoratore di riposarsi e di beneficiare di un periodo di distensione e ricreazione" (cfr. Parere Dip. Fun. Pubb. 8.10.2012 in risposta a quesito dell'Azienda ospedaliera S. Camillo Forlani).

## Cure transfrontaliere: è stato tutto un bluff?

**Una sentenza della Corte di Giustizia europea sul caso di una paziente costretta a chiedere prestazioni in un altro Stato membro da quello di appartenenza può rappresentare uno spiacevole precedente per la sanità italiana e per i suoi pazienti. Un monito per il nostro Paese.**

**Alessandra Spedicato**

**Il 19 giugno 2014** la Corte di Giustizia europea ha emesso delle conclusioni (causa C-268/13) che possono rappresentare uno spiacevole precedente per la sanità italiana e per i suoi pazienti.

Tutto nasce con la signora Elena Petru, cittadina rumena, affetta da una patologia di pertinenza cardiocirurgia. La signora constata che l'ospedale dove è ricoverata manca dei più elementari presidi di assistenza medica, non è all'altezza della complessità di cure di cui lei ha bisogno e decide dunque di farsi operare in Germania.

Al ritorno in patria dopo l'intervento (evidentemente andato a buon fine) la signora Petru presenta il conto - pari a 17.880 euro - al proprio Stato di residenza chiedendone il rimborso con riferimento all'articolo 22, paragrafo 2, secondo comma, del regolamento n.1408/71 secondo cui l'autorizzazione alla cura in un altro Stato membro non può essere rifiutata se le cure stesse non possono essere praticate entro un lasso di tempo congruo alla possibile evoluzione della patologia in questione.

Il giudice Pedro Cruz Villalón si è così trovato ad esprimere il parere se, le carenze di materiale medico e, per estensione, di personale medico - come lui stesso esplicita nelle argomentazioni - possano essere considerate motivazioni necessarie e sufficienti al che le cure mediche non possano essere prestate e dunque il paziente abbia diritto a ricorrere alla sanità transfrontaliera.

Il giudice, con maestria ed eleganza nella logica disquisizione del problema, ha sovvertito l'elemento dirimente del processo decisionale concludendo che sì, una carenza di personale o mezzi può essere considerato sufficiente a ricorrere alle cure in un altro Stato membro ma, se questa carenza è di natura "strutturale" e non temporanea, legata ad esigenze organizzative, economiche o politiche dello Stato di residenza l'autorizzazione non può essere concessa per non vanificare gli sforzi di pianificazione economica e logistica messi in atto. Anche se ciò può comportare l'impossibilità di praticare effettivamente alcune prestazioni sanitarie.

A questo punto viene da chiedersi: la carenza di medici in Italia, il blocco del turn over che si protrae in alcune Regioni da oltre un quinquennio, la lunghezza delle liste d'attesa - conseguente alla carenza ed eliminazione di posti letto e personale sanitario - è da considerarsi temporanea o strutturale?

Il continuo riferimento del Governo alla frase "ad invarianza di spesa" lascia ben pochi dubbi, il

pareggio di bilancio sancito con l'articolo 81 nella Costituzione Italiana giustifica queste scelte, sebbene risultino apertamente contrastanti con l'articolo 32 della stessa Carta Costituzionale che, da ben più tempo, garantisce tutela della salute come diritto fondamentale del cittadino.

La scarsità di risorse e di investimenti in Sanità non preclude al cittadino italiano solo l'accesso agli ospedali italiani ma anche l'accesso alle cure oltre frontiera. Quello che stiamo pianificando oggi in Italia ha dunque effetto su come l'Italia si relaziona all'Europa.

A questo punto per l'Italia quanto espresso nella Direttiva Europea 2011/24/UE diverrebbe a senso unico. Il nostro Stato potrebbe diventare solo polo ricettivo per pazienti stranieri bisognosi di cura nonostante il nostro Ssn (ed i suoi operatori) non sia ancora pronto a questa evenienza. Manca ancora un pieno recepimento delle norme, i Contact Point regionali non sono aperti e nel Patto per la Salute appena siglato si pianifica la loro apertura ad invarianza di spesa. Si fa però accenno ad un monitoraggio costante della mobilità al fine di individuare e contenere fenomeni di inappropriato ricorso alle cure (articolo 2 comma 2).

Gli effetti di queste restrizioni si tramuteranno in una popolazione sempre più malata, in un aumento del ricorso alla sanità privata e, perché no, ad un aumento delle cure transfrontaliere out of pocket visto che la spesa della sig.ra Petru per una sostituzione della valvola mitralica, il posizionamento di due stent e i giorni di degenza è stata di 18mila euro (nel 2007), cifra più che contenuta, rispetto agli standard della sanità privata italiana. Si potrebbe obiettare che il paziente preferisca il rapporto con un medico che parli la stessa lingua. Considerato il crescente numero di medici che scelgono di lavorare all'estero non è da stupirsi se muovendosi fuori dall'Italia ci si imbatte in un connazionale e chi vi scrive si stupirebbe ancor meno nell'apprendere la notizia di gruppi organizzati che partono alla ricerca di cura oltrefrontiera portando con se anche il proprio medico di fiducia.

Dunque perdendo il legame con l'Europa si rischia di perdere pazienti, medici, cittadini ma soprattutto soldi.

Allora non rimane che una sola - e sempre la stessa - soluzione: investire in Sanità, riconsiderare la voce "salute" non come una voce del bilancio aziendale, ma come motore di una nazione perché, parafrasando una nota citazione di Derek Bok, "if you think health is expensive, try disease".

# CAMPAGNA ISCRIZIONI STRAORDINARIA

# ANAAO TI DIFENDE E TI ASSICURA!!!

## ASSICURATI CON ANAAO: FACILE, ECONOMICO, VANTAGGIOSO

**10**  
VANTAGGI

PER I MEDICI E DIRIGENTI SANITARI DIPENDENTI DEL SSN  
CHE SI ISCRIVONO PER LA PRIMA VOLTA ALL'ANAAO ASSOMED  
DAL 15 SETTEMBRE AL 31 DICEMBRE 2014

- Quota di iscrizione di **16 euro al mese fino al 30 giugno 2015**
- **GRATIS fino al 30 giugno 2015** la Polizza rivalsa colpa grave, con massimale 5 milioni in costanza di iscrizione
- **GRATIS** la Polizza tutela legale
- **GRATIS** la partecipazione a Corsi di formazione accreditati Ecm organizzati da Anaa Assomed
- Consulenza assicurativa
- Consulenza legale
- Consulenza previdenziale personalizzata
- Revisione busta paga
- Consulenze problematiche contrattuali
- Tutela sindacale



## ANAAO È SANITÀ, SICUREZZA, SOLIDARIETÀ: VIENI A CONOSCerci SU [WWW.ANAAO.IT](http://WWW.ANAAO.IT)

**ANAAO ASSOMED**  
ASSOCIAZIONE  **MEDICI DIRIGENTI**



**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

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  
**STRpress, Pomezia (Rm)**

**Costo a copia: euro 2,50**

Finito di stampare  
nel mese di settembre 2014