

DIRIGENZA MEDICA

Il mensile dell'Anaa Assomed

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

Editoriale

UN'ANAAO PIÙ FORTE, PER ESSERE PIÙ AUTONOMI

di **Serafino Zucchelli**

È opportuno, prima della pausa estiva, fare alcune considerazioni di carattere generale e categoriale.

Dal punto di vista della politica sanitaria, continua la forte presenza mediatica del Ministro della salute fatta di continui annunci e di parole cui non corrispondono i fatti. Esemplificativa in questo senso è la vicenda del Dpef dove le quattro pagine del testo relative alla sanità, che erano entrate in Consiglio dei Ministri con alcuni annunci anche condivisibili (la necessità di maggiori finanziamenti e la possibile tassa di scopo per i non autosufficienti), sono del tutto scomparse per essere sostituite da una generica enunciazione di attenzione del governo per i problemi sanitari.

Intanto, come rilevato dalla Corte dei Conti, stanno peggiorando i bilanci di molte regioni, quasi tutte del centro-sud (Lazio, Abruzzo, Puglia, Campania, Calabria, Sicilia, Sardegna) tranne la Lombardia. La stessa Corte dei Conti ritiene impossibile in queste condizioni soddisfare l'obbligo costituzionale dei Lea.

Si vedrà in autunno se le pretese della Lega di un potere legislativo esclusivo affidato in sanità alle Regioni saranno soddisfatte. Se così avverrà diventeranno sempre più consistenti e realistiche le voci già oggi presenti di restringere l'area delle prestazioni garantite a tutti e di un sostanziale abbandono al loro destino delle Regioni meridionali. Probabilmente allora molti di coloro che ci hanno considerato in questi anni isteriche cassandre, finalmente capiranno che i cittadini di questo Paese sono sempre meno uguali e che l'area dei diritti fondamentali garantiti è sempre più ristretta.

Sul piano categoriale più stretto va segnalato l'ulteriore dissolvimento del tavolo a tre sulle modifiche dello stato giuridico, inaugurato a Palazzo Chigi il 7 maggio scorso ridotti prima a due (Governo e Regioni) per l'esclusione dei sindacati medici, poi a uno (Governo) per l'esclusione delle Regioni. Intanto e separatamente prosegue in modo scollegato l'iter parlamentare del ddl Casellati sulla reversibilità del rapporto esclusivo. Un fatto positivo è la decisione del Governo di onorare finalmente il protocollo d'intesa Governo-Sindacati del 4 febbraio 2002, riconoscendo per il rinnovo contrattuale 2002/2003 oltre al 4,62% della massa salariale, un'ulteriore somma pari allo 0,99%. È una vittoria anche nostra. Per questo abbiamo lottato e scioperato il 4 giugno.

Molto negativi, invece, sono il mancato sblocco dello 0,92%, differenziale inflattivo 2001 già firmato e controfirmato, e la persistenza senza modifiche, nonostante l'appello al Consiglio dei ministri, di un atto di indirizzo all'Aran del Comitato di Settore per il rinnovo del contratto 2002-2005 da noi fortemente criticato.

Comunque sia lo sblocco dello 0,99% ci avvicina all'inizio della trattativa per il rinnovo contrattuale e ad essa ci prepariamo lanciando alcuni messaggi.

- L'Anaa non è disponibile ad arretramenti:
 - sull'orario di lavoro e sui carichi assistenziali che ne derivano;
 - sulla indennità di rapporto esclusivo;
 - sulla formazione dei fondi;
 - sull'autogestione delle verifiche professionali da parte della categoria;
 - sulla commissione di garanzia.
- L'Anaa intende battersi per:
 - aumentare il potere contrattuale del sindacato all'interno delle aziende per meglio garantire ogni medico non lasciandolo solo di fronte al fortissimo potere aziendale;
 - migliorare le condizioni di lavoro molto spesso troppo gravose, difficili e rischiose;
 - dare riconoscimento a chi svolge le funzioni più disagiate;
 - ottenere il tempo ed i mezzi necessari per l'Ecm.
- L'Anaa è disponibile a prendere in considerazione forme ulteriori, rispetto a quelle contrattualmente oggi esistenti, per remunerare prestazioni volontarie rese oltre il normale orario di lavoro.

Altri due argomenti molto importanti meritano l'attenzione della categoria in questa fase pre-contrattuale: contratti atipici e previdenza integrativa.

Sempre più numerosi in ogni azienda sono i colleghi che prestano la loro attività secondo contratti individuali atipici, molto diversi tra loro negli obblighi e nella remunerazione. Aldilà dell'indispensabile chiarimento giuridico che li giudichi legittimi o no, si impongono alcune riflessioni. Sono medici senza un contratto

segue a pag. 16

CONTRATTO 2002-2005

In stand-by la direttiva per la dirigenza medica

L'atto di indirizzo per il rinnovo del contratto della Dirigenza Medica e Veterinaria non è stato esaminato dall'ultimo Consiglio dei Ministri prima della pausa estiva che, invece, ha dato il via libera alla direttiva del personale non dirigente della sanità. Rispetto al documento pubblicato nel numero precedente di questo giornale, il Comitato di settore ha modificato la parte del trattamento economico, dopo che il Governo, nel Dpef, ha stanziato le risorse previste nel protocollo d'intesa Governo-Sindacati del febbraio 2002.

Siamo soddisfatti che il Governo abbia sbloccato i fondi per i rinnovi contrattuali del pubblico impiego - ha commentato il Segretario Nazionale dell'Anaa Assomed - ma resta intatto il nostro "no" alla direttiva del Comitato di settore per i contratti della dirigenza medica. Resta ancora da decidere se i sindacati medici, ricompattati dopo vent'anni sotto l'egida del "no" alla direttiva, siederanno al tavolo delle trattative. Dobbiamo discuterne insieme, ma se la base resta questa, comincia male. L'atto va riscritto (si vedano pagine 2 e 3).

A partire proprio dal trattamento economico. Lo 0,99% concesso per garantire aumenti del 5,66% (come concordato con Fini a febbraio 2002) equivale a un beneficio economico medio alla fine del 2003 per i medici del Ssn pari a 221 euro annui pro

capite. Legare gli aumenti solo alla parte mobile del salario significa lasciare fuori una fetta di medici". "Gli incrementi devono invece interessare - ha precisato il segretario dell'Anaa - esclusivamente la parte tabellare, anche perché gli stipendi tabellari dei dirigenti medici del Ssn (20.296 euro) sono ampiamente inferiori rispetto a quelli del resto del pubblico impiego (36.152 euro)".

Non si salva dalle critiche neppure la parte normativa. Dai livelli di contrattazione (sotto accusa la volontà di diminuire le materie trattate a livello nazionale), al trattamento riservato all'indennità di esclusività di rapporto. Per conservarla nella forma attuale, infatti, il comitato di settore richiede "obiettivi aggiuntivi" e cioè maggiori carichi di lavoro: richiesta inaccettabile per l'Anaa Assomed. Ma il pericolo maggiore si nasconde nella definizione delle 38 ore settimanali come "impegno minimo di riferimento". Ci si consegna indifesi alle logiche privatistiche del mercato del lavoro flessibile e deregolamentato. Per il prossimo contratto l'Anaa Assomed propone relazioni sindacali nuove che permettano ai sindacati di contare di più, limitando lo strapotere dei direttori generali di Asl e Aziende Ospedaliere. Ma anche nuove condizioni di lavoro, oneri dell'Ecm a carico delle aziende sanitarie e una soluzione concordata sul problema delle assicurazioni.

CONTRATTO: LE PRECISAZIONI ANAAO

*L'Anaa Assomed
ha raccolto
in un documento
le precisazioni
economiche e normative
sulle materie contenute
nell'Atto di indirizzo
sul rinnovo
del contratto
2002-2005*

PAGINE 2-3

FORUM DPEF

*Politici,
sindacati
e associazioni
professionali
commentano
il Dpef
2004-2007
e la sparizione
del capitolo
sanità*

PAGINE 6-7

PROPOSTE PER LA PREVIDENZA

*I risultati
del rapporto
Cerp e dello
studio attuariale
Orrù&Associati
sulla previdenza
dei medici
dipendenti
del Ssn*

PAGINE 8-11

CCNL 2002-2005

Le precisazioni Anaao Assomed all'atto di indirizzo del Comitato di settore

Il Consiglio Nazionale dell'Anaao Assomed del 4 luglio e la Segreteria Nazionale del 14 e 15 luglio hanno giudicato negativamente l'Atto di Indirizzo del Comitato di settore del Comparto Sanità-Area Dirigenza Medica e Veterinaria e, ritenendolo non altrimenti emendabile, hanno invitato il Consiglio dei Ministri a non approvarlo. Altresì i due massimi organi istituzionali dell'Anaao Assomed, relativamente ai capitoli affrontati nell'Atto di Indirizzo, hanno espresso una serie di osservazioni di ordine professionale, normativo ed economico che possono costituire un utile contributo per avviare un positivo e favorevole confronto tra le parti.

Livelli di Contrattazione

Contenuti Atto Indirizzo - Sono confermati i due livelli di contrattazione previsti dal Dlgs 165/2001: il livello Nazionale e ed il livello Aziendale. Tuttavia si raccomanda un ulteriore alleggerimento del livello di contrattazione nazionale, nel quale dovrà essere definita soltanto una generica cornice, e si propone un livello aziendale collegato maggiormente "all'azione di indirizzo e coordinamento" della Regione a cui il CCNL deve riservare spazi.

Precisazioni Anaao Assomed - Si riconoscono i due livelli di contrattazione, nazionale ed aziendale, così come fissati dalle norme legislative (Dlgs 165/01), ma non si condivide l'intenzione di trasferire al tavolo di contrattazione aziendale materie che sono oggi di competenza della contrattazione nazionale. Si ritiene che debbano necessariamente restare oggetto di contrattazione nazionale: servizi minimi essenziali in caso di sciopero, orario di lavoro, trattamento economico, contratto individuale, recesso, risoluzione consensuale, tipologia degli incarichi e criteri di affidamento e revoca, modalità e tempi per verifiche/valutazioni, definizione degli standard qualitativi e quantitativi per l'aggiornamento professionale, relazioni sindacali, sostituzioni, aspettativa, part-time, comando. Il livello di contrattazione regionale deve essere riconosciuto ed ampliato al fine di

assicurare uguali livelli normativi e retributivi nell'ambito delle specificità delle singole regioni.

Relazioni Sindacali

Precisazioni Anaao Assomed - L'Anaao Assomed non ritiene in nessun caso ed in nessun modo modificabile l'attuale sistema delle relazioni sindacali.

Nell'ottica di favorire un sempre maggiore confronto tra le parti si considera opportuno individuare ulteriori materie da trasferire nell'ambito della concertazione.

Trattamento Economico

Contenuti Atto Indirizzo - La parte economica fissa incrementi contrattuali nell'ordine del 5,66%.

E' facoltà delle Regioni in base alle proprie economie e ai propri bilanci reperire risorse economiche aggiuntive per la contrattazione integrativa fino ad un massimo dell'1%, da destinare alla produttività.

Precisazioni Anaao Assomed - L'Anaao Assomed ha accolto con soddisfazione la conferma da parte del Consiglio dei ministri del 16 luglio 2003 dei contenuti dell'accordo

del febbraio 2002 e quindi il riconoscimento dell'incremento retributivo pari allo 0,99% anche per l'area della dirigenza medica.

Tuttavia sono necessarie alcune osservazioni:

1. permane ancora una grande diversità nel trattamento tabellare tra Dirigenza medica e la restante Dirigenza del Pubblico Impiego (Dirigenza Medica 20.296 euro, Dirigenza Pubblico Impiego 36.152 euro);
2. l'incremento dello 0,99% non deve essere legato alla produttività sia perché in tal modo non coprirebbe, per tutti i dirigenti medici, il recupero del potere di acquisto, sia perché non è serio remunerare a posteriori la produttività;
3. è necessario prevedere una parte di retribuzione aggiuntiva da destinare al personale medico soggetto a carichi di lavoro usurante e che opera in particolari condizioni di disagio.

Indennità di esclusività di rapporto

Contenuti Atto Indirizzo - Si conferma l'Indennità di esclusività ma con una importante riserva: poiché la consistenza economica del finanziamento nel 2001 si è rilevata insufficiente e sono quindi state necessarie risorse aggiunti-

Slitta a novembre la riforma degli Irccs

La riforma degli Irccs sarà completata in autunno. Con l'approvazione in extremis, da parte della Camera il 31 luglio, del decreto legge cosiddetto "milleproroghe" (Legge 1 agosto 2003, n. 200 pubblicata sulla Gazzetta Ufficiale n. 178 del 2 agosto), sono stati infatti concessi tre mesi di tempo in più rispetto ai sei fissati dalla legge del gennaio scorso per l'emanazione del decreto legislativo, che scadrà, quindi, il 4 novembre.

Dopo aver incassato il parere negativo e fortemente critico delle Regioni, si è espressa anche la Commissione Igiene e sanità del Senato, che pur pronunciandosi favorevolmente, ha confermato le richieste delle Regioni e ha chiesto di definire meglio i poteri tra Stato e Regioni nell'ambito della gestione degli Istituti. Non si è espressa, invece, in alcun modo la commissione Affari Sociali della Camera. L'Anaao Assomed giudica assai positivo questo slittamento per poter intervenire af-

finché le modifiche del testo, evidentemente inevitabili, portino nella direzione più volte auspicata e ribadita anche in sede parlamentare dall'Associazione.

Infatti, in un documento inviato alle competenti commissioni, l'Anaao Assomed ha evidenziato alcune modifiche di cui ha chiesto l'inserimento nel testo e che sono state anche oggetto di dibattito parlamentare (per il testo del documento si rimanda al sito www.anaao.it). Le modifiche proposte riguardano le competenze e la più precisa definizione della Regione che promuove la trasformazione di un Irccs in fondazione e che congiuntamente con il ministero della Salute insedia il consiglio di amministrazione negli Irccs non trasformati (art. 1, 2 e 4) e i rapporti del personale (art. 10).

Per quanto concerne il primo problema la definizione di regione territorialmente interessata o di regione competente non individua univocamente una regione specifica per i di-

versi istituti. Occorre pertanto rifarsi a quanto previsto dall'art. 2 comma 2 in cui la regione è individuata come quella in cui l'istituto da trasformare ha la sede effettiva di attività e, quando siano presenti, gli interessi originari; meglio ancora sarebbe definirla come quella in cui l'istituto da trasformare ha la sede prevalente dell'attività clinica e di ricerca e, quando siano presenti, gli interessi originari.

Il secondo riguarda le problematiche contrattuali, retributive e previdenziali per il personale delle fondazioni che opta per il contratto di diritto privato e le norme di garanzia e salvaguardia per le condizioni in essere nonché la composizione della Commissione di cui al comma 2 dell'articolo 15-ter del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n.502. Altre due proposte di modifica sono contenute nell'articolo 5 per il ruolo delle organizzazioni sindacali e nell'articolo 7 (puntuazione sulla qualifica di ricercatore).

ve pari a 500 milioni di Euro, è indispensabile una verifica dell'Istituto della Esclusività di Rapporto, così come previsto dall'art. 11 del CCNL vigente, e la individuazione da parte delle Regioni di obiettivi aggiuntivi per giustificare i maggiori finanziamenti previsti.

Precisazioni Anaa Assomed - L'Anaa Assomed rifiuterà qualsiasi ipotesi di ricontrattare quanto considerato già acquisito dal precedente contratto, sia sul piano normativo che economico. L'Associazione è inoltre in attesa di riprendere, su questo argomento, la trattativa a tre a Palazzo Chigi con Governo e Regioni, interrotta dopo la prima riunione del 7 maggio scorso.

Sistema di Valutazione

Contenuti Atto Indirizzo - Per semplificare ed uniformare le procedure di valutazione del Dirigente si propone di inserire nel contratto un articolato che unifichi i sistemi di valutazione delle varie Aziende e che sia basato sul rafforzamento del rapporto tra valutazione di risultato e valutazione professionale.

Precisazioni Anaa Assomed - L'Anaa Assomed conviene sulla necessità di semplificare ed uniformare le procedure di valutazione e di ampliare e rafforzare i livelli di garanzia ed imparzialità del sistema, confermando la netta separazione tra valutazione professionale e valutazione di risultato. Ben distinti devono restare gli organismi e le modalità di valutazione. La valutazione professionale deve orientarsi, svilupparsi e realizzarsi all'interno della professione medica (Dipartimenti).

Contratti Individuali

Contenuti Atto Indirizzo - Si considera la possibilità di ampliare i contenuti dei contratti individuali comprendendo anche clausole di risoluzione consensuale del contratto e prevedendo forme di risarcimento a favore delle Aziende per gli investimenti sostenuti per la formazione del Dirigente che chiede di andare via. Si propone inoltre di individuare un termine entro il quale devono obbligatoriamente essere sottoscritti per tutti i Dirigenti i contratti individuali.

Precisazioni Anaa Assomed - Non deve essere prevista alcuna forma di risarcimento a favore delle Aziende nel caso di risoluzione del rapporto di lavoro. I nuovi contratti di lavoro a tempo determinato debbono essere contenuti in una quota percentuale fissata a livello regionale ed è opportuno prevedere uno schema contrattuale di riferimento che uniformi le caratteristiche retributive e normative.

Fondi Contrattuali

Contenuti Atto Indirizzo - Pur confermando la disciplina dei tre Fondi (risultato, posizione ed accessorio) si indica la necessità di superare ogni forma di automatismo di rivalutazione dei

fondi derivanti da aumenti del personale e di prevedere meccanismi di riduzione dei fondi nei casi di contrazione del numero del personale.

Precisazioni Anaa Assomed - La disciplina dei fondi non deve essere soggetta ad alcuna modifica e devono essere riconfermati i criteri della loro costituzione ed i contenuti attuali.

Orario di Lavoro

Contenuti Atto Indirizzo - Si afferma che l'orario di lavoro è uno strumento flessibile, finalizzato al raggiungimento degli obiettivi aziendali, che deve essere inteso come un impegno minimo di partenza uguale per tutti. Non essendoci debito orario fisso, è superata la riserva di 4 ore per la formazione professionale. Inoltre si rinvia alle Regioni la ricerca di sistemi di correlazione tra le ore di straordinario ed il fondo di risultato (retribuire il maggior orario effettuato in particolari condizioni e per acquisire determinate prestazioni con quello che resta del fondo di risultato).

Precisazioni Anaa Assomed - L'Anaa Assomed ritiene che debba essere confermato e ribadito esplicitamente l'attuale orario di lavoro del Dirigente medico a cui siano correlati specifici volumi prestazionali rapportati ai carichi di lavoro predeterminati in sede aziendale. Altre prestazioni comportanti ulteriori forme di retribuzione aggiuntiva, possono essere previste in sede di contrattazione nazionale ed applicate nella contrattazione aziendale. Devono essere riconfermate le quattro ore settimanali destinate ad attività non assistenziali quali l'aggiornamento professionale.

Ecm e crediti formativi

Precisazioni Anaa Assomed - Deve essere totalmente finanziata dalle Aziende e non può gravare sulle spalle del singolo medico. Si ritiene indispensabile fissare nell'Atto di Indirizzo i principi generali riguardanti le modalità organizzative e di partecipazione all'ECM.

Comitato dei Garanti

Contenuti Atto Indirizzo - Si propone di superare definitivamente il Comitato di Garanti ritenendo che questo organismo interferisca con l'autonomia regolamentare delle Aziende.

Precisazioni Anaa Assomed - Il ruolo e la funzione del Comitato dei Garanti devono essere ampliati in coerenza con quanto già previsto nella specifica interpretazione autentica del 24 ottobre 2001 (CCNL di interpretazione autentica dell'art. 23 del Ccnl 8 giugno 2000 dell'area medico veterinaria), nonché nell'articolo 41 del Ccnl integrativo del Ccnl 8 giugno 2000 (cosiddette code contrattuali) nei quali si riconosce il carattere vincolante del parere espresso dal Comitato dei Garanti. Esso costituisce ai sensi del Dlgs 29/93 una forma di garanzia che si considera irrinunciabile.

L'esclusività di rapporto non è solo una questione di costi

Le recenti dichiarazioni del sottosegretario al Ministero dell'Economia e Finanze, Gianluigi Magri, - ha commentato il Segretario Nazionale Anaa Assomed, Serafino Zucchelli - in relazione al problema dell'esclusività di rapporto, lasciano allibiti e dimostrano che il modo in cui viene affrontato il problema è squisitamente di tipo economico.

In sostanza si afferma che l'esclusività di rapporto costa troppo ed è opportuno proporre una modifica per ridurre i costi e per "liberare somme importanti da ridistribuire nel Ssn".

Non si è mai visto che un membro del Governo proponga alla categoria dei medici pubblici di finanziare con una parte delle proprie retribuzioni il servizio sanitario, peggiorandone, inoltre, il funzionamento attraverso l'abolizione dell'esclusività di rapporto.

Gli ospedali nella Relazione sullo stato sanitario 2001-2002

Il Ministero della salute ha presentato la relazione sullo stato sanitario del Paese 2001-2002. Per quanto riguarda l'assistenza ospedaliera il rapporto evidenzia che nel 2001 sono state effettuate, nelle strutture pubbliche e private accreditate con il Servizio Sanitario Nazionale, circa 70 milioni di giornate di degenza, per un totale di 9.275.973 ricoveri. E' uno dei dati che si rileva dalla relazione sullo stato sanitario del Paese per il biennio 2001-2002 presentato dal ministero della Salute. Il Servizio Sanitario Nazionale ha a disposizione circa 260 mila posti letto per le degenze ordinarie (di cui il 19% nelle strutture private accreditate) e 24.713 posti per day hospital quasi totalmente pubblici (93%); a livello nazionale sono quindi disponibili mediamente cinque posti letto ogni mille abitanti, dei quali 4,4 destinati agli acuti. Nel 2001 l'assistenza ospedaliera del Servizio sanitario si è avvalsa di 1.308 istituti di cura, il 59% dei quali pubblico e il rimanente 41% privato accreditato; si conferma così, sottolinea la relazione, la tendenza decrescente del numero degli istituti già registrata negli anni precedenti. Il 73% delle strutture pubbliche è costituito da ospedali gestiti dalle Aziende sanitarie locali, il 13% da Aziende ospedaliere e il restante 15% da altre tipologie di ospedali pubblici.

L'organico del Servizio sanitario risulta costituito dal personale delle Asl, compreso quello degli istituti di cura a gestione diretta (per 421.752 unità) e dal personale delle aziende ospedaliere (216.881). Nel 2001 il personale ammonta a 648.633 unità per il 67% rientrante nel ruolo sanitario, per il 21% nel ruolo tecnico, per il 10% nel ruolo amministrativo e per lo 2% nel ruolo professionale. Negli istituti di ricovero delle Asl i medici sono 46.226 (4,5 ogni dieci posti letto), mentre gli infermieri risultano 120.310. Nelle Aziende ospedaliere lavorano invece 38.148 e 94.144 unità di personale infermieristico.

Approvato il "Codice" della privacy

Il Consiglio dei Ministri del 27 giugno scorso ha approvato definitivamente il testo unico in materia di protezione dei dati personali, denominato "Codice" della privacy. Il testo è stato pubblicato sulla Gazzetta Ufficiale n. 174 del 29 luglio 2003 Supplemento Ordinario n. 123 (il testo è disponibile sul sito www.anaao.it).

Ispirato all'introduzione di nuove garanzie per i cittadini, alla razionalizzazione delle norme esistenti e alla semplificazione, il provvedimento riunisce in unico contesto la legge 675/1996 e gli altri decreti legislativi, regolamenti e codici deontologici che si sono succeduti in questi anni, e contiene anche importanti innovazioni tenendo conto della "giurisprudenza" del Garante e della direttiva Ue 2000/58 sulla riservatezza nelle comunicazioni elettroniche. In ambito sanitario si semplifica l'informativa da rilasciare ai pazienti e si consente di manifestare il consenso al trattamento dei dati con un'unica dichiarazione resa al medico di famiglia o all'organismo sanitario (il consenso vale anche per la pluralità di trattamenti a fini di salute erogati da distinti reparti e unità dello stesso organismo, nonché da più strutture ospedaliere e territoriali). Per il settore sanitario vengono inoltre codificate misure per il rispetto dei diritti del paziente: distanze di cortesia, niente appelli nominativi dei pazienti in sala di attesa, certezze e cautele nelle informazioni telefoniche e nelle informazioni sui malati ricoverati, estensione delle esigenze di riservatezza anche agli operatori sanitari non tenuti al segreto professionale.

Viene introdotta la possibilità di non rendere immediatamente identificabili in farmacia gli intestatari di ricette. Per i dati genetici viene previsto il rilascio di un'apposita autorizzazione da parte del Garante, sentito il Ministro della Salute. L'argomento sarà approfondito e commentato nel prossimo numero di questo giornale.

CASSAZIONE SU SPECIALIZZANDI

Lo Stato condannato al risarcimento del danno

La Corte di Cassazione, in una recente pronuncia (sentenza n. 7630, depositata in cancelleria il 16 maggio 2003), ha fornito un chiaro indirizzo alla vicenda della retribuzione degli specializzandi per gli anni 1982-1991. Ha infatti riconosciuto il risarcimento del danno ad un laureato in Medicina che aveva frequentato il corso di specializzazione dal 1986 al 1989, senza ricevere alcuna retribuzione. Non si tratta ancora dell'attribuzione delle borse di studio ai medici specializzatisi negli anni anteriori al 1991, ma di una condanna pecuniaria per l'inadempienza dello Stato italiano nell'attuazione delle direttive Ue, nell'entità di quanto gli sarebbe spettato.

La direttiva 82/76, sin dal 1983, anno in cui ogni Paese membro della Comunità Europea avrebbe dovuto recepirlo nel proprio ordinamento interno, ha disciplinato e reso obbligatoria per tutti gli Stati membri l'istituzione di corsi di specializzazione medica stabilendo che agli specializzandi fosse riconosciuta un'adeguata retribuzione.

In Italia, a questa direttiva è stata data attuazione soltanto nel 1991 e ciò ha determinato una disparità effettiva di trattamento fra coloro i quali avevano frequentato i corsi prima del 1991 e gli allievi dei corsi successivi a quella data. In forza del tardivo recepimento della direttiva 82/76 con il dlgs. n. 257 del 1991, infatti, coloro che intraprendevano un corso di specializzazione a partire da tale anno, a differenza dei colleghi degli anni precedenti, potevano usufruire tanto di standard organizzativi comuni e propri a tutta la Comunità europea, quanto di una regolare retribuzione

per l'attività lavorativa svolta in esclusiva nell'ambito del corso.

Dal momento che tale discriminazione avveniva per il mancato recepimento di una direttiva comunitaria nei termini indicati e, per di più, sulla base di disposizioni che avrebbero dovuto accomunare gli specializzandi di tutta la Comunità a partire dal 1983, la discrasia indotta dall'inadempienza dello Stato italiano è apparsa immediatamente stridente, dando luogo ad un lungo contenzioso che oggi appare ad una svolta importante.

La Terza Sezione della Corte di Cassazione ha, infatti, confermato la sentenza della Corte di Appello di Firenze, con la quale la Repubblica Italiana era stata condannata, ex art. 1223 c.c., al risarcimento del danno derivato ad uno specializzando, ante 1991, dal tardivo recepimento della direttiva 82/76.

I giudici della Suprema Corte hanno innanzitutto stabilito che la questione sollevata dalla domanda di risarcimento dello specializzando appartiene alla giurisdizione ordinaria, essendo ormai indifferente se il diritto vantato attenga alla violazione di un interesse legittimo o di un diritto soggettivo. Un altro aspetto da porre in rilievo, individuato dalla Corte, è il fatto di non aver ritenuto necessaria l'istanza pregiudiziale di interpretazione alla Corte di Giustizia della direttiva in questione, volta a chiarire la natura auto esecutiva o meno della norma comunitaria. Infatti, la circostanza che sia stato richiesto il risarcimento del danno, derivante tout court dalla mancata tempestiva applicazione della di-

rettiva, rende superflua l'analisi circa la natura della stessa che, invece, sarebbe stata obbligatoria ove fosse stato richiesto il pagamento della borsa di studio. La Cassazione si è attenuta al principio secondo cui, pur in assenza di efficacia immediata di una direttiva non auto esecutiva, lo Stato, che non abbia tempestivamente adottato i necessari provvedimenti attuativi è obbligato al risarcimento del danno derivato al singolo.

La Corte, sulla scorta della giurisprudenza, premettendo la natura non auto esecutiva della direttiva 82/76, ha stabilito il principio per cui lo Stato membro, il quale non abbia attuato tempestivamente una direttiva in cui si riconoscano ai soggetti dell'ordinamento diritti, individuabili in base alle norme della direttiva stessa, è responsabile per il danno che da tale ritardo sia derivato al cittadino ed è obbligato a risarcirlo.

In conclusione, la Corte afferma che la prova dello svolgimento in via esclusiva e continuativa del corso di specializzazione non può essere fornita proprio a causa dell'inadempienza dello Stato che, non avendo recepito la direttiva, non ha, per il periodo 1982-1991, fissato alcun criterio in ordine all'individuazione di tali requisiti. Del resto, aggiunge la Corte, lo specializzando, proprio a causa di tale inadempimento, "è stato costretto a seguire un corso di specializzazione privo delle regole previste nella direttiva Cee".

Alessandra Testuzza
Avvocato

Lo stralcio della sentenza

(...)Le S.U. hanno osservato che, nonostante la prospettazione della violazione di norme sulla giurisdizione, il ricorrente aveva dedotto una questione di diritto sostanziale, consistente nella configurabilità della responsabilità civile, della P.A., ai sensi dell' art. 2043 C.C., per il risarcimento del danno derivato dalla lesione di un interesse legittimo, e, riportandosi alla sentenza Cass. S.U. 22.7.1999 n. 500, hanno affermato che la domanda del professionista, proposta con atto 20.6.1995 e quindi prima delle innovazioni apportate con il d.lgs. N. 80 del 1998, appartiene alla giurisdizione ordinaria, essendo indifferente se il diritto al risarcimento attenga alla violazione di un diritto soggettivo o di un interesse legittimo (...)

La posizione del professionista, non aveva interesse alcuno all'annullamento dei decreti ministeriali 17.12.91 e 28.12.91, dal momento che egli aveva concluso nel 1989 il corso di specializzazione e quindi non poteva trarre alcun beneficio dall'annullamento della distinzione tra corsi in itinere e corsi futuri. Né la domanda da lui proposta era diretta all'attuazione della Direttiva in suo favore, ma era invece volta ad ottenere il risarcimento del danno per non aver potuto seguire il corso come previsto dalla Direttiva a causa del colpevole ritardo dello Stato italiano nella attuazione della stessa (...). Il giudice nazionale, non di vertice, non ha l'obbligo di rivolgere istanza di interpretazione di una direttiva comunitaria alla Corte di Giustizia Europea. L'art. 177 del Trattato prevede tale ricorso come facoltativo e non già obbligatorio. (...) Ma devesi comunque rilevare la differenza sostanziale tra la fattispecie in oggetto e quella prospettata avanti al Tribunale di Padova, all'esame del quale, secondo quanto si legge nel ricorso è stata posta la domanda diretta ad ottenere la condanna dello Stato al pagamento della borsa di studio. In tal caso trova giustificazione l'indagine circa la natura autoesecutiva o meno della direttiva dedotta in lite, giacché il pagamento richiesto presuppone ovviamente l'esecuzione della direttiva da parte dello Stato italiano.

Non così nella presente fattispecie ove la domanda presuppone invece l'omissione dell'attuazione della direttiva autoesecutiva o non, quale presupposto necessario a sostenere la pretesa risarcitoria (...)

Non è inutile ricordare l'assetto che la giurisprudenza costituzionale ha

dato al tema dei rapporti tra diritto costituzionale e diritto nazionale. Ad una antica impostazione secondo cui il diritto comunitario era assimilato alla legge nazionale, è succeduta una svolta con la sentenza 183/73 della Corte Costituzionale, a mezzo della quale è stata affermata l'efficacia obbligatoria e la diretta applicabilità dei regolamenti comunitari in tutti gli Stati membri, sulla base dei criteri di riparto fissati dal Trattato CEE. (...) La Corte di Giustizia, dopo aver negato l'efficacia immediata della direttiva non autoesecutiva, per la quale lo Stato membro non abbia emanato i necessari provvedimenti attuativi, ha però enunciato l'ulteriore principio secondo cui lo Stato che, non abbia tempestivamente adottato i predetti provvedimenti, è obbligato al risarcimento del danno da ciò derivato al singolo, allorché si verificano le seguenti condizioni: a) che la direttiva preveda l'attribuzione di diritti ai singoli; b) che tali diritti possano essere individuati in base alle disposizioni della direttiva; c) che sussista il nesso di causalità tra la violazione dell'obbligo a carico dello Stato e il pregiudizio subito dal soggetto leso. La Corte ha altresì rilevato che l'obbligo di risarcire tale danno trova il suo fondamento negli artt. 5 e 189 del Trattato, dai quali esso discende in conseguenza della violazione del diritto comunitario. Si tratta quindi di obbligazione che trova il suo fondamento nella normativa del Trattato, ma che deve essere eseguita nell'ambito del diritto nazionale e con le regole e le condizioni da esso previste. La Corte ha infine stabilito che le condizioni, formali e sostanziali, stabilite dalle legislazioni nazionali in materia di risarcimento del danno non possono essere meno favorevoli di quelle che riguardano pretese analoghe di natura interna. (...)Consegue da ciò la risarcibilità del danno subito dal singolo in conseguenza di violazione delle norme comunitarie da parte del legislatore per mancata attuazione di direttiva non autoesecutiva, in ambedue le ipotesi di lesione un diritto soggettivo o di un interesse legittimo (...). In ordine poi all'asserito difetto di prova circa la esclusività e la continuità del corso effettuato dal professionista devesi rilevare trattarsi di contestazione cui il medico non è in grado di rispondere proprio a causa dell'inadempienza dello Stato. Del resto rimane il fatto che a causa di tale inadempimento il medico è stato costretto a seguire un corso di specializzazione privo delle regole previste nella direttiva CEE.

INTERVISTA A ROBERTO BERTOLLINI,
DIRETTORE DELLA DIVISIONE TECNICA DELL'ORGANIZZAZIONE MONDIALE DELLA SANITÀ EUROPA

"Il medico deve aver cura del paziente, ma anche del sistema sanitario"

È un uomo di grandi competenze in materia sanitaria e il ruolo che ricopre all'interno dell'Oms lo testimonia. Con lui abbiamo parlato di sanità e "macrosanità" a 360 gradi affrontando temi come il rapporto tra Pil e Spesa sanitaria che cresce, la politica della prevenzione, l'allargamento ad Est dell'Ue, la professione medica che cambia, concludendo con una valutazione sull'ultima epidemia che ha colpito il pianeta, la Sars

di Stefano Simoni

Prima di ricoprire l'attuale incarico, Roberto Bertollini ha lavorato presso l'Unità di epidemiologia della Regione Lazio. Entrato nell'Organizzazione Mondiale della Sanità - Regione Europea come epidemiologo è stato poi direttore del Centro europeo Ambiente e Salute di Roma, dal 1993. Medico con una specializzazione in pediatria e un Master in Sanità pubblica presso la Johns Hopkins University, Usa, i suoi interessi professionali riguardano l'influenza degli effetti ambientali sulla salute riproduttiva, sulla salute infantile e sui tumori, l'uso dell'epidemiologia per la promozione e valutazione delle politiche di sanità pubblica e l'impatto del cambiamento globale sulla salute umana.

Dottor Bertollini, un recente rapporto dell'Ocse ha sottolineato come, in tutti i paesi, la spesa sanitaria cresca ad un ritmo superiore rispetto all'incremento del Pil e anche le banche mondiali hanno lanciato quest'allarme. Dal suo osservatorio, esiste una ricetta in grado di coniugare la sostenibilità dell'universalità del sistema sanitario con i bilanci?

Non è facile rispondere a questa domanda. Il problema è di grande complessità e sono molte le variabili in gioco: da un lato c'è la sostenibilità del sistema rispetto ai costi di gestione e dall'altro gli obiettivi che il sistema si pone. A mio parere si parla troppo e in maniera astratta dei costi della sanità, indipendentemente dal fine che il sistema sanitario dovrebbe avere e preoccupandosi solo della necessità di far quadrare un bilancio. Il problema deve essere posto, invece, in altri termini. Dobbiamo prima capire cosa vogliamo ottenere con le risorse disponibili e poi occorre vedere quali sono le strategie e i servizi che servono per raggiungere gli obiettivi. Perché è anche vero che non

sempre un aumento incondizionato di risorse, di disponibilità tecnologica, di strutture sanitarie o un maggiore consumo di farmaci sia funzionale allo scopo, ma potrebbe addirittura essere controproducente. Quindi, il dibattito sui costi, separato dai fini del sistema

e dagli obiettivi da raggiungere, è sbagliato.

Se non esiste un'unica ricetta in grado di coniugare universalità e corretta gestione dei bilanci, c'è qualcosa però che si può fare?

Certo. In Italia alcuni modelli sanitari regionali, che hanno privilegiato la prevenzione rispetto alla predominanza delle cure mediche, hanno ottenuto un successo dal punto di vista della gestione del bilancio. La Regione Toscana, ad esempio, ha un ottimo rapporto tra stato di salute della popolazione, bilancio medico e bilancio economico. È evidente però che su questi risultati intervengono anche altri fattori difficilmente valutabili su scala nazionale: le abitudini alimentari, il fumo, le condizioni di inquinamento atmosferico, l'igiene personale. Resto convinto comunque che una migliore distribuzione delle risorse tra terapia e prevenzione sia una ricetta che porti risultati positivi nel lungo periodo.

La prevenzione è un tema caro al ministro Sirchia che lo ha indicato tra i cardini del programma di sanità presentato in occasione del semestre italiano di presidenza europea. Condivide le linee di quel programma?

Sì, sono senz'altro d'accordo. In un'ottica di lungo periodo, considerando lo stato di salute della popolazione e la quadratura dei conti, un investimento sulla prevenzione può dare dei risultati che potrebbero essere più soddisfacenti di quanto si possa immaginare. Si tratta di accettare concetti che apparentemente sembrano distanti dai principi della medicina accademica, ma che tuttavia si sono dimostrati, ove applicati, molto efficaci. La differenza sta nel considerare la salute come sistema.

In Europa si ragiona su diverse ipotesi di riforma dei sistemi sanitari e tra questi uno dei più accreditati, anche in Italia, è il modello tedesco. È ipotizzabile una riforma sanitaria continentale?

Negli ultimi anni molti paesi europei, occidentali e non, hanno dato vita a tentativi di riforma e alcuni modelli sono stati mutuati da altri. Ad esempio, parlando di Europa orientale, la Romania ha ripreso il modello tedesco. Di fatto quindi c'è stato un tentativo di unificazione verso modelli che hanno prodotto risultati favorevoli. Anche se credo che un modello comune a tutti sia molto difficile da realizzare, l'Oms sta lavorando per rendere accessibili le esperienze fatte nelle varie realtà nazionali affinché possano essere adottate in base alle proprie esigenze.

A breve nell'Unione Europea entreranno paesi dell'Est. Qual è la situazione sociosanitaria di quell'area?

Le strutture non sono ad alta specializzazione e i sistemi sanitari sono piuttosto vecchi, di contro però il personale sanitario non ha nulla da invidiare a quello dei paesi occidentali. In particolare la Polonia e la Repubblica Ceca hanno un personale molto qualificato. Più in generale, i paesi dell'Europa orientale sono riusciti a superare l'arretra-

tezza conoscitiva legata all'isolamento culturale in cui hanno vissuto per molti anni e adesso sono perfettamente integrati nei sistemi sanitari occidentali dal punto di vista della ricerca, della capacità tecnica e delle competenze specifiche. Le differenze con l'occidente europeo sono dunque minime e anzi alcuni governi hanno sviluppato delle visioni di sistema più avanzate e meno sclerotizzate.

La professione medica è cambiata: oggi oltre alla cartella clinica è necessario saper leggere i bilanci. Recentemente il *British Medical Journal* ha svolto un'inchiesta sulla dicotomia tra l'essere medico e l'essere manager. Dal suo punto di vista, è possibile tornare al professionista che contempla solo l'aspetto clinico escludendo quello economico oppure è necessario prevedere percorsi formativi orientati anche al management?

Non credo a questa dicotomia. Credo ad un medico che sia in grado di svolgere la sua professione ponendosi però la domanda: "le mie scelte sono giustificate dalle economie disponibili? Quanto incidono le mie scelte sul sistema nel complesso?". Il medico deve cambiare mentalità e porsi il problema, una volta fatta la diagnosi, di qual è la terapia che a parità di benefici ha dei costi minori o comunque il cui bilancio costi-benefici sia il più adeguato. Non si può più immaginare un medico che prescriva tutte le medicine che vuole, che indichi tutti i test diagnostici che crede e così via. Bisogna riacquistare una capacità professionale di alto livello. A me sembra che il medico rischi di abdicare alla sua funzione trasformandosi in un mero esecutore, ma è lui stesso che si deresponsabilizza come professionista, non è il sistema che glielo impone.

Invece il "medico-manager" può essere, nell'accezione migliore del termine un professionista che riflette sul significato delle sue scelte e le mette in relazione al bene del paziente e del sistema. Oggi nessuna professione può essere disgiunta da competenze di tipo organizzativo-manageriale. Un direttore di reparto o un direttore di laboratorio ha sotto la sua responsabilità una serie di persone che vanno gestite e organizzate e quindi è necessario che abbia delle capacità manageriali.

L'Oms si è trovata ad affrontare in questi ultimi mesi l'emergenza Sars. Qual è la situazione attualmente?

La situazione è sotto controllo e siamo nella fase di coda dell'epidemia. Questo risultato è stato raggiunto grazie alle misure di sanità pubblica tradizionali, come l'isolamento, la quarantena o l'identificazione dei contatti. Non sono stati utilizzati particolari strumenti tecnologicamente avanzati e mi sembra importante sottolinearlo, a dimostrazione del fatto che talvolta le tecnologie avanzate non sono indispensabili per risolvere i problemi. Le uniche incertezze che abbiamo ancora sulla Sars sono di tipo conoscitivo e in particolare riguardano la mancanza di informazione sulla condizione del portatore sano, l'ipotesi su una riserva animale attiva, la durata del periodo d'incubazione.



APPROVATO DAL CONSIGLIO DEI MINISTRI IL DOCUMENTO DI PROGRAMMAZIONE ECONOMICA E FINANZIARIA 2004-2007

In attesa di una finanziaria per la sanità?

16 miliardi di euro è il costo della manovra economica contenuta nel Dpef per i prossimi tre anni. A partire dal 2004 sono previsti 5,5 miliardi di risparmi strutturali mentre per i prossimi anni dovremo attenderci misure "una tantum". Escluse, all'ultimo minuto dal Documento presentato in Parlamento, misure di dettaglio per la sanità e per gli altri settori

Un documento di programmazione economica e finanziaria per il triennio 2004-2007 del valore di oltre sedici miliardi di euro, divisi tra "risparmi strutturali" e misure definite "una tantum". Questo in estrema sintesi il Dpef licenziato dal Consiglio dei Ministri, a dire il vero non senza difficoltà. Le previsioni, secondo i calcoli che vengono da via XX settembre, sede del ministero dell'Economia, sono di risparmi immediati per una cifra che dovrebbe aggirarsi intorno ai 5,5 miliardi di euro, mentre il resto dovrebbe essere assicurato da misure "una tantum", che non vengono indicate, ma che secondo ipotesi plausibili potrebbero concretizzarsi in nuovi condoni, si pensa all'edilizia.

Dunque la previsione fatta dall'Esecutivo è che per il futuro immediato le misure fiscali si riducano crescendo invece i risparmi. Parlando di risparmi il rischio è che questi riguardino la sanità, anche perché nella prima bozza di Dpef presentata alle Regioni e alle parti sociali in tema di interventi sulla salute si parlava "di controllo degli sprechi".

Si parlava, perché ad un certo punto è successo qualcosa, sono sparite le quattro pagine dedicate alla salute e sono state sostituite, com'è noto, da una sola riga, l'ultima all'ultima pagina, molto generica che impegna il Governo "al miglioramento del Servizio sanitario nazionale e della tutela della salute". Un giallo. Perché questo stralcio improvviso all'ultimo minuto? Chi ha spinto per questa decisione? Insomma, cosa è successo nel Consiglio dei Ministri, la notte tra il 16 e il 17 luglio, prima che il Dpef fosse presentato in Parlamento, avendo avuto un sì di massima da maggioranza, opposizione, Regioni e parti sociali, seppur con i dovuti distinguo?

Non è facile capire, anche perché le proposte sembravano interessanti, e per chi non ha avuto tempo di conoscerle le riassumiamo brevemente.

Controllo degli sprechi, il punto di partenza da realizzarsi attraverso la definizione di standard qualitativi e quantitativi dei Lea; la designazione di Commissari, d'intesa tra ministero della Salute e Governatori, nelle Regioni in cui la spesa superi la media nazionale; la sperimentazione dell'Azienda Territoriale Convenzionata (composta da medici di famiglia, pediatri di libera scelta e specialisti ambulatoriali) per ridurre le ospedalizzazioni improprie.

C'era poi l'ipotesi di costituzione di un Fondo nazionale per la non autosufficienza, da finanziare con 4 mld di euro, raccolti con un contributo assicurativo obbligatorio e/o tassa di scopo e/o giornata festiva lavorativa e da aggiungere alle risorse già impegnate in questo settore da Asl e Comuni. La bozza conteneva infine un impegno per la detassazione delle assicurazioni sanitarie di categoria, per incentivarne la copertura verso l'intramoenia, e altri interventi riguardanti la trasformazione delle borse di studio in contratti di formazione lavoro per gli specializzandi (L.368/99), gli accordi con le Regioni per svincolare i fondi dell'ex art.20 e la detassazione delle donazioni destinate alla ricerca sanitaria.

Questa in sintesi la prima bozza di documento, allora, chi ha voluto stralciare? Si è detto che An, al cui interno la componente "sociale" reclama interventi governativi a favore dei bisogni delle fasce popolari, avrebbe voluto più garanzie sul finanziamento del servizio sanitario pubblico; c'è chi ha voluto vedere nelle Regioni la responsabilità dello stralcio, Regioni indispettite dall'idea dei Commissari nominati dal ministero; ancora si è parlato dello stesso Tremonti autore dello stralcio per avere mano libera nei mesi che mancano alla stesura della finanziaria; infine, questa l'ipotesi più plausibile e più semplice, l'alleggerimento del Dpef, svuotato di tutte le indicazioni operative anche sulle altre materie, è da attribuirsi ad un prolungamento della verifica di governo, per la quale non sarebbero stati sufficienti i quindici giorni di slittamento.

Comunque sia andata, il documento di programmazione economica e finanziaria ha incassato il sì da parte di della Commissione Igiene e Sanità del Senato e della Commissione affari sociali della Camera per la parte relativa alla salute.

"C'è poco da dire, visto che da questo Documento la sanità è sparita: la parola sanità compare solo nell'ultima riga" questo il giudizio perentorio di Rosy Bindi esponente della Margherita e membro Commissione Affari sociali della Camera, rilasciato al giornale on line www.ilbisturi.it. "La verità è che il governo ha cancellato interamente la seconda parte del Dpef perché si è reso conto che, non avendo a disposizione neanche un euro, non si possono fare interventi. Intanto le Regioni sono al collasso perché stanno ancor aspettando il trasferimento del Fondo dello scorso anno e delle cifre pattuite per ripianare i debiti pregressi. In questo quadro, il governo Berlusconi non ha bisogno di fare nessuna controriforma in sanità, ma farà morire il sistema sanitario per mancanza di governo e di iniziative. E il problema di cassa diventa uno strumento per rafforzare l'operazione di privatizzazione, come mostra chiaramente anche la chiamata delle assicurazioni al tavolo preparatorio della Finanziaria".

Secondo Antonio Tomassini, Presidente Commissione Igiene e Sanità del Senato "la vicenda di questo Documento è l'ennesima conferma che il Dpef è un passo parlamentare inutile e che andrebbe soppresso, anche perché non se ne è mai visto uno che, al di là degli intenti, sia poi stato confermato in una Finanziaria. E questa mia convinzione è condivisa da tanti altri parlamentari". Entrando nel merito del documento proposto, Tomassini ha poi dichiarato: "Il problema centrale, individuato nel Dpef, è quello della popolazione che invecchia e la crescita di spesa che questo comporta. Su questo le opinioni di maggioranza e opposizione concordano e mi sembra che non cambi molto poi che uno voglia introdurre la tassa di scopo e l'altro le assicurazioni obbligatorie: stessa diagnosi e terapia simile".

Viste le polemiche, le discussioni, gli equilibri precari che si vengono a creare per un documento che non è vincolante, la domanda che da più parti ci si pone è: e se l'anno prossimo se ne facesse a meno?

Rosy Bindi

(Margherita)

Commissione Affari sociali della Camera

C'è poco da dire, visto che da questo Documento la sanità è sparita: la parola sanità compare solo nell'ultima riga. D'altra parte, il governo ha annunciato di voler aprire un tavolo sui temi della salute con le confederazioni sindacali, ma non si sa su quali contenuti.

Le dichiarazioni rese dal ministro Sirchia in Commissione Affari sociali sono preoccupanti, visto che per non essere velleitario, come ha detto lui stesso, ha affermato che le proposte sulla sanità si faranno solo dopo che sia definita una riforma strutturale delle pensioni che dovrebbe rendere disponibili le risorse. A questo punto io chiedo di discutere direttamente con il ministro Maroni.

La verità è che il governo ha cancellato interamente la seconda parte del Dpef perché si è reso conto che, non avendo a disposizione neanche un euro, non si possono fare interventi.

Intanto le Regioni sono al collasso perché stanno ancor aspettando il trasferimento del fondo dello scorso anno e delle cifre pattuite per ripianare i debiti pregressi. In questo quadro il governo Berlusconi non ha bisogno di fare nessuna controriforma in sanità, ma farà morire il sistema sanitario per mancanza di governo e di iniziative.

E il problema di cassa diventa uno strumento per rafforzare l'operazione di privatizzazione, come mostra chiaramente anche la chiamata delle assicurazioni al tavolo preparatorio della Finanziaria.

Giulio Conti

(An) Commissione Affari sociali Camera

"Il testo del Dpef, e la scelta di escludere la sanità è sicuramente deludente" non usa mezzi termini l'esponente di Alleanza Nazionale dicendosi deluso per quello che è successo. "A questo punto mi auguro che in finanziaria, o magari prima, vengano inseriti elementi in favore della sanità. Quello che c'è nel documento di programmazione economica e finanziaria, vale a dire gli avvertimenti e i rimandi al Psn sono sicuramente opportuni, ma anch'essi in qualche modo vanno finanziati. Parlando di questo mi riferisco al problema degli anziani che non sono una novità, ma siamo sempre lì, come affrontiamo il problema da un

punto economico-finanziario offrendo assistenza all'anziano? Stesso discorso per i riferimenti alla prima infanzia e i relativi incentivi.

Queste, a mio parere, sono misure che dovrebbero essere fatte Regione per Regione, Comune per Comune non inserite in un testo generico.

Non sono contento della scelta del Governo e spero che, a livello di partiti di maggioranza, si possa far qualcosa per modificare il testo, magari con degli emendamenti. Non è vero che la destra sociale ha operato per lo stralcio, non è stata una nostra scelta di corrente, in ogni caso io non la condividerei per nulla. È stata una scelta all'interno della maggioranza di Governo.

Giuseppe Del Barone

presidente Fnomceo

Dpef, ovvero tanto rumore per nulla. La prima bozza circolata alla vigilia dell'esame finale conteneva molte proposte innovative: fondo nazionale obbligatorio finalizzato all'assistenza agli anziani non autosufficienti; nuove polizze assicurative detraibili, per la copertura delle spese per le prestazioni sanitarie in regime di intramoenia; budget gestionale per neo "aziende" territoriali che avrebbero dovuto assemblare i servizi di medicina generale, della pediatria di base e della specialistica ambulatoriale; rafforzamento dei poteri di intervento del ministero della Salute in caso di sfondamento dei budget di spesa regionali. Tutto cancellato nel testo finale, anche se, almeno stante alle dichiarazioni del ministro Sirchia – con il quale mi onoro di aver avviato un ottimo rapporto ispirato al dialogo e al confronto su tanti temi nevralgici per la classe medica, come dimostra il protocollo d'intesa tra Fnomceo e Ministero della Salute – quelle proposte restano nell'agenda del Governo ma verranno trattate in altre sedi e in altri contesti.

Resta la preoccupante considerazione che, a poche settimane dall'avvio della scrittura del ddl finanziaria, non sappiamo ancora quali siano le reali intenzioni del Governo su un terreno così delicato come quello della tutela della salute.

Noi medici, checché si dica, siamo pronti a fare la nostra parte.

E i dati sull'andamento della farmaceutica, in costante calo negli ultimi tempi, testimoniano il nostro impegno al rigore e all'appropriatezza. Ma per ora, di fronte a noi, abbiamo un sostanziale vuoto di proposte, senza dimenticare che contratto e convenzioni sono al palo da circa tre anni.

Mario Falconi

segretario generale nazionale Fimmg

Quello che è successo in Consiglio dei ministri non lo so, ma so che la sanità sostanzialmente viene ignorata e la cosa certo non mi fa certo piacere perché la sanità avrebbe bisogno invece di interventi strutturali e economici importanti.

Tra le proposte contenute nella bozza preparatoria, invece, giudico negativamente quella che mirava alla creazione di un'azienda dei medici di famiglia e dei pediatri.

Quello che si deve fare è dare più dignità al distretto, come prevedeva il 229, lasciando l'Azienda territoriale unitaria, mentre così sembra piuttosto che si voglia separare il territorio dall'ospedale. Purtroppo questa separazione già esiste ed è uno dei maggiori ostacoli allo sviluppo di una vera assistenza territoriale e più in generale ad una moderna concezione della sanità a rete, che potrebbe produrre anche una migliore economicità.

Riguardo all'invito rivolto da Sirchia a banche e assicurazioni perché partecipino al tavolo sulla sanità, aspetto di vedere le proposte.

Non sono pregiudizialmente contrario all'intervento del privato in sanità ed anzi credo che sarebbe un buon risultato far in modo che il privato si integri nel pubblico.

L'importante è che ciò non avvenga in forma passitaria come è stato fino ad oggi, ma tenendo ben presenti le finalità pubbliche del servizio.

Giuseppe Garraffo

segretario generale nazionale Cisl medici

L'esperienza ci insegna che se si ripongono troppe speranze nel documento di programmazione economica e finanziaria si rischia di rimanere delusi. La vera battaglia a questo punto si sposta al momento dell'approvazione, in Parlamento, della legge finanziaria che, a differenza del documento di cui stiamo parlando è vincolante. Ciò non toglie che sia piuttosto deluso per il Dpef in sé, in quanto sulla sanità non dice nulla se non, un'ultima riga all'ultima pagina.

Roberto Lala

segretario nazionale Sumai

Non riesco a capire cosa sia successo: nella prima bozza si parlava di un fondo per la non autosufficienza con contributi obbligatori, di tassa di scopo, di aziende territoriali convenzionate, di tutta una serie di cose che poi con la stesura definitiva sono sparite. Credo che dal Dpef siano stati tolti i riferimenti alla sanità poiché quegli elementi non erano stati vagliati né condivisi da nessuna associazione sindacale.

È possibile che il Governo intenda fare delle modifiche necessarie, anzi indispensabili se vogliamo riportare a livelli migliori il nostro Ssn. Mi auguro però che lo strumento non sia la finanziaria perché questa non può contenere modifiche di contratti, di accordi e così via. Questi sono argomenti che devono essere legati ad altre norme legislative o rinviate alla contrattazione.

Il ministro fa continue dichiarazioni chiedendo più fondi, parla di migliorare i servizi, di utilizzare i fondi esterni assicurativi a favore dell'intramoenia o comunque dell'attività sanitaria pubblica, ecco, credo che mettere questo nel Dpef, fosse obiettivamente difficile. Queste cose devono essere discusse intorno ad un tavolo e poi tradotte concretamente in obiettivi perseguibili, altrimenti restano parti della fantasia.

Silvio Natoli

responsabile Ds sanità

Il Dpef non è uno strumento di programmazione, ma è un esercizio astratto. Il fatto che le problematiche della sanità siano sempre riportate in finanziaria è un elemento che abbiamo sempre criticato. Però, allo stesso tempo, non mettere la sanità nel Dpef non garantisce in nessun modo che al momento della finanziaria non si facciano operazioni economiche sulla sanità. Il problema, ancora una volta, è che la maggioranza nel momento in cui si divide per ritrovare l'elemento di unità è costretta a cancellare alcuni argomenti legati al welfare.

Sono state le diverse opinioni all'interno della maggioranza che hanno portato allo stralcio dei temi sanitari dal documento definitivo. La stessa cosa d'altronde è successa per le pensioni.

L'Esecutivo non riesce a trovare un minimo comune denominatore e preferisce rinviare tutto alla finanziaria. Noi invece riteniamo che discussioni sulla sanità debbano essere fatte solo attraverso leggi specifiche di settore e non provvedimenti generici.

Roberto Polillo

segretario nazionale Cgil Fp medici

Il documento è un contenitore vuoto che ci espone al rischio di dare l'avvio ad una stagione di consociativismo. Il Governo ha scelto di non decidere nulla e di rimandare ad una serie di tavoli per la definizione della politica economica, che è invece una responsabilità esclusiva dell'esecutivo. Il nostro giudizio è dunque nettamente negativo su tutto il testo.

Entrando nello specifico, ci sono delle leggerezze impressionanti. Intanto si dice che la spesa sociale in Italia è superiore di due punti alla media europea e questo non è vero, la spesa sociale rispetto alla media Ue è inferiore di almeno due o tre punti percentuali rispetto al Pil. Altro dubbio riguarda l'inflazione programmata: al 2004 viene fissata all'1,8% che è un dato assolutamente improponibile perché sarà di gran lunga superiore. Affermare questo è pericoloso perché, poi, si hanno ripercussioni sui contratti le cui risorse saranno inevitabilmente basse. In conclusione il giudizio è negativo, sia per gli aspetti generali sia per gli aspetti tecnici.

Antonio Tomassini

(Fi) presidente Commissione Igiene e sanità del Senato

La vicenda di questo Documento è l'ennesima conferma che il Dpef è un passo parlamentare inutile e che andrebbe soppresso, anche perché non se ne è mai visto uno che, al di là degli intenti, sia poi stato confermato in una Finanziaria. E questa mia convinzione è condivisa da tanti altri parlamentari ben più autorevoli di me, come ad esempio Francesco Cossiga.

Entrando nel merito del documento proposto, è chiaro che contiene solo degli orientamenti, sicuramente condivisibili ma non approfonditi in termini di obiettivi e modalità per conseguirli. Il problema centrale, individuato nel Dpef, è quello della popolazione che invecchia e la crescita di spesa che questo comporta. Su questo le opinioni di maggioranza e opposizione concordano e mi sembra che non cambi molto poi che uno voglia introdurre la tassa di scopo e l'altro le assicurazioni obbligatorie: stessa diagnosi e terapia simile. Questo Dpef, per proseguire nella metafora medica, fa una diagnosi generale, senza proporre terapie specifiche, rinviate alla finanziaria perché è necessario fare ulteriori analisi ed accertamenti.

Credo che la ragione sia che è ancora aperto il tavolo di trattativa sui farmaci con le Regioni, così come è aperto il discorso per una valutazione effettiva della spesa sanitaria regionale, indispensabile per capire chi riesce a stare nel binario stabilito e chi no.

Serafino Zucchelli

segretario nazionale Anaa

Il ministro della Salute aveva tentato di mettere qualcosa in questo Dpef: elementi che ci vedevano concordati, come le proposte per il miglioramento del Ssn e la tassa di scopo per la creazione del Fondo per la tutela dei non autosufficienti, e altri su cui eravamo in disaccordo, come l'ipotesi di un sistema assicurativo per la libera professione intramoenia. Il fatto che siano state cancellate completamente esprime il più assoluto disinteresse e lascia mano libera al ministero dell'Economia nello stabilire i livelli di finanziamento del sistema.

Lo stesso ministro Sirchia nelle prime due righe della bozza aveva detto che bisognava invertire la tendenza, esprimendo in questo modo la consapevolezza che in questi ultimi due anni c'era stata una compressione dell'investimento pubblico in sanità. Il problema è che senza un adeguato finanziamento del servizio si creano continue sollecitazioni affinché il privato sostituisca il pubblico. E d'altra parte non si è mai visto il privato, se non per piccole quote legate a donazioni e sgravi fiscali, che investa senza averne un ritorno. La sanità non è un campo in cui si possono fare affari.

Anche l'ipotesi dei tavoli tematici in vista della legge finanziaria è poco consolante, vista l'esperienza fatta sulla metodologia concertativa di questo governo. Sulla questione dello stato giuridico, ad esempio, il tavolo a tre, aperto pomposamente il giorno 7 maggio, è poi svanito nel nulla. E malgrado fosse stato garantito che si sarebbero aspettati i risultati del tavolo, sappiamo invece che sul tema c'è un ddl presentato dalla senatrice Casellati.

RAPPORTO CERP/STUDIO ATTUARIALE ORRÙ & ASSOCIATI

La previdenza dei medici dipendenti del Servizio sanitario

Premessa

Se è pur vero che uno dei principi fondamentali della medicina è “meglio prevenire che curare”, anche nell’ambito previdenziale questo assioma è senz’altro di indubbio valore. Soprattutto se poi parliamo della previdenza propria dei medici questa condizione non solo appare appropriata, ma diventa addirittura, necessaria.

A questo fine abbiamo dato mandato ad un importante centro di ricerche la valutazione della situazione previdenziale dei medici dipendenti del Servizio sanitario nazionale sia per quanto attiene il rapporto d’impiego (Inpdap, Cps), sia per quanto si riferisce all’Enpam, l’Istituto previdenziale privatizzato a cui contribuiamo sia in forma costante in relazione alla nostra iscrizione agli Albi professionali, sia in forma percentuale in relazione all’attività libero professionale, ancorché se è realizzata in intramoenia.

Abbiamo anche preso atto di uno studio attuariale predisposto dallo stesso Enpam sullo stato di salute, attuale e futuro dell’Istituto. In sintesi vi rappresentiamo queste due relazioni con le conseguenti osservazioni ed indirizzi.

Il Consiglio nazionale Anao Assomed, svoltosi a Roma il 4 luglio, ha dato mandato al Segretario Nazionale di intraprendere contatti con i due enti previdenziali Inpdap e Enpam per discutere la possibilità di dar vita ad una previdenza integrativa che si rivela assolutamente indispensabile per poter assicurare trattamenti pensionistici adeguati ai medici dipendenti di più giovane età¹.

Il Rapporto Cerp (Centro di ricerca sulle pensioni)

La situazione previdenziale dei medici risulta complessa, frammentata e caratterizzata da un forte grado di particolarismo, che si concreta in una pluralità di regimi anche collegati fra loro. Gli schemi previdenziali attualmente operanti coinvolgono differenti tipologie di medici, ciascuna con una propria specificità e autonomia.

I medici possono essere classificati in base al principale schema previdenziale obbligatorio di appartenenza in quattro gruppi:

1. i medici dipendenti del settore pubblico (Inpdap);
2. i medici dipendenti del settore privato (Inps);
3. i medici che operano in regime di convenzione con il Sistema Sanitario Nazionale (Enpam - Fondi speciali);
4. i liberi professionisti (Enpam - Fondo generale).

Per le prime tre categorie è prevista la possibilità di effettuare anche attività di libera professione all’interno della struttura in cui operano, dichiarando una quota di reddito da lavoro autonomo destinata ad alimentare il fondo della libera professione all’interno del Fondo generale dell’Enpam, denominato Quota B.

Per quanto riguarda il metodo di calcolo delle prestazioni presso la Cps:

a) per chi aveva più di 18 anni di anzianità al

31/12/1995 il calcolo dell’importo della pensione viene effettuato con il metodo retributivo: per gli anni di contribuzione antecedenti la riforma Amato (1993), la retribuzione pensionabile (w) è commisurata all’ultima retribuzione; per gli anni successivi alla riforma, invece, essa passa gradualmente dall’ultima retribuzione alla media degli ultimi 10 anni, con un incremento di uno ogni due, in progressione fino al 1/1/2013.

b) per gli assunti a partire dal 1/1/1996 il calcolo dell’importo della pensione viene effettuato con il metodo contributivo basato sugli effettivi contributi versati.

c) per coloro che hanno maturato meno di 18 anni di anzianità contributiva al 31 dicembre 1995, la pensione sarà calcolata applicando i due metodi di calcolo pro rata temporis.

L’aliquota di rendimento per la Quota A dell’Enpam è pari all’1,75%.

Per la Quota B si applica l’aliquota dell’1,75% per i redditi al di sotto dello scaglione e lo 0,07% per i redditi eccedenti lo stesso.

Cassa Pensioni Sanitari (Cps) - Inpdap

La CPS è una delle gestioni dell’Inpdap che hanno goduto e godono di una situazione finanziaria relativamente buona. Tuttavia con la introduzione del “bilancio unico” occorre guardare alla situazione finanziaria dell’Inpdap nel suo complesso e non più alla singola gestione previdenziale.

Il nuovo sistema di calcolo delle prestazioni (contributivo) spinge verso la convergenza delle aliquote effettive e di equilibrio, senza tuttavia realizzarla neppure nel 2050 a causa delle lacune ancora presenti nel nuovo metodo.

La figura 1 mostra nel medio periodo un peggioramento del disavanzo della gestione, ovvero il divario tra aliquota di rendimento e aliquota effettiva, e una

lenta convergenza intorno al 2035, ovvero con l’entrata in vigore della formula contributiva per i nuovi flussi di pensione.

Alla luce delle considerazioni di cui sopra, sarebbe perciò opportuno rendere più rapida ed equilibrata la transizione al nuovo regime, ad esempio adottando le seguenti correzioni:

- **estensione del pro rata anche per chi abbia maturato più di 18 anni di contribuzione al 31 dicembre 1995;**
- **aumento per legge dell’età pensionabile;**
- **correzione attuariale della componente retributiva della pensione.**

Considerazioni

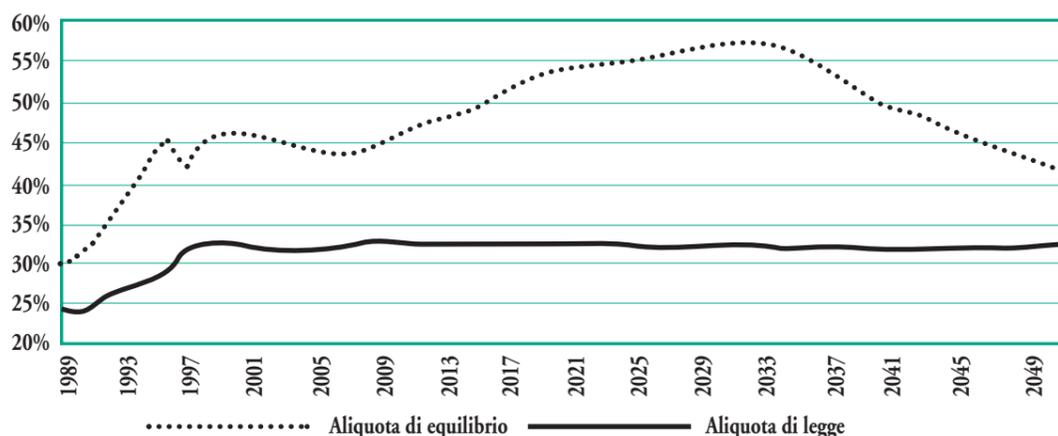
Dall’analisi prodotta mediante simulazione, utilizzando un’età di ingresso nel mondo del lavoro pari a 29 anni, ed un tasso di interesse costante del 2% ed un tasso di crescita del Pil dell’1,5 %, gli indicatori microeconomici di convenienza, mostrano inequivocabilmente come il “valore” della previdenza, per le diverse classi di età, sia destinato a diminuire in maniera sensibile nel corso dei prossimi decenni richiedendo così, risorse aggiuntive per il finanziamento di un secondo pilastro a capitalizzazione.

I fondi gestiti dall’Enpam

L’Ente nazionale di previdenza ed assistenza dei Medici è una fondazione senza scopo di lucro e con personalità giuridica di diritto privato che ha lo scopo di attuare la previdenza e l’assistenza a favore degli iscritti, nonché del loro familiari.

Per il Fondo generale (Quota A + Quota B), che all’anno base della valutazione (1997) presentava un rapporto entrate/uscite pari al 214%, indicativo della situazione di non maturità del fondo, le previsioni attuariali prevedono un progressivo peggioramento del-

Figura 1 - Aliquote Inpdap



¹ La legge n. 335/95 ha determinato tre differenti condizioni per il calcolo previdenziale: 1) per coloro che potessero far valere alla data del 31 dicembre 1995 almeno 18 anni di contribuzione, il calcolo pensionistico sarà

prodotto, quando decideranno di andare in pensione, con il sistema “retributivo”; 2) per coloro che avessero, sempre alla data del 31 dicembre 1995 meno di 18 anni di contribuzione, verrà usato un sistema cosiddetto “mi-

sto”: gli anni antecedenti il 1996 saranno calcolati con il sistema retributivo, i successivi con il sistema contributivo; 3) coloro che sono stati assunti dal 1° gennaio 1996 ricadono, interamente, nel sistema “contributivo”

la situazione finanziaria: con un decremento medio annuo del rapporto pari a circa 6,8% a partire dal 2001 e una conseguente erosione del patrimonio a partire dal 2020.

Anche la situazione del Fondo speciale degli ambulatoriali rispecchia quella del Fondo, generale. La situazione del Fondo degli specialisti e di quello dei generici nel 1997 appariva, invece, deficitaria. Le condizioni iniziali meno favorevoli in questi ultimi due Fondi speciali sono giustificate almeno in parte da situazioni negative di carattere contingente. Per questo si prevede che la dinamica del loro patrimonio, a prescindere da qualche iniziale, andamento irregolare, divenga, ove già non lo sia, definitivamente negativa in tempi più ravvicinati di quelli del Fondo generale.

Considerazioni

A prescindere dalle proiezioni tecnico attuariali è possibile indagare se il disegno previdenziale sottostante le gestioni Enpam sia sostenibile.

La misura del grado di sostenibilità che abbiamo scelto per condurre l'analisi è il rapporto tra le entrate contributive e le uscite per prestazioni previdenziali (N.B.: un valore dell'indice inferiore all'unità descrive una situazione in cui le entrate correnti non coprono le uscite correnti. Ricordiamo che un sistema a ripartizione pura, si dice sostenibile e in equilibrio quando l'indice è uguale a uno in un arco temporale indefinitamente lungo).

Il Fondo generale

I risultati della simulazione indicano che il regime dell'Enpam non è finanziariamente sostenibile nel lungo periodo.

L'indice di sostenibilità assume sempre valori inferiori all'unità e rivela l'insostenibilità del disegno previdenziale del Fondo generale dell'Enpam.

I Fondi speciali

I Fondi speciali risultano, pur con differenziazioni al loro interno, finanziariamente insostenibili nel lungo periodo.

Nello scenario base, il Fondo dei medici specialisti, risulta essere tra tutti il meno squilibrato. Per i medici generici la situazione non risulta molto diversa, mentre il Fondo dei medici ambulatoriali, che calcola il reddito pensionabile solo in base agli ultimi cinque anni di attività, si presenta come il più squilibrato.

La generosità del sistema

A regime, il tasso di rendimento che caratterizza la gestione Quota A dell'Enpam per un soggetto che inizi a lavorare all'età di 29 anni e vada in pensione a 65 anni è pari al 4,31%. Per quanto riguarda la gestione Quota B, oscilla tra il 3,98% del regime di contribuzione piena e il 3,90% del regime di contribuzione ri-

dotta. In altri termini, un pensionato del Fondo generale Quota A percepisce una pensione equivalente alla rendita attuarialmente equa cui avrebbe diritto se avesse investito i contributi ad un tasso annuo del 4,31% reale. Tassi dell'ordine del 4-4,5% reale annuo sono tassi abbastanza alti per un sistema pensionistico a ripartizione. Un sistema di questo tipo è infatti in grado di conseguire la stabilità di lungo periodo solo nel caso in cui corrisponda prestazioni commisurate al tasso di crescita del monte contributivo della popolazione assicurata. Anche se tassi dell'entità del 4-4,5% reale si sono verificati talvolta in passato, essi sono difficilmente sostenibili nel lungo periodo; basti pensare che il tasso di crescita della massa contributiva previsto dalla riforma Dini è attualmente dell'1,5%.

Studio attuariale Orrù & Associati

Fondo di previdenza generale

Al 31 dicembre 2000 gli attivi iscritti al fondo sono 307.962 di cui 207.203 contribuiscono solamente alla Quota A e 100.759 contribuiscono sia alla Quota A sia alla Quota B (32,7%).

L'età media di tutti gli attivi è pari a 44,3 anni, mentre l'anzianità media di contribuzione è di 16,3 anni per la Quota A, e di 2 anni per la Quota B. I pensionati della Quota A sono 68.000

Dai risultati della valutazione emerge quanto segue:

- La situazione tecnico-finanziaria delle due gestioni del Fondo non evidenzia problemi di instabilità nell'immediato futuro; il patrimonio della Quota A è infatti in aumento per 16 anni e quello della Quota B per 18 anni;
- Negli anni successivi di valutazione le proiezioni mostrano, per entrambe le gestioni, un andamento decrescente dei patrimoni, più accentuato per la Quota A (il cui patrimonio si annulla alla fine del 2025), meno per la Quota B (il cui patrimonio si annulla alla fine del 2030); nel lungo periodo, quindi, si evidenzia una situazione di squilibrio del Fondo.

(vedi tabelle 1 e 2)

Si osserva che il patrimonio del Fondo per la gestione Quota A si incrementa fino al 2016; fino a tale anno, infatti, il saldo tra le entrate (compresi i redditi patrimoniali netti) e le uscite annuali risulta sempre positivo, per poi decrescere fino ad annullarsi nel 2025, in corrispondenza dell'annullarsi del patrimonio.

Il patrimonio della Quota B del Fondo risulta invece crescente fino al 2018, ma negli anni seguenti subisce una contrazione. Pertanto, guardando ad un orizzonte più ampio, è opportuno studiare per tempo i necessari provvedimenti che assicurino indefinitamente la stabilità della gestione; tali provvedimenti potrebbero riguardare, ad esempio, l'aumento dell'età massi-

ma pensionabile, l'aumento dell'aliquota contributiva per la Quota B e il conseguente aumento dei premi minimi della Quota A o la riduzione del compenso teorico relativo ai premi minimi.

L'introduzione di correttivi al vigente sistema di raccolta dei mezzi finanziari e di determinazione delle prestazioni è assolutamente indispensabile se si vuol garantire in futuro il pagamento delle pensioni.

Fondo di previdenza Medici di medicina generale, pediatri e guardia medica

Al 31 dicembre 2000 gli iscritti al Fondo sono 169.773 ed i pensionati 20.600. Il contributo medio annuo non supera gli 8.500 euro.

Dei 169.773 iscritti oltre 73.000 non contribuiscono da più di 5 anni. Dai dati della valutazione emerge quanto segue:

- la situazione tecnico-finanziaria del Fondo non evidenzia problemi di instabilità nell'immediato futuro: il patrimonio è infatti in aumento per 14 anni;
- negli anni successivi al 2014 le proiezioni mostrano una repentina diminuzione del patrimonio che in soli 7 anni si annulla; nel lungo periodo, quindi, si evidenzia una situazione di squilibrio del Fondo.

(vedi tabella 3)

Si osserva che il patrimonio del Fondo si incrementa fino al 2014; fino a tale anno, infatti, il saldo tra le entrate (compresi i redditi patrimoniali netti) e le uscite annuali risulta sempre positivo, e decresce successivamente fino ad annullarsi dal 2021 in poi.

Negli anni successivi al 2014 le proiezioni mostrano peraltro una repentina diminuzione del patrimonio che in soli 7 anni si annulla. Nel lungo periodo, quindi, si evidenzia una situazione di squilibrio del Fondo.

È opportuno pertanto studiare per tempo i necessari provvedimenti che potrebbero riguardare, ad esempio, l'aumento dell'aliquota contributiva, la rivalutazione dei compensi ai fini della retribuzione media annua base per il calcolo della pensione, l'aumento di 1 o di 2 anni del requisito minimo di età per la pensione ordinaria di vecchiaia. È necessario, inoltre, in relazione all'aumento dell'aspettativa di vita, aggiornare i coefficienti di aumento o riduzione della pensione annua diretta spettante a 65 anni e i coefficienti di conversione di quota della pensione in indennità in capitale. L'introduzione di correttivi al vigente sistema di raccolta dei mezzi finanziari e di determinazione delle prestazioni è assolutamente indispensabile se si vuol garantire in futuro il pagamento delle pensioni.

D'altra parte l'attuale tasso di sostituzione (tasso di sostituzione=rapporto fra pensione e ultimo stipendio) di redditi professionali netti raggiunge livelli del tutto inconsueti nel mondo professionale e in tutto il settore di attività privata, sia autonoma sia dipendente, com-

Tabelle 1 e 2

I bilanci dell'Enpam diventano negativi:

BILANCIO PREVISIVO 31/12/2000 – QUOTA A (importi in migliaia di Euro)

ANNO	PATRIMONIO INIZIO ANNO		ENTRATE		USCITE			REDDITI PATR. NETTI		PATRIMONIO FINE ANNO	
	Contribu.	Ricong.	Totale entrate	Pensioni	Rest contr.	Assist.	Spese	Totale uscite			
2017	2.667.608	382.814	897	383.711	382.366	493	2.957	24.520	410.336	20.967	2.661.950
2025	486.597	345.747	867	346.614	943.942	913	3.465	28.729	977.049	3.825	-140.013

BILANCIO PREVISIVO 31/12/2000 – QUOTA B (importi in migliaia di Euro)

ANNO	PATRIMONIO INIZIO ANNO		ENTRATE		USCITE			REDDITI PATR. NETTI		PATRIMONIO FINE ANNO	
	Contribu.	Ricong.	Totale entrate	Pensioni	Rest contr.	Assist.	Spese	Totale uscite			
2019	3.543.880	175.882	1.167	1.753	178.802	195.648	64	10.392	206.104	25.870	3.542.448
2030	362.881	63.762	2.698	2.179	68.639	696.628	121	12.921	709.670	2.649	-275.501

SEGUE - RAPPORTO CERP/STUDIO ATTUARIALE ORRÙ & ASSOCIATI

La previdenza dei medici dipendenti del Servizio sanitario

presi tra il 70% e l'80% per un futuro assicurando e tra l'80% ed il 95% per l'assicurato medio attuale.

Fondo di previdenza dei medici ed odontoiatri specialisti ambulatoriali

Dai risultati della valutazione risulta che:

- la situazione tecnico-finanziaria del Fondo non evidenzia problemi di instabilità nell'immediato futuro;
- negli anni successivi al 2019 le proiezioni mostrano una repentina diminuzione del patrimonio; nel lungo periodo, quindi, si evidenzia una situazione di squilibrio del Fondo.

Pertanto sarà opportuno studiare per tempo i necessari provvedimenti. È necessario in relazione all'aumento dell'aspettativa di vita, aggiornare i coefficienti di aumento o riduzione della pensione annua diretta spettante a 65 anni e i coefficienti di conversione di quota della pensione in indennità in capitale.

L'introduzione di correttivi al vigente sistema di raccolta dei mezzi finanziari e di determinazione delle prestazioni è assolutamente indispensabile se si vuol garantire in futuro il pagamento delle pensioni.

Fondo di previdenza Medici specialisti esterni (in convenzione)

Dai risultati della valutazione emerge che la situazione tecnico-finanziaria del Fondo, peraltro influenzata anche da fattori esterni alla gestione, evidenzia notevoli problemi di instabilità, che va accentuandosi nel tempo. Nelle valutazioni infatti si osserva che gli accantonamenti del Fondo assumono un andamento decrescente e si annullano entro i prossimi nove anni.

Conclusioni del Rapporto Cerp

Linee di riforma per un disegno previdenziale coerente e sostenibile

I risultati dell'analisi. L'analisi svolta ha consentito di fotografare e proiettare la situazione previdenziale dei medici - con particolare attenzione alla sottocategoria dei medici ospedalieri - così nel breve come nel lungo periodo. Per quest'ultimo, si è fatto riferimento a uno scenario di stazionarietà demografica ed economica, che appare l'unico in grado di verificare la sostenibilità intrinseca delle regole, indipendentemente da circostanze favorevoli o avverse di breve/medio periodo. Il disegno previdenziale della categoria si è rivelato complesso e frammentato, caratterizzato da un eccesso di particolarismo, da possibili duplicazioni di contribuzione, da tassi impliciti di rendimento fortemente differenziati per gestione e da una insufficiente diversificazione della ricchezza previdenziale.

Per quanto concerne, più nello specifico, la situazione dei medici ospedalieri essa è riassumibile nei seguenti termini:

- doppia posizione previdenziale obbligatoria, presso l'Inpdap e presso l'Enpam (Quota A) oppure triplice posizione, nel caso in cui vi sia anche esercizio di

libera professione, in conseguenza dell'obbligatorietà di contribuzione alla Quota B;

- doppia imposizione sulla stessa base imponibile, proporzionale al reddito nel caso
- dell'Inpdap e invece fissa nel caso dell'Enpam;
- natura squisitamente complementare della pensione Enpam rispetto a quella Inpdap, nettamente dominante sulla prima in termini di contribuzioni e di benefici.

La situazione dei due enti di previdenza è invece così caratterizzabile:

- la Cassa Pensioni Sanitari presso l'Inpdap è attualmente in attivo grazie a una popolazione assicurata relativamente giovane, ma senza la possibilità di accumulare riserve a seguito del suo inglobamento nell'Inpdap e dell'introduzione del bilancio unico. L'adozione della formula contributiva entro il sistema pubblico a ripartizione, eventualmente con un'accelerazione della transizione e l'introduzione di alcuni accorgimenti atti a rafforzarne l'equità attuariale, appare sostanzialmente in grado di portare il regime verso l'equilibrio finanziario di lungo periodo;

- l'Enpam, ancorché privatizzato nel 1994, segue regole di tipo pubblico scarsamente compatibili con la stabilità finanziaria: in particolare, il finanziamento a ripartizione e formule retributive di calcolo delle prestazioni.

Da un'analisi comparata con i dati della gestione CPS dell'Inpdap emerge immediatamente la consistente differenza nei tassi interni di rendimento che contraddistingue i due enti sia nella transizione sia a regime. I rendimenti garantiti dal Fondo generale dell'Enpam, tranne alcune eccezioni, sono compresi tra il 3,5% e il 4,5%, mentre quelli garantiti dall'Inpdap erano inizialmente poco inferiori al 3% e sono destinati a convergere verso l'1,5%.

La differenza dei rendimenti è speculare all'andamento dei due enti. Mentre l'Inpdap per l'effetto dell'adozione delle nuove regole contributive muove, sia pure in modo estremamente lento, verso un equilibrio finanziario, l'Enpam con le regole presenti muove verso un maggior squilibrio.

È opinione degli estensori di questo rapporto, peraltro suffragata anche da studi a livello internazionale che la migliore configurazione di un sistema previdenziale contempli la compresenza, entro un sistema misto, di una componente a ripartizione e di una componente a capitalizzazione. Secondo le impostazioni più recenti, quest'ultima può ulteriormente scomporsi in una forma previdenziale di tipo collettivo e occupazionale (fondo pensione di categoria) e in una forma individuale (forme individuali previdenziali o FIP, secondo la terminologia corrente), più ritagliabile sulle capacità di risparmio e sulle esigenze e preferenze personali dei singoli.

Il sistema previdenziale dei medici non rispecchia né oggi, né in prospettiva, questa impostazione. Il sistema pubblico assorbe ancora una frazione molto elevata di risparmio (32,25% della retribuzione lorda) per

consentire il finanziamento di un significativo pilastro a capitalizzazione. Quest'ultimo, a sua volta, dovrebbe giovare dell'utilizzo del TFR, il quale però, nel caso dei dipendenti pubblici, e quindi anche dei medici ospedalieri, è gestito secondo il meccanismo della ripartizione ed è pertanto condizionato dalla scarsa disponibilità dello Stato a versare effettivamente tale quota a un fondo pensione. C'è il rischio, pertanto, che dopo la capitalizzazione "virtuale" del sistema pubblico introdotto dalla riforma Dini, per i dipendenti pubblici si creino fondi pensioni anch'essi virtuali.

A sua volta l'Enpam, pur dotato di riserve, non può configurarsi come un sistema a capitalizzazione, e dunque riproduce largamente, nel bene e nel male, vantaggi e svantaggi della ripartizione pubblica *pre* riforma, senza peraltro avere la gestione diretta da parte dello Stato, e quindi l'implicita garanzia offerta dalla capacità impositiva del legislatore; per di più, come si è visto, è destinato a muovere verso rilevanti deficit.

La trasformazione dell'Enpam nel senso di una maggiore sostenibilità e di una più forte capitalizzazione, non costituisce oggetto di analisi del presente rapporto. È da richiamare l'importanza che una riflessione in tal senso venga effettuata quanto prima dagli organi competenti, a evitare che i problemi si aggravino, rendendo necessarie in futuro scelte ben più dolorose di quelle oggi possibili (oppure il trasferimento allo Stato di oneri non più sostenibili dall'ente).

Al Cerp sembra di potere indicare nella doppia strada del parziale *opting out*^(*) dal sistema pubblico (Inpdap) e della trasformazione graduale dell'Enpam in un vero fondo pensione la proposta di riforma più coraggiosa, radicale e innovativa.

Una seconda, più blanda proposta consiste invece nel limitarsi a riformare l'Enpam per aumentarne la stabilità, lasciando sostanzialmente inalterata l'attuale composizione del portafoglio previdenziale degli iscritti, totalmente sbilanciato verso la ripartizione, ma almeno adottando criteri più rispondenti al principio contributivo, e pertanto più rispettosi dell'equità attuariale e della sostenibilità finanziaria di lungo periodo. Il percorso minimo di riforma (almeno con riferimento alle diverse gestioni che costituiscono l'Enpam) appare l'adozione del criterio della uniformazione delle regole a quelle che caratterizzano il fondo più severo (quello che ha il più elevato indice di sostenibilità), nella fattispecie il fondo speciale per gli specialisti. Le riforme richiedono sempre visioni lungimiranti; quelle previdenziali in modo particolare. Mentre si può condividere il "senso di sottrazione" che la confluenza della Cassa CPS, con i suoi avanzi, nell'Inpdap ha provocato nella categoria dei medici, non si può non terminare questa considerazione ricordando, da un lato, come il sistema pubblico a ripartizione "cementi" generazioni e categorie professionali in un unico contratto; dall'altro come ciascuna categoria e ciascun soggetto debbano costruire la componente integrativa su solide fondamenta.

(*) destinazione di una frazione dell'aliquota oggi versata dall'Inpdap alla previdenza integrativa con corrispondente riduzione della previdenza pubblica

Tabella 3

Fondo Medici di Medicina Generale BILANCIO PREVISIVO 31/12/2000 (importi in migliaia di Euro) quando diventa negativo

ANNO	PATRIMONIO		ENTRATE			USCITE			REDDITI PATR. NETTI	PATRIMONIO FINE ANNO		
	INIZIO ANNO	Contribu.	Ricong.	Totale	Pensioni entrate	Ass.	Trasfer. malat.	Capital e rest.			Spese Amm.	Totale uscite
2015	2.263.889	646.898	11.137	658.035	644.643	8.520	2.859	40.206	7.359	703.587	28.004	2.246.341
2021	284.903	508.967	12.542	521.509	1.324.848	9.595	19.114	132.241	8.287	1.494.085	3.524	-684.149

Mansioni superiori "di fatto": la prescrizione dei crediti retributivi

Nell'ambito del rapporto di lavoro del dirigente medico è piuttosto frequente la maturazione del diritto a percepire crediti retributivi spettanti in virtù dello svolgimento di fatto di mansioni superiori a quelle dedotte in contratto. L'esistenza di tale diritto in capo al dirigente medico, anche in assenza di un atto di formale assegnazione a mansioni superiori emanato dall'azienda sanitaria, sembra confermato oltre che dalle norme in vigore, anche da un attuale orientamento della giurisprudenza del Consiglio di Stato. Recenti sentenze di tale organo, infatti, hanno riconosciuto il diritto del dipendente pubblico, chiamato a svolgere mansioni superiori, di percepire i maggiori emolumenti connessi alle stesse, in virtù di una diretta applicazione dell'art. 36 Cost. (cioè per il principio costituzionale di proporzionalità della retribuzione alla quantità e qualità del lavoro prestato) e dell'art. 2126 c.c. (che disciplina gli effetti dell'esecuzione di prestazioni di fatto in caso di nullità del rapporto di lavoro).

Una volta maturato, in capo al dirigente medico, il diritto a ottenere le differenze retributive per lo svolgimento di fatto di mansioni superiori, la sua azionabilità in giudizio è sottoposta alle regole sulla prescrizione estintiva dei crediti retributivi. A tal proposito, tutti i crediti di natura retributiva ed aventi carattere periodico sono assoggettati, secondo l'opinione ormai consolidata, alla prescrizione estintiva quinquennale prevista dall'art. 2948, n. 4, c.c. riguardante, in genere, tutto ciò che deve essere pagato con periodicità annuale o infra annuale (retribuzione mensile, quindicinale, settimanale, mensilità aggiuntiva, premi di rendimento). Diversa da questa è la prescrizione estintiva ordinaria decennale di cui all'art. 2946 c.c., che assume un rilievo del tutto residuale trovando applicazione soltanto nei confronti di taluni diritti del prestatore diversi da quelli richiamati (ad esempio il diritto alla qualifica o il diritto al risarcimento del danno contrattuale).

In particolare la prescrizione comincia a decorrere dal giorno in cui il diritto può essere fatto valere (art. 2935 c.c.), sicché i diritti del lavoratore che maturano durante il rapporto possono essere perduti a causa dell'inerzia mantenuta dal loro titolare nel periodo di successiva prosecuzione del rapporto stesso. Infatti l'esistenza di un rapporto di lavoro tra il lavoratore creditore ed il datore di lavoro debitore non è compresa tra le cause di sospensione della prescrizione per rapporto tra le parti (art. 2941 c.c.) o per la condizione del titolare (art. 2942 c.c.).

Tale considerazione porterebbe ad escludere la possibilità per il dirigente medico di agire in giudizio, una volta trascorsi più di cinque anni dal momento in cui il diritto alle differenze retributive poteva essere fatto valere, senonché sul tema in questione, e solo per quel che riguarda la retribuzione, è intervenuta nel 1966 la Corte Costituzionale, la

quale con una fondamentale sentenza ha ritenuto in contrasto con il principio dell'art. 36, c. 1, Cost. (diritto ad una retribuzione proporzionata e sufficiente), la circostanza che il lavoratore perda tale diritto per essere rimasto inerte in costanza di rapporto, considerando tale inerzia indetta dal timore reventuale nei confronti del datore.

La Corte ha stabilito, in sostanza, il principio per cui la prescrizione di crediti retributivi del lavoratore comincia a decorrere non dal momento di maturazione del credito ma solo dalla cessazione del rapporto, allorché il lavoratore è libero di azionare le proprie pretese senza le remore derivanti dallo stato di soggezione psicologica che durante il rapporto può indurlo ad evitare una esplicita rivendicazione di diritti non soddisfatti.

Successivamente la Corte Costituzionale è intervenuta nuovamente sul tema per temperare gli effetti della declaratoria di incostituzionalità del 1966, stabilendo che: a) tale decisione vale solo per i crediti di natura retributiva; b) la regola del decorso della prescrizione a partire dalla cessazione del rapporto si applica solo a quei rapporti che, a prescindere dalla natura pubblica o privata del datore di lavoro, siano carenti del requisito di "stabilità" del posto di lavoro.

Per stabilità del rapporto deve intendersi quella di tipo "reale", cioè quella che riconosce al lavoratore in caso di illegittimo licenziamento l'eliminazione degli effetti dello stesso attraverso l'effettiva reintegrazione del lavoratore nel posto di lavoro e la conservazione a tutti gli effetti del rapporto stesso. La prescrizione dei crediti retributivi, quindi, comincia a decorrere dalla cessazione del rapporto solo nel caso in cui lo stesso non sia sorretto da stabilità reale derivante o dall'applicazione di legge (art. 18 Stat. Lav) o da disposizioni del contratto collettivo.

Questi ultimi due profili vanno entrambi analizzati con riferimento al rapporto di lavoro del dirigente medico.

Per quanto riguarda la disciplina legislativa, va premesso che, prima dell'entrata in vigore dell'art. 15 D.Lgs. 30 dicembre 1992, n. 502 così come modificato da successive disposizioni, che ha istituito la dirigenza del ruolo sanitario articolata in due livelli, il medico era parificato ad un pubblico dipendente privo di funzioni dirigenziali. Da ciò scaturiva l'applicazione diretta, per tutti i lavoratori del settore pubblico, fra i quali i medici, dell'art. 18 dello Statuto dei lavoratori, a prescindere da qualsiasi limite dimensionale (stabilità reale del posto di lavoro).

Il successivo riconoscimento al medico della qualifica dirigenziale, insieme alla c.d. privatizzazione dei rapporti di pubblico impiego, tra i quali rientra anche il rapporto di lavoro dei medici-dirigenti, ha radicalmente modificato la tutela normativa preesistente. I rapporti in questione, infatti, salvo i limiti stabiliti dal legge, sono ora disciplinati dal Codice civile e dalle leggi speciali sul lavoro subordinato nell'impresa.

Tra le leggi speciali vi è anche la L. 15 luglio 1966, n. 604 (norme sui licenziamenti individuali) la quale all'art. 10 esclude la tutela legale della stabilità del posto di lavoro per i lavoratori che, ai sensi dell'art. 2095 c.c., appartengono alla categoria dei dirigenti.

In virtù del descritto quadro legale si può affermare che ai dirigenti in genere, compresi i dirigenti delle amministrazioni pubbliche, trova applicazione l'istituto del recesso (licenziamento) libero o ad nutum e cioè non vincolato dall'obbligo della giustificazione (giustificato motivo ai sensi dell'art. 3 l. n. 604/66 o giusta causa ai sensi dell'art. 2119 c.c.).

Da ciò deriva che per il dirigente medico, a partire dal 1993, anno in cui è entrata in vigore la c.d. privatizzazione del pubblico impiego, non esiste una tutela legale di tipo reale che garantisca a tutti gli effetti la conservazione del rapporto di lavoro. Il recesso del dirigente è quindi tuttora regolato a norma dell'art. 2118 del c.c. che prevede il c.d. licenziamento libero o ad nutum.

Sebbene, quindi, dal 1993 in poi, non vi sia alcuna disposizione di legge che garantisca al dirigente medico la tutela della stabilità del rapporto, resta da verificare l'esistenza di una tutela reale contrattuale in sostituzione di quella legale.

A tal proposito la disciplina contrattuale del dirigente medico non contiene un preciso obbligo di reintegro a carico dell'Azienda in caso di recesso ingiustificato, prevedendo tutt'al più una procedura di conciliazione e arbitrato attraverso la quale il dirigente può impugnare il licenziamento che ritenga ingiustificato e richiederne la motivazione. Su tale motivazione è chiamato a pronunciarsi il collegio, previsto dallo stesso contratto collettivo, il quale, una volta esperito senza esito il tentativo di conciliazione, è chiamato a pronunciare un lodo sul licenziamento: nel caso che questo venga riconosciuto ingiustificato spetta al dirigente una indennità supplementare (e cioè aggiuntiva all'indennità di preavviso) che equivale al preavviso maturato più un certo numero di mensilità variabili da un minimo di due ad un massimo di ventidue (vedi art. 37 Ccnl 5.12.1996). Non viene presa in considerazione la possibilità che il collegio stesso ordini all'Azienda il reintegro del dirigente nel posto di lavoro ricoperto in precedenza.

Pertanto i crediti retributivi maturati dal dirigente medico a seguito di adibizione a mansioni superiori, sorti prima del 1993, anno a partire dal quale non è più esistente un regime di tutela reale, e non ancora azionati in giudizio si prescrivono nell'ordinario termine di 5 anni. Dal 1993 in poi, invece, per qualsiasi credito di natura retributiva non ancora prescritto può essere avviata, in qualsiasi momento, una procedura giudiziale per il suo accertamento e contestuale recupero.

Vincenzo Bottino

Anaa Cref - Servizio Tutela Lavoro

UNA RIFLESSIONE SUI NODI DEL SISTEMA SANITARIO IN CAMPANIA

Per un risanamento autonomo e responsabile

Le risorse

La questione delle risorse e dell'uso razionale delle stesse rappresenta un elemento centrale per modulare la rotta nella gestione della sanità Campana, (disavanzo formale per la spesa sanitaria 2.200 miliardi di vecchie lire, disavanzo reale 1.200 miliardi di vecchie lire).

La Legge Delega 133/99 ed il successivo decreto attuativo 56/2000 su "federalismo fiscale" definiscono tra l'altro tre questioni:

1. diverse modalità di finanziamento della Sanità Regionale annullando il trasferimento dallo Stato Centrale, salvo diversi profili di responsabilità da parte dello stesso incrementando le risorse proprie regionali e restando invariati i contributi del cittadino utente per le prestazioni;
2. la tendenziale cessazione del ripiano dei debiti da parte dello Stato Centrale a partire dal 2004;
3. la possibilità per lo Stato entro il 2003 di trasferire risorse per i debiti pregressi legati al precedente meccanismo di finanziamento.

Su questa base e sulla quantificazione del contributo statale per i Lea è in corso un contenzioso istituzionale tra Regione e Stato centrale parzialmente risolto dall'intesa dell'8 agosto 2001.

Infatti, pur in presenza di questo accordo cresce la conflittualità istituzionale tra Stato Centrale e Regioni sia governate dall'Ulivo che dalla Casa delle Libertà. È possibile sanare questo conflitto istituzionale che rischia di diventare permanente individuando da parte delle Regioni una strada maestra per la gestione della Sanità Regionale?

A mio giudizio, e non solo a mio giudizio come dirò poi, questa strada esiste ed è caratterizzata dai seguenti punti:

1. autonomia regionale nel reperire le risorse;
2. portare a compimento il processo di responsabilità delle Regioni nella gestione delle risorse, processo rimasto in gran parte incompiuto;
3. scelte di politica sanitaria conseguenti.

Autonomia e responsabilità

Per esaltare il concetto di un federalismo solidale, "autonomia finanziaria" significa capacità di reperire risorse autoctone; responsabilità significa, particolarmente in tema di spesa sanitaria, superare la ciclica stagione del ripiano dei debiti regionali da parte dello Stato centrale, ridurre gli sprechi, razionalizzare la spesa e soprattutto annullare la rete di protezionismo, lobbismo e privilegi che hanno visto da cinquant'anni un sinergismo di interessi tra classe politica locale, categorie ed imprenditoria, sinergismo talora esitante nel clientelismo e nella corruzione.

Responsabilità in altri termini significa vincere la sfida per il federalismo solida-

le superando contrapposizioni tra Regioni e Governo effettuando scelte nette e chiare, non mediabili, impopolari forse nell'immediato, certamente non antipopolari foriere nell'arco di qualche anno di indubbi miglioramento dell'assistenza sanitaria.

Le scelte

1. Accreditalimento
2. Controlli sulla spesa e sulle qualità delle prestazioni
3. Tickets sui farmaci e sulle prestazioni specialistiche e su quelle ospedaliere non seguite da ricovero
4. Sperimentazione di nuovi modelli organizzativi tra medicina di base, specialistica, ambulatoriale ed ospedaliera finalizzati al risparmio ed alla qualificazione della spesa (come già avvenuto in Asl Na 3 e l'Ospedale Incurabili)
5. Deospedalizzazione attraverso l'individuazione di nuovi modelli quali la di missione precoce protetta e l'assistenza domiciliare utilizzando sul territorio il personale ospedaliero
6. Ospedale del Mare: un esempio di buona gestione sanitaria potrebbe essere rappresentato dall'apertura dell'Ospedale del Mare nell'Area Est di Napoli, trasferimento a detto Presidio le funzioni di Ascalesi, SS. Annunziata e Loreto Mare residuando un Presidio di P.S. presso l'Ospedale Ascalesi e vendendo ai privati gli immobili dismessi, al fine anche di incrementare la redditività alberghiera (Loreto Mare) oppure destinando a funzioni culturali o a residenze per anziani i plessi della SS. Annunziata ed Ascalesi
7. Piano Ospedaliero: il Piano Ospedaliero non può essere un Piano Ospedaliero frutto di bagarre partitiche e frutto di interessi particolari. Esso deve essere impostato - e ci sembra che l'assessorato marci in questa direzione - sui criteri obiettivi quali:
 - a) definizione dei fabbisogni;
 - b) concetto di rete;
 - c) presa d'atto dell'esistente;
 - d) analisi della mobilità attiva e passiva;
 - e) riconversione degli ospedali.
8. Convenzione Regione-Università: è un atto dovuto, varato dalla Giunta Regionale il 30/12/2002 accolto dal silenzio assordante dell'opposizione regionale (un vero investimento questa opposizione per la maggioranza di Governo!) e dei sindacati medici e non, con la sola eccezione di una ferma presa di posizione del Segretario Regionale dell'Anaa in un articolo apparso sulla stampa cittadina alcuni mesi fa, che va rivisitato alla luce dei seguenti concetti:
 - a) definizione delle linee di accreditamento regionale;
 - b) fabbisogno posti letto regionali:

l'entità dei posti letto da convenzionare va commisurata ai reali fabbisogni indicati dal Piano rivedendo quindi la clausola per cui in Corso d'opera è possibile che l'Università possa istituire unilateralmente nuove strutture;

c) contestualità tra il Piano Ospedaliero e le Convenzioni con la Federico II e SUN;

d) perché i Policlinici, anche nel rispetto della volontà dei cittadini, non aprono il P.S., atteso che il concetto di emergenza di secondo livello rende sostanzialmente impossibile l'accesso del cittadino ai Policlinici gravando sulla rete ospedaliera dell'emergenza? (è vero che i tabulati con le disponibilità di posti letto al II Policlinico sono fermi per le discipline di Medicina e Chirurgia all'ottobre 2001?).

Si tratta di scelte difficili in una Regione in cui sono presenti emergenza quotidiana ed interessi spesso tra loro antitetici, ma a mio giudizio queste scelte sono inevitabili per destinare le risorse così recuperate all'emergenza, alle specialità delle Aziende Ospedaliere a partire dal Cardarelli, alla prevenzione, alla Rete Oncologica, alla Rete Pediatrica ed agli altri obiettivi indicati dal Piano Ospedaliero.

Le non scelte e l'immiserimento del conflitto istituzionale con lo Stato centrale possono forse arrecare vantaggi elettorali, ma all'indomani della tornata elettorale i problemi rimarranno tutti sul tappeto intravedendosi non solo il degrado della medicina pubblica, ma anche il degrado delle professionalità che in esse sono presenti allontanando la Sanità Regionale da livelli di competitività che le Regioni del Sud non possono permettersi.

La Toscana ha scelto, l'Emilia ha scelto, la Puglia sta scegliendo, perché la Campania non può scegliere?

Una breve riflessione su due temi che vengono agitati nelle "nebbie della sanità": l'I.P.C. ed il Polo oncologico di Nola.

Ipc: un'idea interessante caduta nel provincialismo

È certamente interessante l'idea di una collaborazione integrata nell'ambito della Pediatria Regionale, ma essa è stata posta nel modo sbagliato. Non è possibile che tale collaborazione si limiti all'Università e all'A.O.R.N. Santobono/Pausilipon; non è condivisibile che il capo dipartimento debba assolutamente avere esperienza di didattica e ricerca; non è condivisibile individuare superspecialità pediatriche da affidare esclusivamente a personale della Federico II contro ogni logica quantomeno di mercato. Può essere invece utile esaltare la collaborazione all'interno della rete pediatrica regionale (Rpr): Policlinici, A.O.R.N. Santobono/Pausilipon, Ospedale SS. Annun-

ziata, Strutture Pediatriche ospedaliere e territoriali, individuare criteri oggettivi e non predeterminati per la scelta di capodipartimento, reperire i Responsabili delle strutture destinate a superspecialità pediatriche secondo i criteri previsti dalle leggi vigenti (229/99). Ritengo che la riproposizione dello schema presentato nell'estate 2001 potrebbe solo portare ad un altro clamoroso insuccesso dei proponenti!

Polo Oncologico di Nola: un'utopia

È velleitario ritenere che le risorse erogate dalla Regione Campania ad altre Regioni per i rimborsi relativi alla mobilità passiva dei pazienti oncologici possano essere destinate alla costruzione di un nuovo Polo oncologico per i seguenti motivi:

- a) il diritto alla libera scelta del medico da parte del paziente condurrà, per molto tempo lo stesso al di fuori della Regione Campania;
- b) sono sostenibili allo stato le spese in conto capitale prevedibili per detta struttura?

Ci sembra invece razionale riorganizzare la rete oncologica regionale (Ror) a partire dal Pascale, ed in questo senso la recente Convenzione firmata dall'Assessore Tufano e l'accelerazione per l'apertura del Polo Oncologico di Mercogliano ci sembrano i segnali giusti.

Clinical Governance

Infine qualche parola sulla clinical governance, ossia il ruolo dei medici nella gestione della Sanità.

La giusta aspirazione dei medici al governo clinico della Sanità potrà realizzarsi solo superando i concetti di appiattimento, egualitarismo, deresponsabilizzazione, assenza di verifiche e controlli e cristallizzazione nella funzione. Anche il medico pubblico nella società globalizzata deve essere pronto ad affrontare il mercato preparandosi adeguatamente in senso dottrinario alla managerialità, alla competitività, all'autonomia professionale non disgiunta da responsabilità, verifica e controllo del proprio operato, alla flessibilità ed alla possibile revoca della funzione svolta, pur conservando il posto di lavoro.

In altre parole i medici dovranno accettare fino in fondo il valore della meritocrazia prendendo coscienza che nella medicina di oggi gli operatori non sono tutti uguali, ma quasi uguali e tocca ai Sindacati medici, a mio giudizio, battersi per questi principi adoperandosi anche per una diversa etica sociale del lavoro ed in questa cornice il Dipartimento Gestionale può e deve rappresentare il sito ideale in cui affermare i principi sopra esposti.

Franco Verde

Coordinatore interaziendale
Provinciale di Napoli
Anaa Assomed

USA

Frode farmaceutica ai danni di medicaid

Il colosso farmaceutico tedesco Bayer sta per essere giudicato colpevole in sede penale per aver fatto pagare prezzi troppo alti a Medicaid, il piano di copertura sanitaria americano per i pazienti ultrassessantacinquenni, e per questo dovrà sborsare 236 milioni di euro tra ammenda e danni civili. Si tratterebbe secondo l'accusa della più grande frode nella storia di Medicaid.

Anche la britannica Glaxo-SmithKline è accusata di aver fatto altrettanto e per transare dovrà pagare 87,6 milioni di sterline. L'imputazione per le due aziende è di aver violato le regole che impongono alle compagnie che partecipano a Medicaid di vendere i loro farmaci al prezzo più basso possibile.

Ecco la storia. Nel 1995 Kaiser Permanente (la più grande organizzazione non profit statunitense nel campo dell'assistenza sanitaria, che fornisce una gamma di servizi equivalenti a quelli del Ssn, aveva minacciato di non comprare più l'antibiotico Bayer ciprofloxacina (etichettato come Cipro) dopo che la Johnson and Johnson le aveva offerto come alternativa ofloxacina (Floxin) a un prezzo più basso. E Bayer per non perdere l'affare praticò un fortissimo sconto sul farmaco. Ma il prezzo così ribassato era inferiore a quello pagato da Medicaid per lo stesso farmaco, e Bayer, che avrebbe dovuto rimborsare a Medicaid ben 10 milioni di dollari, decise di aggirare l'ostacolo contrassegnando i farmaci venduti a Kaiser Permanente con il numero di codice prodotto utilizzato da Kaiser anziché il proprio. Anche Glaxo avrebbe "rietichettato" farmaci venduti a Kaiser, specificamente paroxetina (Paxil) e lo spray antiallergico fluticasone (Flonase). Mentre per la Bayer in base all'Us Food, Drug and Cosmetic Act le imputazioni sono penali, per la Glaxo SmithKline ci sarà una transazione stragiudiziale.

UE

Forse 1 miliardo di dollari al Global Fund

Nel corso della cerimonia di chiusura della conferenza dell'International Aids Society Romano Prodi, presidente della Commissione Europea, ha promesso 460 milioni di euro da parte dell'Unione Europea a favore del Global Fund per la lotta ad Aids, tubercolosi e malaria. "Una cifra ben lontana dal miliardo di euro, che rimane ancora il nostro obiettivo" ha detto Prodi, aggiungendo che l'Europa è il primo contribuente del Fondo Globale.

Il Global Fund, organismo indipendente voluto dall'Onu, ha lo scopo di sostenere gli interventi a livello Paese contro queste malattie. Dalla sua creazione, nel giugno 2002, ha ricevuto circa 4,6 miliardi di dollari sotto forma di impegni e 1,4 miliardi di dollari in donazioni destinate a finanziare oltre 150 di programmi in 92 Paesi. Il 60 per cento di questi fondi è stanziato per il continente africano mentre il 65 per la lotta all'Aids.

I programmi assicureranno trattamenti antiretrovirali ad oltre metà del milione di persone infettate dal virus e forniranno aiuti ad altrettanti piccoli resi orfani dal male. Le attività copriranno anche l'accertamento di nuovi casi di tubercolosi e il trattamento di due milioni di persone affette dalla malattia; è prevista anche la consegna di 20 milioni di trattamenti combinati per casi farmaco-resistenti alla malaria.

Sebbene i rappresentanti di alcune organizzazioni non governative lamentino il mancato adempimento di alcuni Paesi agli impegni presi con il Fondo, secondo Peter Piot, direttore del Joint United Nations Programme on Hiv/Aids "tuttavia è la prima volta nella breve storia dell'epidemia che abbiamo a disposizione una chance per invertire la tendenza. E sarebbe irresponsabile sottostimare la sfida.

Il direttore esecutivo del Global Fund, Richard Feachem, avverte che gli impegni non bastano e che c'è bisogno di denaro liquido e stima che dal 2007 ci sarà bisogno di 7 miliardi di dollari l'anno per far funzionare adeguatamente i programmi.

Jacques Chirac nel suo discorso conclusivo al Congresso ha invitato l'Europa a contribuire con 1 miliardo di dollari l'anno per 5 anni e ha chiamato gli Stati Uniti a fare altrettanto. Dal canto suo il presidente Bush ha già chiesto al Congresso di stanziare 1 miliardo di dollari l'anno per 5 anni, a patto che l'importo non superi un terzo del totale dei contributi dell'Unione europea e dei Paesi del G8.

Anthony fauci, noto esperto di Aids, direttore dell'Un National Institute of Allergy and Infectious diseases, ha di recente annunciato che gli Usa hanno deciso che d'ora in poi aderiranno al criterio del Fondo in fatto di farmaci "Il farmaco di migliore qualità al prezzo più basso. Senza escludere i generici". E quindi il suo Paese non perseguirà alcun paese dinanzi la Wto per l'impiego di farmaci generici nei casi di emergenza sanitaria.

Si stima che nel solo 2002 siano morti 2,4 milioni di africani, la maggior parte giovani. Nelle parole di Kofi Annan, segretario generale delle Nazioni Unite, al meeting parigino "Invertire il corso di Aids, Tbc e malaria è una priorità non seconda a nessuna".

UK

Scarsa informazione sui farmaci negli ospedali

Un'indagine su 95mila pazienti in 176 ospedali per acuti in Inghilterra - realizzata dal Picker Institute Europe con sede ad Oxford - rileva alcuni dati interessanti. In particolare, la scarsa informazione sui farmaci da assumere denunciata dai pazienti in fase di dimissione ospedaliera. Solo il 28 per cento degli intervistati infatti si è detto completamente informato a riguardo, il 43 per cento parzialmente o affatto informato, mentre il restante 30 per cento ha dichiarato che non gli era necessaria alcuna spiegazione sui possibili effetti collaterali.

Più confortante invece il segnale sul rapporto con medici e infermieri. Alla domanda se questi ultimi avessero parlato di loro (pazienti) come se non fossero lì presenti, "solo" il 23 per cento ha risposto che era accaduto "qualche volta" o "spesso", mentre il 71 per cento ha risposto che non era loro mai accaduto con i medici e l'81 per cento con gli infermieri. E ancora, riguardo il coinvolgimento nelle decisioni sulla propria salute:

meno del 46 per cento ha dichiarato di voler essere maggiormente coinvolto mentre il 70 per cento ha risposto di aver discusso con i medici delle proprie paure e ansie "completamente" o "abbastanza".

Troppo lunghe invece le attese per le urgenze secondo gli intervistati, un terzo ha affermato di aver aspettato più di 4 ore per il ricovero e il 6 per cento più di 12 ore. Con le attese più lunghe registrate nelle strutture londinesi. Il 21 per cento di coloro che avevano ricoveri programmati si è visto invece spostare la data almeno una volta. Un quarto dei degeni inoltre afferma di aver dovuto dividere la stanza con una persona dell'altro sesso. Soddisfazione invece per quanto riguarda la pulizia dei reparti e dei servizi igienici, giudicati molto puliti rispettivamente dal 57 e 50 per cento dei pazienti. Con percentuali meno lusinghiere sempre per le strutture della capitale. Il Picker Institute - che con queste indagini sui pazienti intende realizzare feedback sistematici da impiegare nei programmi per il miglioramento di qualità - ha espresso la sua delusione verso il ministero della Sanità, accusato di aver dilazionato di quasi un anno la pubblicazione dei dati dell'indagine, che già avrebbero potuto essere inclusi negli indicatori sulle prestazioni pubblicati nel luglio 2002. Il ministero dal canto suo si è detto estraneo ad ogni tentativo di "insabbiamento" dei risultati.

UK

Con le nuove concessioni, più vicini al contratto gli specialisti ospedalieri

Gli ultimi aggiornamenti sui sofferti negoziati per il nuovo contratto degli specialisti ospedalieri del Ssn britannico dicono che entro l'autunno i "consultants" potrebbero pronunciarsi per un sì dopo le importanti concessioni che i senior doctors hanno ottenuto dal Governo. In una seduta straordinaria convocata il mese prossimo, il Comitato degli specialisti ospedalieri della Bma (l'Ordine dei medici) discuterà tutto il "pacchetto" e, se lo approverà, si potrebbe votare all'inizio di settembre. Secondo Paul Miller, presidente del Central Consultants and Specialists Committee, le conquiste più importanti riguardano il ridimensionamento del controllo dei manager sui medici, condizioni contrattuali che non penalizzano troppo i neo assunti rispetto a quelli con più anzianità di carriera, la progettazione di un "appeal panel" e la non obbligatorietà di lavorare nei week-end e nelle ore serali, che avverrà invece su base volontaria.

Il risultato che più sembra soddisfare la categoria è l'alleggerimento del controllo da parte del management, giudicato eccessivo, soprattutto per quel che attiene alla pianificazione del lavoro. "Il manager sarà manager clinico - aggiunge Miller - e prevarrà un approccio collaborativo e di mutuo dialogo alle imposizioni poste dal management, che sviliscono la professionalità e calpestano le priorità cliniche". Di grande utilità potrebbe rivelarsi poi l'Appeal Panel - una struttura del tutto nuova rispetto al passato, composta da tre membri, uno dei quali indipendente - ideata per dirimere le controversie tra gli specialisti ospedalieri e i manager che potrebbero insorgere riguardo alla pianificazione del lavoro dei clinici. Delusione, invece, per la mancata scomparsa nel contratto, fortemente voluto dall'ex ministro della Sanità Alan Milburn, della norma che subordina lo svolgimento dell'attività privata all'obbligo di "offrire" al Ssn 4 ore lavorative extra alla settimana, che salgono

a 8 per i neo assunti (e andrebbero ad aggiungersi alle 40 ore settimanali da contratto). In particolare quest'ultima clausola, che prevede un maggior aggravio per i nuovi medici, è giudicata discriminatoria ed è oggetto di aspre critiche.

Il ministro della Sanità John Reid invita gli specialisti ospedalieri britannici a seguire l'esempio dei colleghi della Medicina di base e a sottoscrivere il contratto con i nuovi aumenti, anche se Miller della Bma, che pure ritiene sia un'occasione che non dovrebbero farsi sfuggire, ha detto che non è in grado di stabilire esattamente quanto andranno ad aggiudicarsi in termini economici.

Ricordiamo che i medici di famiglia hanno votato (8 su 10) lo scorso giugno a favore del nuovo contratto, che mette fine all'attuale sistema di pagamenti e alla responsabilità 24 ore su 24 verso i pazienti, innalzando la loro retribuzione annua del 26 per cento nei prossimi tre anni (da una media di 65mila a 82mila sterline).

FISCO & PREVIDENZA

ENPAM

La polizza "tutela legale" per la professione sanitaria

La Società Assicuratrice "Ras", in accordo con l'Enpam, ha predisposto una copertura assicurativa per la Tutela Giudiziaria a favore dei Medici iscritti agli Ordini Professionali contribuenti dell'Enpam per l'attività professionale, prestata sia nell'ambito del lavoro dipendente che libero professionale.

La necessità di tutela dei medici è caratterizzata dall'esposizione sempre più frequente a controversie penali, dall'ampia gamma dei diritti da salvaguardare, dall'onerosità dei procedimenti giudiziari e dai tempi del iter giudiziario.

Questa garanzia che consente al medico assicurato di poter disporre di un valido supporto nel caso in cui si trovi nella necessità di doversi difendere in giudizio o di promuovere lui stesso una causa per tutelare i propri diritti.

La necessità di dover ricorrere ad un legale può verificarsi non solo in occasione di eventi legati ad interventi chirurgici, dove più eclatante può risultare il danno biologico, ma anche in caso di valutazioni diagnostiche che non appaiono chiare e, di conseguenza, per indicazioni terapeutiche che non si rivelano sufficientemente efficaci.

In tutti questi casi il medico assicurato potrà far conto che tutte le spese saranno pagate dalla Compagnia di Assicurazioni (parcella del legale, spese di perizia anche di parte, oneri legali di controparte in caso di soccombenza, spese di giustizia in sede penale).

Le condizioni di polizza prevedono la difesa in sede penale contro imputazioni per reati colposi e/o dolosi (in quest'ultimo caso ovviamente solo a seguito di assoluzione o proscioglimento), la difesa in sede civile quando è chiamata in causa la presunta responsabilità del medico assicurato per danni cagionati a terzi e

le azioni che il medico assicurato può attivare nel caso sia stato lui stesso ad aver subito un danno in conseguenza di fatti illeciti posti in essere da terze persone.

Tutto questo con la possibilità di **scegliere il proprio legale di fiducia** e per un massimale di euro **26.000,00 per ogni sinistro, senza limiti annui** per singolo assicurato.

Inoltre se il medico assicurato non sarà in grado di indicare, in caso di sinistro, il nominativo di un proprio legale, la Società assicuratrice lo potrà senz'altro supportare indicando un legale dotato delle migliori competenze per il caso in essere.

Il premio annuale di questa copertura assicurativa è di Euro 25,00, comprensivo delle imposte.

È possibile trovare tutte le notizie relative alla copertura, un estratto delle condizioni generali e particolari della polizza, le informazioni prescritte dalla legge e le norme operative in caso di sinistro sul sito Internet dell'Enpam (www.enpam.it) e sul sito www.tutelalegalemedici.it.

Qualora non si raggiunga entro il 30/10/2003 l'adesione di n. 100.000 iscritti Enpam, **la copertura assicurativa non sarà attivata**. Infatti le eccezionali condizioni di copertura, specialmente per quanto riguarda il premio annuale, si potranno concretizzare solo in funzione di una numerosa adesione degli iscritti.

In caso di attivazione della copertura, la decorrenza della garanzia avrà effetto dalle ore 24 del 31/01/2004 fino 31 gennaio dell'anno successivo.

Gian Mario Santamaria

GIURISPRUDENZA *sentenze e ordinanze*

Cassazione massime

Spetta al giudice amministrativo decidere sul contratto del direttore generale

La controversia sull'annullamento d'ufficio della nomina a Direttore Generale di Usl è di competenza del giudice amministrativo. Il rapporto di lavoro è regolato (ex art. 3, Dlgs 502/1992) da un contratto di diritto privato. La deliberazione di nomina e quella di annullamento hanno la stessa natura, in quanto ad essere coinvolti sono gli interessi legittimi e non i diritti soggettivi. È devoluta, invece, alla cognizione del giudice ordinario la controversia relativa al provvedimento di decadenza dall'incarico, adottato ex art. 3, sesto comma, del dlgs. 30 dicembre 1992, n.502, il quale si riferisce a specifiche inadempienze contrattuali del rapporto di lavoro e coinvolge posizioni di diritto soggettivo. (Corte di Cassazione - sentenza n.6854/2003)

Consiglio di Stato

Incarichi di dirigenza non sempre quinquennali

Un incarico di dirigenza medica nelle Asl può essere assegnato per una durata inferiore ai cinque anni previsti dalla normativa generale "se a fruirla è un soggetto già inserito nel

secondo livello di dirigenza". Lo ha affermato la Quinta Sezione del Consiglio di Stato con sentenza n.3237/2003, respingendo il ricorso in appello proposto contro la Asl n.16 del Veneto da un interessato all'attribuzione dell'incarico di dirigente medico. Il ricorrente aveva contestato l'assegnazione dell'incarico ad altro pretendente "impossibilitato a completare il quinquennio per ragioni di età". I giudici hanno ritenuto legittima la decisione della Asl in quanto "la durata minima quinquennale dell'incarico, di cui al terzo comma dell'art. 15 del D.lgs.n.502/1992, non riguarda il personale medico già inquadrato nel secondo livello dirigenziale, ma solo il personale di primo livello che aspira al conferimento di un incarico di secondo livello". Il soggetto che si era aggiudicato l'incarico ricadeva, invece, nella prima ipotesi. Dunque la scelta dell'amministrazione di ammettere un incarico di durata inferiore al quinquennio per soggetti già inseriti nel secondo livello dirigenziale, è legittima anche in considerazione del fatto, "che i criteri di scelta sono strettamente fiduciari e, come tali, non necessitano di alcuna espressa motivazione". La legittimità di tale scelta trova riscontro nella stessa norma (art. 15 del D.l.vo n.502/93), la cui finalità (quella della durata minima quinquennale del rapporto per garantire la realizzazione degli scopi programmatici propri della riforma del servizio sanitario e della aziendalizzazione delle Unità Sanitarie locali), è comunque assicurata nei con-

fronti di coloro che già possedevano la qualifica.

Per rimuovere Direttore Generale di Asl non bastano motivi di salute

Per rimuovere il Direttore Generale di una Asl non sono sufficienti motivi generici di salute; questi ultimi non possono configurare i "gravi motivi" contemplati tra le cause di decadenza a norma dell'art.18 della legge n.32/94. In assenza di altre motivazioni, espressamente previste dalla norma, bisogna dimostrare in modo incontrovertibile l'esistenza di una inidoneità fisica assoluta all'incarico. È quanto stabilito dal Consiglio di Stato nella sentenza n.3925/2003 che ha annullato il provvedimento di decadenza dalla carica disposto dalla Regione Campania nei confronti di un dirigente di secondo livello. Nella fattispecie non era ravvisabile alcuna causa di decadenza dal rapporto previste dal decreto del 1992 (gravi motivi o assenza ed impedimento che si protrae per oltre sei mesi), essendo, l'interessato, stato rimosso oltretutto in "ragione di un pregresso giudizio medico, riferito al precedente rapporto di dirigente di secondo livello presso un ospedale, che comunque escludeva dichiaratamente la inidoneità in modo assoluto e permanente a ogni proficuo lavoro". Dunque la decisione della regione Campania è inficiata di "prevenzione", non essendo stati richiamati nella motivazione del provvedimento elementi di fatto dai quali possa desumersi che la patologia sofferta fosse

tale da determinare in concreto un impedimento "funzionale allo svolgimento delle attività istituzionali".

Pronta disponibilità: no a maggiore indennità

Non si può corrispondere l'indennità di pronta disponibilità in misura maggiore per il personale medico o paramedico delle Asl che presta turni di servizio eccedenti le prime dodici ore. A stabilirlo è il Consiglio di Stato, che con sentenza n.3334 ha accolto il ricorso in appello della Asl di Modena contro un gruppo di dipendenti nei confronti dei quali il Tar dell'Emilia Romagna aveva riconosciuto una indennità aggiuntiva di pronta disponibilità. La controversia attiene alla misura dell'indennità di pronta disponibilità da corrispondere, ai sensi dell'art.25 del DPR n. 348/1983, per i turni di servizio eccedenti le prime dodici ore. Palazzo Spada ha affermato che ex art. 25 del Dpr 25 giugno 1983 n. 348, il compenso per il servizio di pronta disponibilità "presuppone comunque una durata del servizio non inferiore alle dodici ore; per questo motivo le ore eccedenti tale limite possono essere retribuite successivamente, ma solo a mano a mano che raggiungono la cifra di altre dodici ore", diversamente da come pronunciato dal Tar per il quale ogni frazione oraria eccedente le dodici ore dovrebbe essere retribuita come se si trattasse "di un intero periodo di dodici ore".

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

SANITÀ PRIVATA

Il numero di posti letto nel privato: scelta o casualità?

Si è soliti guardare al privato come ad un reale modello di efficienza. Un modello dimensionato su un rapporto tra risorse e produzione adeguatamente formulato e che permetterebbe di eliminare gli sprechi, favorire i risultati, diminuire i costi ottimizzando i ricavi.

In sanità, l'individuazione di un ottimale rapporto tra personale/strutture/tecnologie da una parte e prestazioni diagnostico-terapeutiche dall'altra, sarebbe indiscutibilmente in grado di dare un contributo di rilievo non solo dal punto di vista delle prestazioni, ma anche dei costi/ricavi per tali prestazioni.

Naturalmente il privato è avvantaggiato perché da sempre gravato da minori appesantimenti, minori vincoli, maggiore libertà di scelta sia nei confronti della tipologia di prestazioni da effettuare, sia delle risorse da impiegare, quali ad esempio il numero dei posti letto. E proprio le risorse relative al dimensionamento delle strutture in termini di posti letto (senza dubbio capaci di influenzare in modo diretto almeno gli aspetti quantitativi delle prestazioni effettuate in regime di degenza) rappresenta un argomento tutt'altro che scontato od obsoleto. Di recente, infatti, è stato al centro di un dibattito, peraltro ancora in corso, nell'ambito dell'ospedalità pubblica.

Gli ospedali con pochi posti letto (i cosiddetti piccoli ospedali), si dice infatti, sarebbero da chiudere per la difficoltà che incontrano a dare risposte sanitarie adeguate, per le scarse garanzie di assi-

stenza diagnostico-terapeutica, per la polverizzazione delle già limitate risorse. L'ospedale sotto casa, insomma, non sarebbe più in grado di far fronte alle esigenze sanitarie moderne oltre a rappresentare un costo non più sopportabile per la comunità.

Ma prendiamo in considerazione proprio le risorse relative al dimensionamento delle strutture in termini di posti letto.

Cosa avviene nell'ospedalità privata accreditata? Quale il numero dei posti letto, indicatore semplice ma, indipendentemente dalla efficacia delle prestazioni e della loro appropriatezza, capace di fornire una qualche informazione sulla casistica trattata in termini numerici e di complessità.

Al di sotto di un determinato numero di posti letto, si dice, difficilmente certe prestazioni possono essere effettuate ed i ricavi non possono compensare i costi.

Una prima indicazione è data dal rapporto tra posti letto e numero di strutture: 53.341 sono posti letto presenti nel totale delle 531 strutture, vale a dire una media di 100,45 p.l. a struttura. La valutazione dello stesso rapporto negli ospedali pubblici comprende 255.247 posti letto, ripartiti in 813 strutture, vale a dire una media di 313,96 p.l. per ogni struttura.

Differenza senza dubbio assai consistente.

Un'altra indicazione. Sul totale di 531 strutture ospedaliere private ve ne sono 25 al di sopra dei 200 posti letto (non sono considerati in questo contesto gli

Ircs di diritto privato), mentre al disopra dei 300 ve ne sono 10 e 2 con oltre 400 p.l.

Nelle Regioni a più alta densità di strutture accreditate (Lombardia e Lazio) la maggior parte delle strutture private presenta mediamente 150/200 p.l., in Campania 100/150 p.l., al disotto dei 100 p.l. nelle altre Regioni.

N. strutture ospedaliere private accreditate	531
N. posti letto totali	53.341
Media posti letto/struttura	100,45
Strutture con < 200 posti letto	494
Strutture con > 200 posti letto	25
Strutture con > 300 posti letto	10
Strutture con > 400 posti letto	2
<hr/>	
N. strutture ospedaliere pubbliche	255.247
N. posti letto totali	813
Media posti letto/struttura	313,96

Fonte: Ministero della Salute

Considerazioni:

- secondo i decreti 1988 che danno, fra l'altro, un riferimento in termini di p.l. (ovviamente riguardante gli ospedali pubblici) al di sotto dei 120 p.l. la struttura sarebbe da chiudere;
- gli ospedali così sottodimensionati non danno garanzie di efficacia e di efficienza ed alcune regioni hanno già proceduto sulla strada della chiusura;
- le strutture private hanno in media un basso numero di posti letto;
- stanno incrementando ormai da molti anni il numero delle prestazioni, va-

le a dire la loro fetta di "mercato";

- la "customer satisfaction" non appare di certo in declino in questo settore;
- tecnologia ed attrezzature sono presenti qualitativamente in modo corretto (come già evidenziato in precedenza da queste stesse colonne);
- l'andamento economico finanziario non sembra essere così in perdita, anche nelle strutture (non numerose per la verità) dove vengono espletate prestazioni d'emergenza e urgenza;
- i posti letto non sembrano pertanto essere un indicatore attendibile per decidere l'ottimale dimensionamento delle strutture di ricovero.

Un'ultima notazione riguarda la caratteristica tipica del nostro sistema-paese basato sulla piccola e media industria, più agile, più snella, più facilmente flessibile e riconvertibile. A fronte di una grande industria generalmente più in difficoltà per molteplici motivazioni tra cui quella dell'organizzazione produttiva da adeguare ad un mercato in continua evoluzione.

E se importiamo tale caratteristica nazionale in ambito sanitario, il dimensionamento dei nostri ospedali in termini di posti letto è davvero coerente? E quello che ritroviamo nell'ospedalità privata è frutto di una scelta voluta o del tutto casuale?

Quel che è certo è che andando sempre più verso una reale parità tra pubblico e privato varrebbe la pena di riflettere se esiste davvero un perché di tale differenza.

Fabio Florianello

MEDICI IN PENSIONE

Anche gli anni riscattati nella ricostruzione all'Inps

Qualora i dipendenti del settore pubblico, come è il caso dei dirigenti medici del servizio sanitario, cessino dall'attività senza aver conseguito il diritto a pensione, è consentito loro di costituire una posizione contributiva presso l'Inps, con riferimento ai periodi maturati con i versamenti prodotti alle Casse previdenziali dell'Inpdap, l'ente di previdenza dei pubblici dipendenti.

Si tratta della cosiddetta "costituzione della posizione assicurativa presso l'Inps", prevista dalla legge n. 322 dell'8 aprile 1958, che in considerazione dell'assenza del presupposto della pluralità di periodi contributivi, presso diverse gestioni previdenziali, appare diversa, sostanzialmente dalla "ricongiunzione", cioè dal sistema che permette di aggiungere, agli anni di contribuzione maturati presso un ente previdenziale, i periodi di versamenti prodotti in altri enti pubblici e/o privatizzati. I requisiti per la costituzione della posizione assicurativa presso l'Inps sono, appunto, la cessazione dal servizio senza aver maturato il diritto a pensione e la presenza della sola posizione previdenziale presso le Casse pensioni, e che, quindi, l'interessato non abbia altra posizione contributiva presso lo stesso Inps.

Il procedimento, diversamente dalle forme di ricongiunzione, non comporta alcuna determinazione di riserva matematica, ma il semplice versamento all'Inps dei contributi calcolati, con i criteri di quest'ultimo istituto, sulle retribuzioni percepite durante i servizi resi con l'iscrizione alle Casse dell'Inpdap di fatto la ricostruzione dei periodi di iscrizione all'Inpdap non avviene con il trasferimento dei contributi, ma si determinano i contributi che si sarebbero dovuti versare all'Inps qualora il lavoratore fosse sta-

to assicurato, per gli stessi periodi, al predetto istituto. La costituzione della posizione assicurativa riguarda tutti i periodi con obbligo d'iscrizione alle Casse pensioni. Fra questi periodi non venivano, però, conteggiati i periodi riscattati (legge n.1646/62). Tale legge, che peraltro è stata modificata dalla legge n.274/912, favorendo anche la ricongiunzione dei periodi riscattati, subordina la costituzione della posizione assicurativa, per i periodi ammessi in favore dei dipendenti statali, alla condizione che si tratti di periodi per i quali vi sia stata effettiva prestazione di lavoro.

La Corte Costituzionale con sentenza n.113/2001, ha dichiarato l'illegittimità delle norme relative (articolo 40 della legge 1946/62 ed articolo 124, quinto comma, D.P.R. 1092/73) che riconoscono il riscatto degli anni di studio universitario, solamente, però, se vi sia stata, nello stesso periodo l'effettiva prestazione di lavoro subordinato. A sollecitare la questione di legittimità era stato il pretore di Torino. La Consulta ha dato ragione al pretore osservando che "l'istituto del riscatto per i dipendenti statali è preordinato a garantire alla preparazione professionale ogni migliore considerazione ai fini di quiescenza. E questo non solo per incentivare l'accesso alla p.a. di personale idoneo per formazione, ma anche per non penalizzare i lavoratori che abbiano dovuto ritardare l'inizio della loro attività per acquisire il titolo necessario per essere ammessi all'impiego".

Per la costituzione della posizione assicurativa presso l'Inps, ricordiamo che il dipendente, dimessosi, dovrà presentare domanda agli uffici dell'Inpdap.

Claudio Testuzza

segue dalla prima

Un'Anaa più forte, per essere più autonomi

di **Serafino Zucchelli**

di lavoro stabile e mal retribuiti. Sono in condizione di forte precarietà soggettiva che li rende debolissimi di fronte all'azienda. La loro presenza è inoltre mal integrabile nel tessuto delle Unità Operative, creando disomogeneità di diritti e di doveri. Mal si concilia con la grande complessità del lavoro ospedaliero e da ultimo indebolisce sindacalmente la categoria dei dipendenti.

Tutto questo impone che in sede contrattuale si regolamenti questa materia, definendo, se questi contratti sono legittimi, il loro numero, la loro durata ed i loro contenuti.

Le attuali disposizioni in materia previdenziale hanno frantumato la categoria in più segmenti con destini previdenziali diversi. Si va dagli anziani che sono andati in pensione con percentuali rispetto all'ultimo stipendio del 95/100%, ai più giovani che andranno con una percentuale del 50%. In mezzo stanno tante situazioni intermedie. Si impone la necessità di creare quanto prima forme di previdenza integrative. Il quadro previdenziale è tuttora in movimento, le opzioni sono molteplici:

una di esse è la creazione di un fondo di categoria contrattuale che va esplorata, avvicinandosi il tempo della trattativa contrattuale. Al momento opportuno chiameremo gli organi associativi ad esprimersi su queste scelte, naturalmente dopo aver esposto in modo esauriente le varie possibilità.

Come potete vedere i problemi da affrontare sono molti e complessi e l'ambiente in cui ci si muove (Governo e Regioni) fortemente conflittuale.

L'autonomia di cui siamo orgogliosi e che è fortemente voluta dall'associazione comporta grandi responsabilità e talora solitudine. Possiamo contare soltanto sulla nostra intelligenza, passione e forza associativa.

Per questo rivolgo un appello a tutti gli iscritti: fatevi, ognuno di voi, promotori di nuove adesioni tra i colleghi (almeno uno per ogni iscritto). Siamo l'associazione più numerosa (oltre 17.000 iscritti paganti veri) con un positivo trend di crescita degli ultimi due anni, ma abbiamo bisogno di crescere ancora, specialmente tra i giovani, per contare di più e difendere meglio gli interessi dei medici e della medicina pubblica.

CROCIERA NUBIANA 19-25 OTTOBRE 2003

SCHEDE DI PRE-ADESIONE

DA RENDERE COMPILATA ENTRO IL 10 SETTEMBRE 2003 A:
ERMES VIAGGI - CO.SO EUROPA 22 - 20122 MILANO
TELEFONO 02.782200 - FAX 02.795433 - E-MAIL: ERMES.VIAGGI@TISCALINET.IT

NOME _____ COGNOME _____

VIA _____

CITTÀ _____ CAP _____ PROV. _____

TELEFONO _____ CELLULARE _____

TESSERA ANAAO CARD N. _____

PARTENZA DA ROMA FIUMICINO _____

O PARTENZA DA ALTRO AEROPORTO _____

O _____

INDICARE IL NOME DELLA PERSONA CON CUI DIVIDERE LA CAMERA _____

IN COLLABORAZIONE CON:
ERMES VIAGGI S.A.S. DI STRAMEZZI CARLO E PAPINI LUIGI & CO

IL PROGRAMMA DETTAGLIATO DEL VIAGGIO È DISPONIBILE
SU DIRIGENZA MEDICA N. 2/2003 OPPURE PUÒ ESSERE RICHIESTO
PRESSO LA SEDE ANAAO ASSOMED DI MILANO
TELEFONO 026694767 - FAX 0266982507 E-MAIL: SEGR.NAZ.MILANO@ANAAO.IT

Fondazione Onlus "Pietro Paci"

Centro Studi Anaa Assomed

SEMINARIO NAZIONALE

IL RUOLO DEL MEDICO NEL SISTEMA DELLA PREVENZIONE
TRA ESIGENZE DI VALORIZZAZIONE, INTEGRAZIONE, EFFICACIA/EFFICIENZA

Roma, 24 ottobre 2003
Auditorium Cassa Forense

PROGRAMMA

I SESSIONE

COORDINATORE: TOMMASO TRENTI

9,00

I Dipartimenti di Prevenzione tra esigenze di Efficienza/efficacia, sviluppo e consenso: linee guida ed esempi

Giovanni Renga, Presidente Siti (Società Italiana Igiene, Medicina Preventiva e Sanità Pubblica)

9,30

Il medico della Prevenzione e il governo clinico

Gian Luca Giovanardi
AUSL Parma

10,00

La ricerca biomedica e una prevenzione sempre più basata su prove di efficacia

Aligi Gardini
Vice Presidente SNOP (Società Nazionale Operatori della Prevenzione)

10,30

Promozione della salute e protezione ambientale: idee per l'integrazione

Stefano Beccastrini
ARPAT Toscana (Agenzia regionale per la protezione ambientale)

11,00

Integrazione intersettoriale per l'azione a livello locale: cosa è possibile fare e cosa si dovrebbe poter fare

Donato Greco
Iss (Istituto Superiore di Sanità)

11,30

Considerazioni e proposte per un nuovo profilo di medico nella rete della Prevenzione

On. Eolo Parodi
Responsabile Sanità Forza Italia

12,00

La prevenzione ambientale e sanitaria come opportunità per politiche di solidarietà, sviluppo sostenibile e di efficienza

On. Altero Matteoli
Ministro Ambiente

12,30

Discussione

II SESSIONE

COORDINATORE: PAOLO LAURIOLA

14,00

Tavola rotonda: Il ruolo del medico nel sistema della prevenzione: stato e prospettive in Italia

Moderatore
Ennio Cadum

Sono invitati
Antonio Tomassini,
Presidente Commissione Igiene e Sanità Senato
Rosy Bindi
Responsabile sanità Margherita
Marco Verzaschi
Assessore Sanità Regione Lazio
Giovanni Bissoni
Assessore Sanità Regione Emilia Romagna
Edolo Minarelli
Presidente AssoARPA
Paolo Cadrobbi
Direttore Generale ARPA Veneto
Fabrizio Oleari
Direttore Generale Dipartimento Prevenzione
Ministero Salute

16,30

Discussione

17,00

Conclusioni

Serafino Zucchelli
Segretario Nazionale ANAAO ASSOMED

È stata avviata la procedura
per ottenere i crediti ECM

"TUTELA LAVORO": NUOVO SERVIZIO PER GLI ASSOCIATI

Dal mese di aprile 2003 è attivo un nuovo servizio "TUTELA LAVORO" per gli Associati Anaa Assomed che potenzia l'attuale "L'Esperto Risponde" e l'Assistenza giudiziaria.

Il nuovo servizio, a cura del CReF (Centro Ricerche e Formazione), offre assistenza e consulenza per la soluzione delle problematiche legali e sindacali del dirigente medico in materia di rapporto di lavoro.

A tal fine è istituito un help desk telefonico con i seguenti orari:

- mercoledì dalle ore 12 alle ore 14, presso la sede CReF-Anaa Assomed di Campobasso sita in Piazza della Vittoria, 6 - 86100 - Telefono 0874318877.
- venerdì dalle ore 14 alle ore 16 presso la sede nazionale di Roma dell'Anaa Assomed, sita in Via Barberini, 3 - 00187 - Telefono 064820154 - fax 0648903523.

Gli esperti del CReF possono inoltre essere contattati attraverso la casella di posta elettronica: cref@anaao.it. Si ricorda che, qualora a seguito del servizio di consulenza si ritenesse opportuno adire le vie legali (conciliazione, Tar, giudice del lavoro), sarà necessario attivare le procedure del servizio di Tutela Legale Anaa Assomed compilando l'apposito modulo di richiesta, disponibile sia sul sito www.anaao.it che presso le Segreterie regionali o la Segreteria nazionale Amministrativa.

DIRIGENZA MEDICA

Il mensile dell'Anaa Assomed

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

direttore
Serafino Zucchelli

direttore responsabile
Silvia Procaccini

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

Hanno collaborato:
Arianna Alberti, Eva Antoniotti, Vincenzo Bottino,
Paola Carnevale, Fabio Florianello, Gianmario Santamaria,
Stefano Simoni, Alessandra Testuzza,
Claudio Testuzza, Franco Verde

Sono intervenuti:
Roberto Bertolini

Progetto grafico e impaginazione:
Giordano Anzellotti (art director), Daniele Lucia

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

Editore
Italpromo Esis Publishing

Via del Commercio 36, 00154 Roma
Telefono 065729981 - fax 0657299821/2

Registrazione al Tribunale di Milano n.182/2002 del 25.3.2002
Diritto alla riservatezza: "Dirigenza Medica"
garantisce la massima riservatezza dei dati forniti
dagli abbonati nel rispetto della legge 675/96

Stampa: Tecnostampa srl - via Le Brece 60025 Loreto (An)

Finito di stampare nel mese di agosto 2003