

# DIRIGENZA MEDICA

Il mensile dell'Anaa Assomed

POSTE ITALIANE SPA - SPED. IN ABB. POSTALE - D.L. 353/2003 (CONV. IN L. 27/02/2004 N. 46) ART. 1, COMMA 1, DCB ROMA N.11/2006

**LA COMPARAZIONE DEI DATI RILEVATI DAL MINISTERO DEL TESORO DEL REGNO UNITO, DALLA SOCIETÀ INTERNAZIONALE DI RICERCA, NATIONAL ECONOMIC RESEARCH ASSOCIATES (NERA) E DALL'ANAAO ASSOMED SUL REDDITO DEI CAMICI BIANCHI**

## Cresce al ralenty il reddito dei medici ospedalieri italiani

Sono i medici dei Paesi anglosassoni i professionisti con i livelli stipendiali più alti, mentre va decisamente peggio per i camici bianchi degli Stati del Sud Europa, Italia inclusa. Si collocano invece in una posizione intermedia i medici del centro Europa e della Scandinavia. È questo il quadro emerso dalla comparazione dei risultati provenienti dalle indagini effettuate dal ministero del Tesoro britannico, dalla società internazionale di ricerca e consulenza econo-

mica, *National economic research associates* (Nera), e dall'Anaa Assomed, sul reddito dei camici bianchi. Non solo, dalle rilevazioni del Regno Unito è emerso che, negli ultimi anni, lo sviluppo dei redditi dei medici presenta un trend in positivo in quasi tutti gli Stati europei. Ma se la dimensione degli incrementi vede Francia, Inghilterra e Irlanda collocarsi ai livelli più elevati, ancora una volta, l'Italia rimane fanalino di coda.

a pagina 2

### SPECIALE REGIONI

*In questo numero approfondimento su Campania e Valle d'Aosta. Interviste ai responsabili regionali Anaa Assomed, Carlo Melchionna e Piero Sirianni e agli assessori alla sanità, Angelo Montemarano e Antonio Fosson*

ALLE PAGINE 6-9

### ATTUALITÀ

*Riforma degli Ordini professionali ed Ecm: i sindacati e la Fnomceo sottoscrivono due importanti documenti per rivendicare, in modo condiviso e unitario, un ruolo di legittimi protagonisti del cambiamento in sanità*

A PAGINA 10

### CONTRIBUTI

*Le osservazioni sul provvedimento che detta le modalità per la nomina dei Direttori Scientifici degli Irccs*

A PAGINA 11

### TUTELA LAVORO

*Focus sulla disciplina dell'orario di lavoro dei dirigenti medici del Servizio sanitario nazionale*

A PAGINA 12

**I RISULTATI DEFINITIVI DELL'INDAGINE DELLA COMMISSIONE IGIENE E SANITÀ DEL SENATO SULLA LIBERA PROFESSIONE INTRAMURARIA**

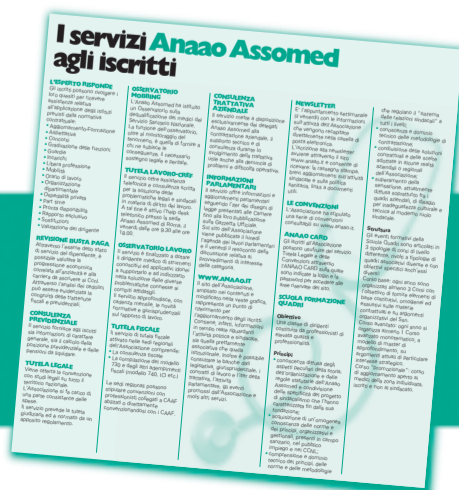
## Intramoenia allargata: "L'obiettivo è bloccarla a dicembre 2008"

Se si dovesse bloccare completamente tutta l'intramoenia allargata al 31 luglio 2007, come deciso dal decreto Bersani, si priverebbero moltissimi medici a rapporto esclusivo del loro diritto all'esercizio libero professionale e i cittadini di una possibilità di scelta. Anche perché sono ancora molte le Aziende sanitarie, soprattutto nel Sud d'Italia, a non essersi dotate di spazi ad hoc per consentire ai medici che hanno giurato fedeltà al Ssn di esercitare il loro diritto. Inoltre anche se si dovesse rispettare l'ultimatum del Governo alla libera professione allargata, non si avrebbero effetti benefici sulle liste d'attesa che continueranno ad esistere perché legate principalmente a problemi organizzativi. E lo dimostra il fatto che nelle Regioni dove il Ssn è efficiente ed efficace, almeno nel rispetto dei tempi d'attesa, il ricorso alla libera professione è maggiore e si svolge prevalentemente negli spazi interni alle Aziende. Sono queste, in sintesi, le conclusioni dell'indagine conoscitiva avviata dalla Commissione Igiene e Sanità del Senato nel settembre 2006 sull'attività libero professionale intramuraria (Alpi). Per i senatori la soluzione più opportuna per uscire dall'impasse potrebbe essere quella di fissare a dicembre 2008 la "deadline" per il pieno controllo dell'intramoenia allargata. E per raggiungere questo obiettivo, entro il 31 luglio 2007 i direttori generali delle Aziende dovrebbero comunque, predisporre documenti programmatici in cui sia indicato il percorso che si intende intraprendere. Se i programmi non saranno rispettati potrebbe essere nominato un commissario ad acta da parte del ministero della Salute.

alle pagine 4-5

**Tutti i servizi Anaa Assomed agli iscritti 2007**

a pagina 16



ANALISI COMPARATA DEI RISULTATI PROVENIENTI DALLE PRINCIPALI INDAGINI CONDOTTE IN EUROPA

# Cresce al ralenty il reddito dei medici ospedalieri italiani

di Aldo Piperno\*

Sulla stampa inglese ha suscitato un acceso dibattito un articolo apparso sul *British Medical Journal* (feb. 2007, vol. 334, p. 236) ove venivano presentati dati relativi ad una comparazione internazionale dei redditi (traduzione del termine "income" usato nell'articolo) dei medici e, in particolare, dei "general practitioners" e dei "medici ospedalieri". Se ne è discusso anche in Italia a seguito della ripresa dei dati inglesi sulla stampa italiana (*Corriere della Sera*, 25-02-07). L'autore dell'articolo inglese segnala correttamente che i dati della comparazione interna-

zionale debbono essere considerati con cautela, in quanto a fare la differenza tra i redditi contribuiscono, oltre alla diversità dei livelli retribuiti, anche le specificità nazionali dei contratti - in termini di componenti della struttura retributiva - e le condizioni di lavoro. È opportuno segnalare che a fare la differenza contribuiscono, inoltre, vari altri aspetti, tra cui il ruolo, l'anzianità, i gradi di libertà in termini di possibilità o meno di esercitare anche privatamente, l'esistenza di incentivazioni e di una retribuzione specifica in presenza di impegno da parte del medico in iniziative, attività e programmi assistenziali e via dicendo. Una volta precisate queste cautele e considerando che pur nelle diversità nazionali, i medici sottostanno a regole e prassi comuni - che a sua volta significa che accanto alle diversità v'è una consistente quota di omogeneità - ha comunque senso effettuare comparazioni, soprattutto se i risultati generali appaiono confermati da altre fonti e pubblicazioni. Vengono pertanto presentati in questo breve articolo i risultati che negli ultimi anni sono stati presentati in vari lavori e con diverse fonti sul tema della comparazione internazionale dei redditi dei medici.

L'articolo del *British Medical Journal* - i cui dati, come afferma l'autore, provengono dal ministero del Tesoro che, a sua volta, avrebbe utilizzato come fonte informazioni prese dalle Ambasciate inglesi nei vari Paesi - riporta che nel 2003 i redditi dei medici, in sterline inglesi, oscillavano:

a) per i medici di famiglia, circa 100.000 sterline negli Stati Uniti, 80.000 in Inghilterra, più di 60.000 in Germania, circa 35.000 in Italia. Segnalando, peraltro, il caso dell'Italia ove il più basso livello era dovuto, secondo l'autore, a quella che si è soliti chiamare "plethora medica";  
b) per i medici ospedalieri, i redditi oscillavano dalle 82.000 sterline circa in Inghilterra a poco più di 40.000 in Italia, con Germania, Francia e Spagna in posizioni intermedie (rispettivamente tra i 40-60, 45 e 41 circa). I grafici 1 e 2 riportano i dati come essi appaiono nel documento originale del Ministero del Tesoro inglese (Hm Treasury, Strategic context for Csr07, 23 marzo 2007). Dall'osservazione dei grafici si deducono informazioni aggiuntive a quello dell'articolo del Bmj. Oltre a riguardare più Paesi, le frecce, in particolare, indicano l'andamento nel tempo dei redditi a partire dal 2003 o altri anni-base diversi a seconda del Paese.

L'osservazione più interessante riguarda il grafico dei medici ospedalieri. In quasi tutti i Paesi lo sviluppo dei redditi è stato negli ultimissimi anni in positivo, ma la dimensione degli incrementi vede Paesi come Francia, Inghilterra, Irlanda posizionarsi a livelli più elevati mentre Svezia e Italia si posizionano a livelli tra i più bassi.

Nelle tabelle 1 e 2 sono riportati i dati di altre due indagini comparate. La prima a cura del Tesoro inglese (fonte: [www.hm-treasury.gov.uk/media/69E/12/foi\\_doctors1\\_0206.pdf](http://www.hm-treasury.gov.uk/media/69E/12/foi_doctors1_0206.pdf)) e la seconda realizzata da un'importante e conosciuta società interna-

zionale di ricerca e consulenza economica - la *National economic research associates* (Nera), "Comparing physicians' earnings: current knowledge and challenges", Londra, 2004. Entrambe le indagini, sulla base dei dati raccolti in monete nazionali, riportano i risultati convertiti in \$PPP (dollari a parità di potere d'acquisto), al fine di rendere più significativa la comparazione e permettere di valutare i redditi in base al loro effettivo valore, ovvero, di depurarli dalla diversità dei prezzi dei beni e servizi nei vari Paesi. Il termine utilizzato da entrambe queste indagini è "earnings", ovvero i guadagni, gli stipendi, che è il termine appropriato rispetto alle tipologie di impiego e ai vari Paesi come si deduce dalle fonti utilizzate.

Questa seconda indagine del Tesoro inglese riporta in prevalenza il livello medio degli stipendi o dei guadagni (tab.1). Si può agevolmente osservare che, pur dopo aver standardizzato i valori in base al loro potere d'acquisto, il quadro prima delineato è sostanzialmente confermato. Per quanto riguarda, nello specifico, i medici di famiglia, Usa, Inghilterra e Canada rimangono i Paesi dove i guadagni/stipendi medi sono più elevati (rispettivamente, 96.000, 74-87.000 e 61 circa), mentre Svezia e Spagna (40 e 43.000) e, soprattutto, l'Italia (25.761) si posizionano ai livelli più bassi della comparazione.

I dati prodotti dalla Nera (tab. 2) - anch'essi convertiti in dollari a parità di potere d'acquisto - sono di maggior dettaglio relativamente alla dimensione dei guadagni/stipendi, in quanto limitatamente ad alcuni Paesi ne riportano i livelli minimi e massimi e, di conseguenza, permettono di cogliere quelle differenze dovute al campo di variazione, a sua volta dipendente dall'effetto esercitato dalle principali diversità delle condizioni contrattuali e di lavoro presenti nei vari Paesi. Il quadro che ne emerge è quello di una dimensione dei guadagni/redditi superiore a quella delle precedenti indagini, ma una stabilità del profilo comparato in quanto quei Paesi ove il livello era basso o alto rimangono sostanzialmente nella loro posizione. È sufficiente segnalare il caso di alcuni Paesi per verificare quanto detto. In Canada il guadagno/stipendio dei medici di famiglia varia da 81.017 a 117.191 rispetto a quello medio di 60.885 del precedente rapporto inglese e per i medici ospedalieri varia da 117.197 a 154.315 rispetto alla precedente variazione tra 74.563 e 90.413. Anche in Italia, il guadagno/stipendio dei medici di famiglia è stimato intorno a 74.300 rispetto ai 25.761 del precedente secondo rapporto inglese, mentre quello dei medici ospedalieri è pari a 81.414 rispetto al precedente 43.447. I grafici 3 e 4 permettono di osservare meglio alcune specificità del confronto tra medici di famiglia e medici ospedalieri tra i vari Paesi e, soprattutto di studiare il campo di variazione tra i minimi e i massimi. Per quanto riguarda il confronto medici di famiglia/ospedalieri si osserva che, mentre il posizionamento di questi ultimi in Australia, Canada e Olanda può risultare superiore alla media di quello inglese, nel caso dei medici di

Grafico 1 - Hospital doctors' pay-international comparisons

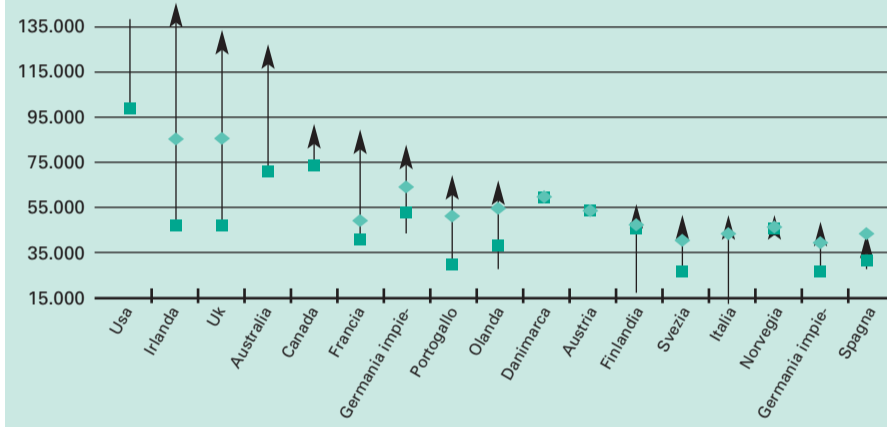


Grafico 2 - GP pay-international comparisons

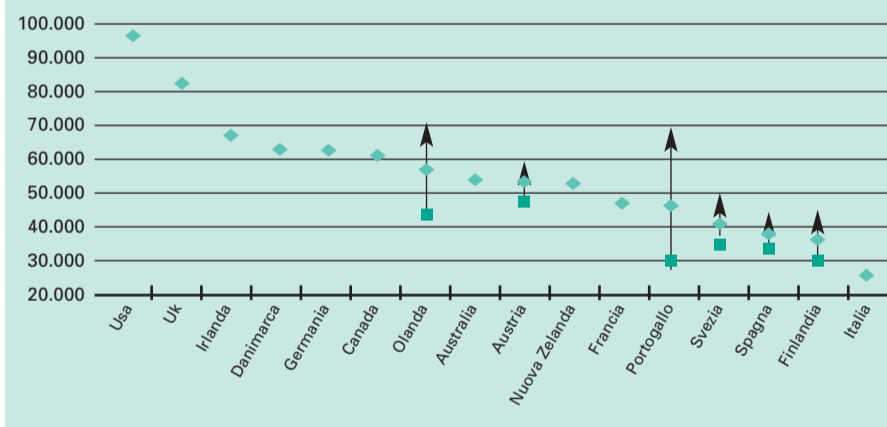


Tabella 1. Earnings (guadagni) per tipo di medico: \$PPP stima 2004

Paesi	Medici di famiglia	Specialisti (medici ospedalieri)
Australia	53.635	70.000-126.000
Austria	48.695-58.854	54.000
Belgio	40.000	60.000
Canada	60.885	74.563-90.413
Danimarca	62.903	59.422
Finlandia	36.117-43.489	44.873-52.280
Francia	47.994	40.053-88.117
Germania	62.521	40.000-63.515
Inghilterra	74.856	93.370-106.523
Irlanda	67.580	85.000
Italia	25.761	43.447
Norvegia	n.d.	46.947
Nuova Zelanda	52.793	n.d.
Olanda	57.157	55.000
Portogallo	46.297	55.999
Spagna	43.182	43.182
Svezia	40.952	40.952
Stati Uniti	96.545	98.101-197.200

Fonte: [www.hm-treasury.gov.uk/media/69E/12/foi\\_doctors1\\_0206.pdf](http://www.hm-treasury.gov.uk/media/69E/12/foi_doctors1_0206.pdf)

famiglia il livello massimo rimane inferiore per Australia e Olanda e solo per il Canada può essere superiore a quello inglese. Per quanto riguarda l'Italia il livello medio dei guadagni/stipendi è sempre inferiore, sia nel caso dei medici di famiglia che degli ospedalieri, pur essendo più elevato nel rapporto Nera rispetto a quello del secondo rapporto inglese. I grafici mostrano, inoltre, che i campi di variazione tra minimi e massimi sono elevati; lo sono di più per i medici ospedalieri rispetto ai medici di famiglia.

Si riportano, infine, nella tabella 3 i risultati di un'indagine realizzata presso l'Anaao Assomed nel 2004 relativamente agli stipendi - convertiti in Euro a partire dai valori in moneta nazionale - dei medici ospedalieri disaggregati in base al tipo di ruolo dei medici. La fonte di questi dati proviene soprattutto da comunicazioni e documenti da parte delle associazioni mediche dei vari Paesi e da statistiche pubblicate in rapporti di comparazione tra i sistemi sanitari europei e tra quelli appartenenti al gruppo dell'Ocse. Anche i dati di questa tabella confermano in termini generali i quadri precedentemente illustrati: sia i Paesi che si posizionano in alto rispetto ad altri o a medie totali che quelli che si posizionano in basso rimangono tali, mentre a cambiare è talvolta il livello assoluto degli stipendi/guadagni, in quanto a seconda delle indagini i dati riportati, presumibilmente, includono o escludono alcune componenti delle voci retributive.

L'esame complessivo dei dati appartenenti alle diverse indagini qui citate permette di avanzare alcune considerazioni e conclusioni, sia in generale che rispetto all'Italia:

- anche se è più che necessario leggere i dati con estrema cautela - data la varietà delle fonti, la completezza delle voci della struttura retributiva, l'effetto specifico (talvolta) non rilevato dell'impatto del ruolo medico sulla retribuzione nonché l'effetto delle condizioni contrattuali e del lavoro svolto, ecc. - i valori degli stipendi/guadagni sono tendenzialmente confermati dall'insieme delle indagini e, quindi, possono essere presi quantomeno come valori di ordine generale. In tal senso, appare evidente che nei Paesi del sud Europa, Italia inclusa, i livelli stipendiali sono più bassi, mentre in quelli dei Paesi anglosassoni, inclusi Usa e Canada, sono più elevati. I Paesi del centro Europa e quelli scandinavi tendono a posizionarsi nel mezzo dei suddetti estremi;
- non sembra potersi dire che le differenze dipendono dall'assetto istituzionale dei sistemi sanitari, soprattutto per il paragone Italia-Inghilterra. In entrambe esiste un Ssn, eppure la situazione inglese si colloca ad un livello assai elevato rispetto all'Italia. Anche tra i Paesi ove il sistema segue il modello dell'assicurazione nazionale obbligatoria (ad esempio, Fran-

cia, Germania) esiste un apprezzabile livello di variazione, ma tali Paesi non raggiungono mai le punte alte dell'Inghilterra e degli Stati Uniti o le punte basse dell'Italia e della Grecia. Sotto questo profilo, quello che si può dire è che ove c'è un sistema maggiormente orientato al mercato (caso Usa), i livelli retributivi tendono ad essere molto elevati. Tale situazione, però, comporta condizioni contrattuali, regole e vincoli che non si ritrovano in generale in Europa;

- mentre se si guarda ai livelli medi, la posizione tendenziale dei medici di famiglia è inferiore a quella dei medici ospedalieri quasi in tutti i Paesi, se si guarda al campo di variazione, e cioè al gioco tra i minimi e i massimi, questo dato non è sempre vero. Si danno casi nazionali ove il livello minimo dei guadagni/stipendi dei medici di famiglia è superiore a quello dei medici ospedalieri (Australia, Danimarca, Svezia), oppure varia di poco (Olanda), come casi in cui il livello massimo può essere superiore (Danimarca, Germania, Svezia). In taluni casi, inoltre, le differenze tra le due tipologie di medici sono forti (ad esempio, Usa, Australia, Canada), mentre in altri sono più contenute. Tali differenze rispetto al dato medio dominante sono presumibilmente riconducibili alla eventuale non completezza o omogeneità delle rilevazioni statistiche, ma in parte sono da attribuirsi ad effettive differenze delle politiche retributive. In ultima analisi, è assai presumibile che in tema di retribuzione sia nella forma degli stipendi che dei guadagni che in tema di redditi, giocano, nel fare la differenza, tradizioni nazionali di carattere istituzionale (tipologie di lavoro, di contratti, organizzazione del lavoro, ecc.), ma anche fattori di ordine sociale ed economico che riguardano in generale il ruolo, la posizione, l'"importanza" e il "prestigio", per così dire, che i medici hanno storicamente ricoperto e oggi ricoprono nei vari Paesi e nelle diverse società.

\*Direttore "Master in organizzazione e management dei servizi sanitari",  
Università di Napoli "Federico II"

Grafico 3 - Hospital doctors' annual average earnings, \$PPP (2002)

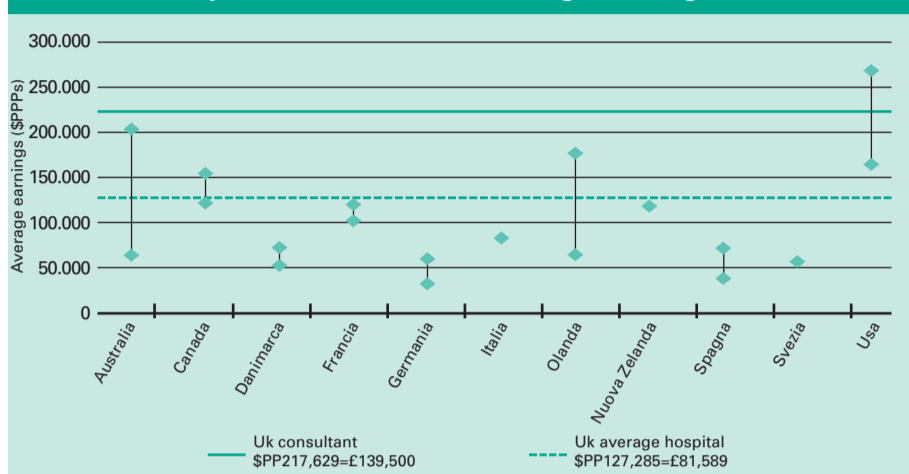


Grafico 4 - Primary care doctors' annual average earnings, \$PPP (2002)

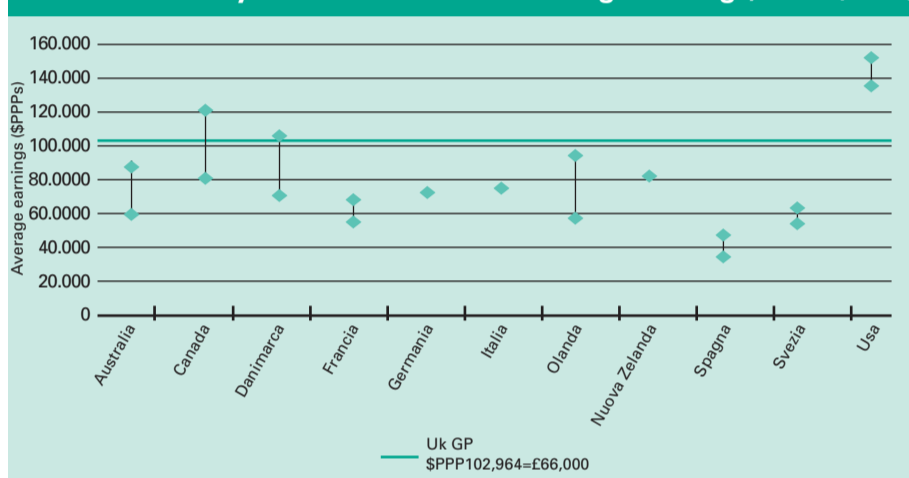


Tabella 2. Introiti annuali dei Medici Ospedalieri e dei medici di famiglia (Primary Care doctors) per Paese \$PPPs (2002)

Paese	Medici ospedalieri		Primary Care doctors		Dati Oms totale medici
	Compensi annuali (stima più alta)	Compensi annuali (stima più bassa)	Compensi annuali (stima più alta)	Compensi annuali (stima più bassa)	
Australia	203,132	59,789	86,226	60,641	65,252
Canada	154,315	117,197	117,191	81,017	101,667
Danimarca	73,236	49,279	106,251	71,090	52,324
Francia	116,007	104,056	67,221	57,319	61,441
Germania	56,455	35,465	71,443		55,426
Italia	81,414		74,300		
Olanda	175,155	64,053	92,226	57,064	
Nuova Zelanda	118,276		81,103		
Spagna	67,785	42,254	46,012	35,407	
Svezia	56,815	56,543	61,221	56,816	
Uk	127,285		102,964		92,118
Usa	267,993	165,112	151,682	136,260	126,648

Fonte: National Economic Research Associates (l'originale della tabella con le relative fonti può essere richiesta a: dirigenza.medica@anaao.it)

Tabella 3. Stipendi secondo il ruolo dei medici ospedalieri in vari paesi. Stima su dati 2000-2004, in Euro

Paesi	Ruoli o posizioni gerarchiche e funzionali			
	Senior specialist-staff specialist assistant physician	Consultant senior physician	Clinical director-head of department assistant chief physician	Hospital director chief physicians
Austria	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.
Belgio	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.
Danimarca <sup>1</sup>	73.857,2	80.571,5	87.285,8	negoziato
Finlandia <sup>2</sup>	28764(33456) 33156 (48132)	35976(48552) 47928(61008)	44952 (57912) 55752 (70092)	45.876,0 63636,0(9) 55.752,0 74508 <sup>9</sup>
Francia <sup>3</sup>	da un minimo di	32.928,0	a un massimo di	64.020,0
Germania	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.
Grecia <sup>4</sup>	7.800,0 10.800,0	13.200,00	15.600,0	n.d.
Norvegia <sup>5</sup>	salario minimo per 40 ore pari a 58.750 euro all'anno cui si aggiungono varie altre voci			
Inghilterra <sup>6</sup>	da un minimo di	95.163,9	a un massimo di	128.767,9
Portogallo	salario medio pari a 16.800 euro all'anno (nel 2003: da 20.112 a 61.452 a seconda della posizione, del livello e delle ore settimanali)			
Spagna	da un minimo di	35.000,0	a un massimo di	60.000,0
Svezia <sup>7</sup>	salario medio annuo pari a 66.058,0			
Svizzera <sup>8</sup>	salario medio annuo pari a 121.756,0			

Fonte: Elaborazione su dati, documenti e comunicazioni delle associazioni mediche e citazioni in rapporti sui sistemi sanitari dei vari paesi prodotti da organismi internazionali. Note: (1) salario annuo diviso valore cambio pari a 1 euro= 7,4468 corone; (2) salario mensile moltiplicato per 12 mesi; salario medio mensile moltiplicato per 12 mesi; le posizioni sono "trainee specialist" e "junior registrar" assimilate al primo livello pari a assistant o staff physician, "senior registrar" assimilato a senior o consultant e "director of clinic"; (5) il salario è così composto: (a) salario base = 58.750+2.500 se ha un Ph.D.+cun compenso individuale negoziato; (b) altre voci: guardie (incremento dello 0,025% del salario base; una quota negoziata per il lavoro oltre le 40 ore settimanali); (6) la remunerazione è così articolata nel nuovo contratto: (a) salario base che va da 95.163,9 a 128.767,9 euro all'anno + una quota di "addition program activities" che riguarda il lavoro oltre le 40 ore settimanali del contratto e che somma in sostanza ad 1/10 del salario a tempo pieno + una quota tra l'1-8% del salario base per attività a chiamata+ una quota denominata "clinical excellence award payment" diretta ad incentivare coloro che dedicano un impegno effettivo e completo al SSN + altre eventuali aggiunte; (7) cambio euro/corona svedese pari ad 1 euro per 9,21 corone; (8) si riferisce ad una remunerazione di 191.000 franchi all'anno per un cambio di 1 euro per 1,56 franchi; (9) comunicazione personale, 2003

I RISULTATI DEFINITIVI DELL'INDAGINE DELLA COMMISSIONE IGIENE E SANITÀ DEL SENATO SULLA LIBERA PROFESSIONE INTRAMURARIA

# Intramoenia allargata: "L'obiettivo è bloccarla a dicembre 2008"

di Ester Maragò

Mandare in pensione dal 31 luglio la libera professione negli studi privati priverebbe moltissimi medici che hanno giurato fedeltà al Ssn del loro diritto all'esercizio della libera professione, e i cittadini di una possibilità di scelta. Anche perché sono ancora molte le Aziende sanitarie, soprattutto nel Sud d'Italia, a non essersi dotate di spazi ad hoc per consentire ai camici bianchi di esercitare il loro diritto. Quindi la soluzione più opportuna per uscire dall'impasse potrebbe essere quella di fissare a dicembre 2008 la data ultima per azzerare l'intramoenia allargata.

È questo il verdetto della Commissione Igiene e Sanità di Palazzo Madama che ha approvato a maggioranza, il 18 aprile, il documento conclusivo dell'indagine avviata nel settembre 2006 per conoscere lo stato dell'arte dell'attività libero professionale intramuraria dei medici del Ssn (Alpi).

La Commissione parla chiaro spazzando via anche ogni dubbio sulla possibili ricadute negative che l'attività libero professionale potrebbe avere sulle liste d'attesa: dal complesso delle audizioni effettuate risulta, infatti, in modo abbastanza netto che "l'intramoenia non ha avuto di per sé effetti positivi o negativi sulle liste di at-

sa, ma ha piuttosto lasciato uno status quo che, in molte parti del Paese, è ancora pesantemente negativo". Anzi, evidenzia il documento "una forma particolare di libera professione che ha portato vantaggi, laddove è stata applicata, è l'acquisto da parte delle Aziende di prestazioni aggiuntive in regime di libera professione finalizzate proprio ad abbattere le liste di attesa".

La Commissione ha però posto l'accento sul fatto che "la dispersione dell'attività sul territorio in una quantità di studi privati, ancorché convenzionati, induce difficoltà se non impossibilità di controllo". Per questo, come ha sottolineato il senatore Paolo Bodini, relatore del documento, è necessario mettere fine alla "situazione di anarchica" che si è venuta a creare nella gestione dell'intramoenia allargata. Ecco perché, ha spiegato "abbiamo tracciato un percorso che deve iniziare il 31 luglio". Rimarcando che "non si tratta della solita proroga".

Vediamo quali sono le tappe suggerite dalla Commissione di Palazzo Madama.

Entro il 31 luglio 2007 ogni Dg direttore generale, sentiti i direttori di dipartimento e i dirigenti medici, predispona piani di obiettivi aziendali per ogni singola unità operativa che riguardino i volumi di attività istituzionale e di Lpi.

I piani dovranno essere approvati entro 30 giorni dagli assessori regionali che li certificano alla Salute. Sempre entro la stessa data dovranno essere presentati anche i piani di rientro dell'intramoenia allargata che dovrà essere obbligatoriamente sotto controllo entro dicembre 2008. E se la scadenza non sarà rispettata? In questo caso scatteranno poteri sostitutivi: ossia sarà nominato dal Governo un commissario ad acta per l'istituzione dell'Alpi. I piani aziendali dovranno ricevere un'adeguata pubblicità ed essere chiaramente esposti nell'ambito della struttura ospedaliera.

Per ottenere questi obiettivi, sottolinea la Commissione, i Dg devono attivare spazi realmente intramurari, acquistati o affittati o presi in convenzione con spazi ambulatoriali funzionanti. Spazi che dovranno ricevere il parere di una commissione di sanitari che esercitano l'Alpi o del collegio di direzione, e che possono anche essere condivisi con l'attività istituzionale; invece per quella in regime di ricovero devono essere previsti spazi separati. Ancora, l'intramoenia dovrà poi essere accuratamente monitorata. I tempi di attesa per le prestazioni istituzionali non devono superare di due volte quelli medi per l'Alpi in ciascuna specialità.

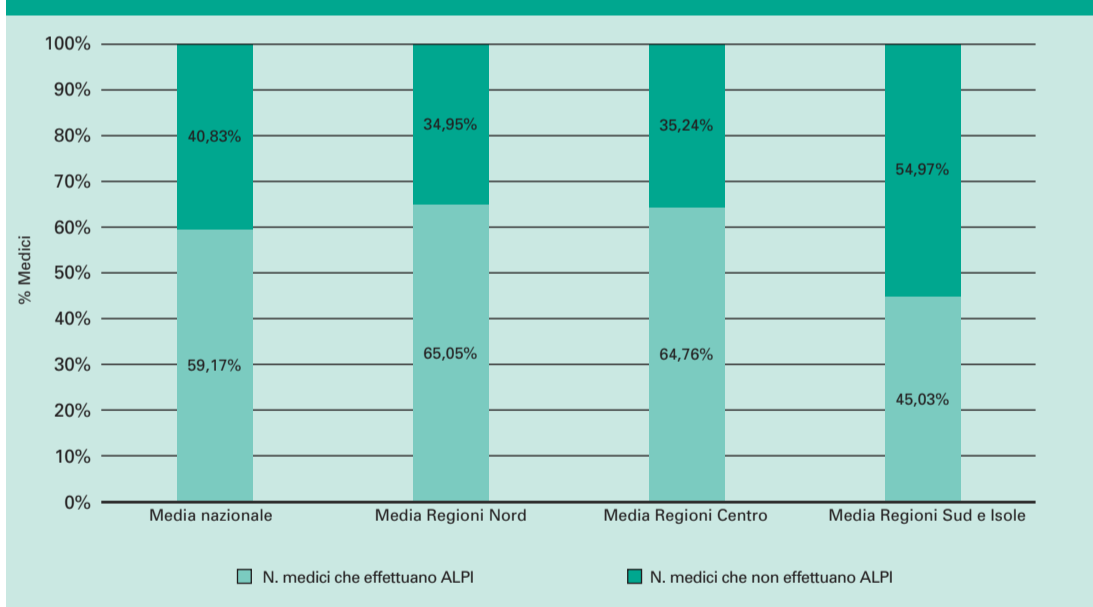
Infine, la Commissione ha proposto di creare un Osservatorio nazionale sullo stato di attuazione dei programmi di adeguamento degli ospedali e sul funzionamento dei meccanismi di controllo a livello regionale e aziendale. E ha auspicato che il ministero della Salute emani, e in tempi utili, un provvedimento per dare certezza a cittadini e operatori sulla prosecuzione dell'Alpi "nel rispetto del principio del rapporto fiduciario e dei diritti contrattuali". Il sottosegretario alla salute, Serafino Zucchelli ribadendo il no del Governo ad ulteriori proroghe ha anticipato la possibilità che l'intramoenia allargata venga esercitata in spazi esterni. Dovrebbe essere quindi emanato un decreto entro maggio che affidi la gestione e al responsabilità del sistema alle Regioni, lasciando il potere di verifica al Ministero.

## I RISULTATI DELL'INDAGINE CONOSCITIVA

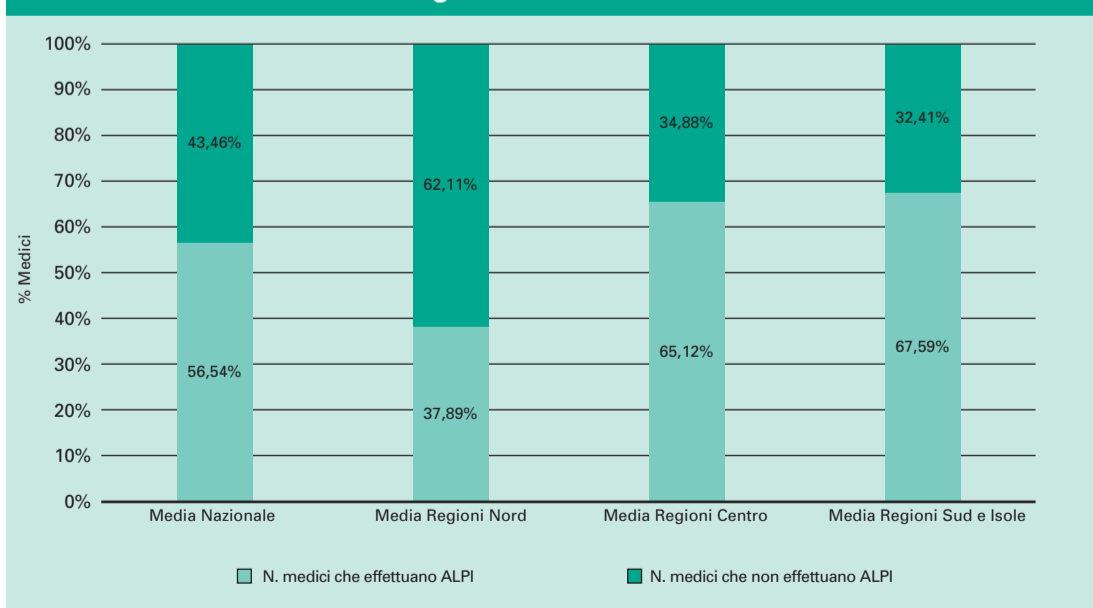
L'indagine ha rilevato, grazie a questionari sottoposti a 43 Asl e Regioni, e a ben 49 audizioni di addetti ai lavori, una situazione "critica" nell'applicazione della professione intramuraria che continua a essere "difficoltosa" soprattutto nel Sud d'Italia.

Secondo le rilevazioni, nel Ssn c'è un'adeguatezza delle strutture e dei fenomeni di carattere organizzativo, sia a livello regionale che aziendale. Le Regioni in particolare non hanno utilizzato gran parte dei fondi stanziati proprio per adeguare gli spazi riservati all'intramoenia: 327 milioni di euro sono ancora inutilizzati; le Aziende invece hanno dimostrato una "insufficiente capacità gestionale". Un'incapacità di gestione che non premia i camici bianchi fedeli al Ssn: la stragrande maggioranza: La scelta dell'esclusività è stata, infatti, decisa da ben il 95% (97,4% al Sud, 93,1% al Centro e 95,1% al Nord). Fra i medici in esclusiva il 59,1% effettua materialmente l'intramoenia, una percentuale che sale soprattutto al Nord (65%) e al Centro (64,7%) per scendere al Sud, dove appena il 45% effettua l'Alpi. Un dato quest'ultimo che può essere letto come espressione di una minore opportunità fornita ai medici del Sud Italia ed è confermato dalla percentuale di professionisti che, sul totale dei medici in intramoenia, ricorrono all'allargata. Infatti, al Sud si riscontra la percentuale più elevata (67,6) rispetto al Centro (65,1) e al Nord dove solo il 37,9% dei medici deve far ricorso a questa modalità.

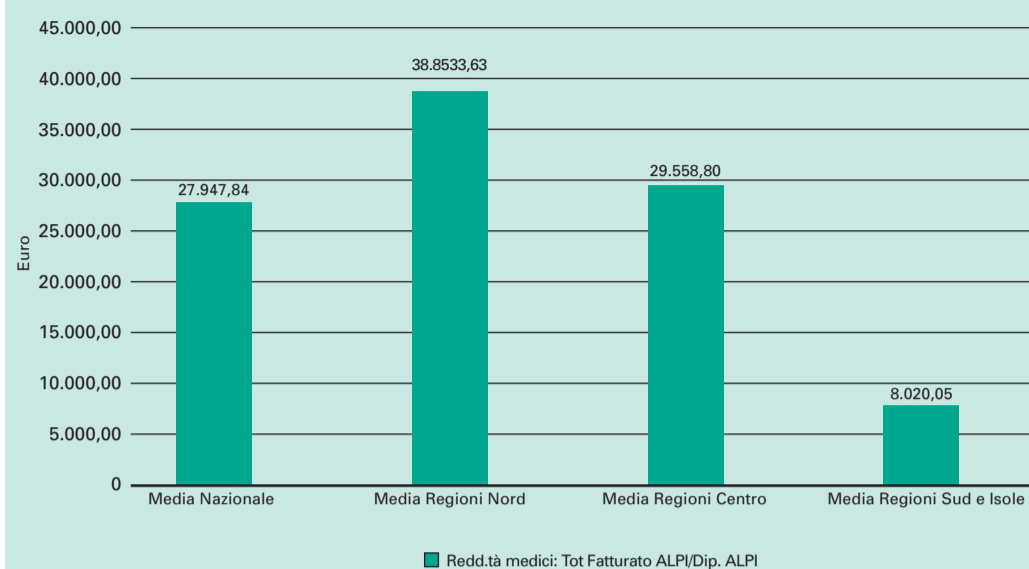
Medici che effettuano ALPI (dati medi %)



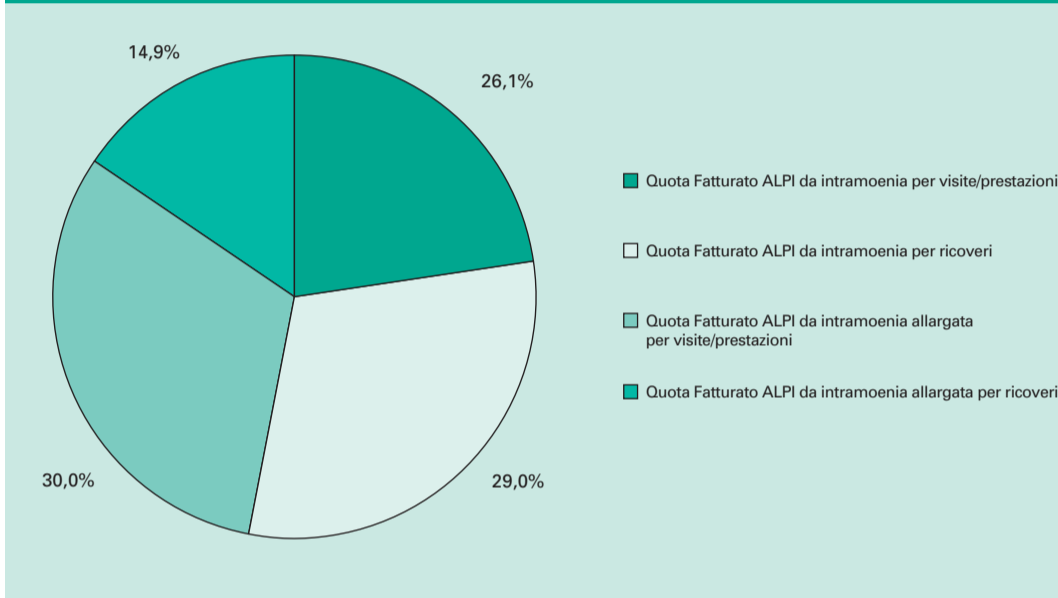
Medici che effettuano ALPI allargata (dati medi %)



## Redditività medici ALPI (dati medi)



## Composizione Fatturato ALPI e ALPI allargata (dati %)



L'indagine ha puntato i riflettori anche sui costi e i ricavi dell'Alpi.

Quanto rende l'intramoenia? La redditività media di un medico che esercita la Lpi si aggira intorno ai 26 mila euro l'anno. Ma nelle Aziende del Nord questo valore arriva a 38 mila euro, al Centro a circa 29 mila, al Sud si ferma a 8 mila euro.

Un dato interessante riguarda la quota di fatturato proveniente dall'intramoenia allargata: questa copre in media il 44,8% del fatturato e il gettito per visite e prestazioni è circa il doppio di quello per ricoveri. Nel Nord questa percentuale è minore (40,3%), cresce al Centro (52,1%) e raggiunge il picco al Sud, dove ben il 70,9% del fatturato da Lpi deriva da prestazioni in allargata,

mentre i proventi per ricoveri con questo regime sono assolutamente residuali, appena il 3%.

Ancora, dall'indagine è emerso che solo il 79% delle Asl si è dotato di una contabilità separata.

È stato misurato anche il costo dell'indennità di esclusiva: è pari al 63% del fatturato che si realizza con l'Alpi. Una proporzione che al Nord è inferiore alla media (44,1%), vantando questa zona del Paese fatturati più consistenti. Ma che sale invece al Centro dove i costi rappresentano il 65% dei ricavi, schizzando al Sud addirittura al 198%, in pratica sfiorando il doppio del fatturato.

Qual è lo stato dell'arte degli spazi dedicati all'intramoenia?

Gli spazi distinti e separati per l'Alpi sono ancora un miraggio. Fra le Aziende prese a campione, appena il 2% degli ambulatori è riservato in via esclusiva all'attività intramoenia. Una carenza evidenziata anche dal ridotto numero di ore ambulatoriali in intramoenia: solo il 15% del totale. Situazione analoga per i posti letto riservati all'Alpi, che è pari al 2,3% sul totale dei letti, percentuale molto lontana dallo standard del 10% indicato dalla legge.

Il 77,4% dispone di un Cup centralizzato, ma solo il 56,3% lo utilizza anche per le prestazioni in Lpi. L'84% ha un regolamento che disciplina l'attività, ma nel 62% in media (50% al Sud) non vengono applicate le limitazioni di orario previste dalle norme. Infine, il 68,8% delle Aziende (44,4% al Sud) ha istituito la Commissione paritetica per la vigilanza sulle attività libero professionali.

Per quanto riguarda le azioni messe in atto per controllare le liste d'attesa è emerso che il 70% delle Asl dichiara di avere un elenco dei tempi di attesa per le prestazioni a carico del Ssn consultabile dai cittadini, percentuale che al Sud scende al 50%.

Nell'80% delle Aziende esiste un tariffario per le prestazioni in Lpi, e nel 74% un elenco consultabile dei medici che hanno aderito alla libera professione intramoenia, con poche differenze fra Nord, Centro e Sud.

## IL COMMENTO DELL'ANAAO ASSOMED

Sui risultati rilevati dalla Commissione d'indagine di Palazzo Madama si è pronunciata l'Anaa Assomed.

“L'inserimento della attività intramoenia, ancorché allargata, in un sistema organizzato di controllo e gestione aziendale che utilizzi, se necessario, anche spazi esterni alla Azienda – ha sottolineato il sindacato – potrebbe dare l'avvio ad un sistema stabile e trasparente che garantisca il diritto dei medici e quello dei cittadini. Ovviamente fatte le necessarie verifiche tecniche e con la collaborazione di organismi professionali”.

Uno dei pregi non secondari dell'indagine, aveva rilevato il sindacato quando furono presentati i risultati dell'indagine nel mese di marzo, è quello di avere “autorevolmente, e con dovizia di dati, fatto piazza pulita di molti luoghi comuni a proposito di libera professione intramoenia, e l'aver segnalato l'esistenza in molte Regioni di standard ben lontani da quelli previsti dalla legge, ma anche l'assenza di interferenza negativa con l'orario di servizio e con le liste di attesa, che riconoscono cause strutturali non riducibili all'esercizio da parte dei medici di una facoltà che risponde a previsioni contrattuali e legislative, e l'inesistenza del disastro economico con eccessiva superficialità attribuito a tale attività”. Ovviamente, evidenzia l'Anaa Assomed “non intendiamo nascondere le ombre evidenziate dal documento, in massima parte riconducibili a deficit organizzativi, e dei meccanismi di controllo, ed all'insufficiente capacità gestionale di chi ha tali responsabilità”.

## Informazione scientifica, ricerca e industria: sindacati e Fnomceo chiedono più trasparenza

Definire regole condivise dal mondo dei professionisti e dalle industrie del farmaco e dei prodotti biomedicali per salvaguardare il carattere “etico” del mercato in funzione del riconoscimento al cittadino del diritto alla tutela della salute. È questo l'obiettivo a cui puntano i sindacati della dirigenza medica e del mondo convenzionato, e Fnomceo che, in occasione di una riunione presso la sede della Federazione degli Ordini, si sono conforati sulle tematiche relative al conflitto di interesse in Medicina.

La recente decisione di Farindustria di voler superare la fase di stallo determinata dallo stop alle sponsorizzazioni di eventi scientifici, attraverso un

codice di autoregolamentazione che ne disciplini le modalità, pur con le dovute osservazioni in merito, è stata giudicata complessivamente un fatto positivo. Tuttavia è necessario che rappresentanze sindacali ed ordinistiche assumano un ruolo attivo nella ricerca di soluzioni regolamentari che ispirate alla deontologia ed ai valori della professione tentino di arrivare ad un equilibrio stabile del sistema, rafforzando i valori della formazione scientifica e culturale del medico.

Per questo nel corso dell'incontro è stata decisa l'istituzione di gruppi di studio, coordinati dal Presidente della Federazione degli Ordini, Amedeo Bianco, sui quattro temi caldi: informazione del farmaco e

dei prodotti biomedicali; accreditamento della formazione in relazione alla valutazione dei conflitti di interesse dei sistemi formativi; ricerca e produzione della conoscenza scientifica; valutazione e qualità dei prodotti in relazione alla formazione delle gare di acquisto.

La Fnomceo si farà carico di allargare il tavolo ad un confronto con i rappresentanti di Farindustria ed Assobiomedica affinché tutti i soggetti istituzionali interessati al problema del conflitto di interessi in Medicina siano coinvolti nella ricerca di possibili soluzioni. Ed anche l'Anaa Assomed in virtù della sua tradizione e dell'esperienza radicata nel Ssn è pronta a dare il suo aperto e fattivo contributo.

LA SANITÀ NELLA REGIONE

## Campania

# La difficile rimonta di una sanità in equilibrio precario

LA CAMPANIA È TRA LE SEI REGIONI CON I BILANCI IN ROSSO PER LE QUALI È STATO ADOTTATO IL "PIANO DI RIENTRO DAL DEFICIT". MA LA STRATEGIA ATTUATA PER AZZERARE IL DEBITO, COSÌ COME IL PIANO DI RIORGANIZZAZIONE DELLA RETE OSPEDALIERA, NON CONVINCE L'ANAAO ASSOMED, CHE GIUDICA NEGATIVAMENTE IL BLOCCO DEL TURN OVER, IN QUANTO POTREBBE AVERE RICADUTE PESANTI SULL'ASSISTENZA AI CITTADINI

di Ester Maragò

“In Campania non c'è malasanità, ma una pessima organizzazione regionale con problemi strutturali che si trascinano da anni e hanno visto solo risoluzioni cartacee e non concrete”.

Parla chiaro Carlo Melchionna, segretario regionale dell'Anaa Assomed, che dice basta alle operazioni di facciata. E non esita a definire “un libro dei sogni” il Piano di rientro dal deficit firmato il 13 marzo scorso dal presidente Antonio Bassolino, e dai ministri della Sanità e dell'Economia, Livia Turco e Tommaso Padoa Schioppa.

È lungo l'elenco delle inefficienze che hanno portato la Campania ad essere inserita nel libro nero delle Regioni meno virtuose in compagnia di Lazio (che se la passa anche peggio), Liguria, Abruzzo, Molise e Sicilia.

I conti sono in rosso profondo, 3 miliardi e 700 milioni di euro quasi tra il 2001 e il 2005. E solo di recente è stato approvato il Piano di riorganizzazione della rete ospedaliera che però, come rileva Melchionna, lascia inavese le richieste di una definizione più puntuale del riassetto dell'assistenza sanitaria. Non solo, impone tagli indiscriminati alle Aziende senza aver prima verificato le capacità produttive di ogni singola struttura.

Insomma, per il sindacato, dalla Regione arrivano solo interventi generici che non affrontano alla radice le criticità, in primis quella del disavanzo: infatti, le risorse disponibili per la Campania rimangono insufficienti per contenere un deficit di spesa annuale del Ssr ormai in “barella”.

Tirando le somme, per Melchionna l'obiettivo di una programmazione regionale per una seria riorganizzazione e redistribuzione delle risorse non è stato centrato.

Ma l'assessore regionale alla sanità non ci sta, e rispedisce le accuse al mittente ricordando che sulla bontà del Piano di rientro si sono pronunciati i Ministeri competenti dopo averlo sottoposto a controlli severi.

Cosa prevede il documento di rientro dal debito regionale? La strategia messa in atto per la riduzione strutturale del disavanzo accumulato agirà su due leve: taglio dei costi e aumento delle entrate. Se andrà a buon fine consentirà al Ssr di raggiungere, nel 2010, il completo equilibrio finanziario.

Per raggiungere l'obiettivo della copertura del deficit 2001-2005 è stata lanciata la più grande cartolarizzazione mai ef-

fettuata da una Regione: poco più di 2,264 mld di euro da ammortizzare in 29 anni con un esborso di 170 mln all'anno interamente coperto dall'incremento delle imposte regionali. La gestione dell'operazione è affidata alla Soresa, società ad intero capitale regionale appositamente costituita. Insomma, una manovra complessa che, secondo la Regione, ha già prodotto qualche frutto: nel 2006 la riduzione dei costi di produzione e l'aumento delle entrate ha portato ad una diminuzione del disavanzo di circa 1 mld di euro.

E per mettere in ordine i conti si interverrà anche sul costo del personale che assorbe circa 4 mld l'anno. Sancito il blocco del turn over pari al 75% delle cessazioni dal servizio registrate nel 2006 per il personale infermieristico, e del 90% per il resto del personale. Per gli anni successivi le percentuali si ridurranno rispettivamente a 50 e 75%. Il blocco è invece totale per i contratti a tempo determinato. Infine, si dà il via libera alla centralizzazione degli acquisti di beni e servizi che sarà operata sempre dalla Soresa.

Alcuni dei capisaldi del Piano che ridisegna la rete ospedaliera per il triennio 2007/2009 – varato alla fine del 2006 dopo due anni di lavori – sono la riorganizzazione in rete dei servizi sanitari, la razionalizzazione degli ospedali per funzioni (saranno gli atti aziendali a dettare le linee d'azio-

ne) e la riduzione dei posti letto. Per rendere efficiente l'assistenza è istituito in ciascuna provincia il Coordinamento Tecnico.

Tra le innovazioni introdotte c'è il principio in base al quale al di sotto di un tasso di utilizzo dei posti letto inferiore al 75% o superiore al 95% ai Dg è fatto obbligo di riconvertirli o rispettivamente incrementarli, anche per tagliare le liste d'attesa e le barelle in corsia, pratica che nelle Regione Campania non è così inusuale. Spicca la contrazione dei posti letto: rispetto ai 5,5 per mille abitanti si passa al 4,2 per mille con un taglio dell'1,3 per mille. In cifre, verranno cancellati da 4000 a 6000 posti letto.

## Rigore, spesa razionalizzata e più risorse

**Assessore Montemarano, il Piano di rientro dal deficit non ha ricevuto il placet dei sindacati della dirigenza medica e sanitaria. Le sigle sindacali hanno dichiarato lo stato di agitazione rimarcando che l'accordo è stato sottoposto alla loro attenzione solo dopo essere stato approvato e senza la “dovuta preventiva concertazione”. Di più, il Piano è stato definito dal segretario regionale dell'Anaa Assomed un “libro dei sogni”. Come replica?**

Se dovessi limitarmi ad una battuta direi che la pensano diversamente dal segretario regionale Anaa, sia il ministro della Salute, Livia Turco, sia quello dell'Economia, Padoa Schioppa che, invece, il Piano lo hanno approvato. Battute a parte ed entrando nel merito tengo a sottolineare che il Piano ha ottenuto il via libera dal Governo nazionale dopo un lungo esame durato ben otto mesi, durante i quali i rispettivi pool di esperti, dell'asses-

so e dei ministeri competenti, hanno dato luogo ad un confronto serrato, esaminando carta su carta e numero su numero. Non ci è stato regalato nulla, così come nulla è sfuggito ai controlli severi dei funzionari ministeriali. Credo di poter affermare, in tutta serenità, che un piano “improvvisato”, che non fosse stato frutto di un accorto lavoro programmatico, non avrebbe avuto neppure una possibilità di essere condiviso dai due ministeri, segnatamente quello dell'Economia.

Per comprendere la gravità della situazione che ci siamo trovati ad affrontare al momento del nostro insediamento occorre partire da una prima riflessione: il debito sanitario della Campania è strutturale perché nasce da un'iniqua distribuzione delle risorse. Il criterio, sino ad oggi adottato, a giusta ragione tiene conto dell'incidenza della popolazione anziana in ogni Regione, ma “dimentica” di dare analogo peso alla cosiddetta povertà relativa per cui la Cam-

### Campania

Popolazione: 5.760.353

Medici: 9.816

Infermieri: 21.293

Mmg: 4.437

Pdl: 784

Guardia medica: 1.854

# "Basta alle operazioni di facciata"

**INTERVISTA A CARLO MELCHIONNA,  
SEGRETARIO REGIONALE  
ANAAO ASSOMED CAMPANIA**

## Dottor Melchionna, quali sono le criticità della politica sanitaria regionale?

Le difficoltà della Regione Campania sono note a tutti: in dieci anni abbiamo accumulato un debito di circa 10 mila miliardi di vecchie lire, dichiarati. Ma in realtà il deficit potrebbe essere maggiore: si parla di ulteriori 2 mila mld di deficit.

Soprattutto, le soluzioni messe in atto per risalire la china non ci convincono. Nel Piano di rientro dal disavanzo c'è una riduzione drastica delle risorse che mette a repentaglio la possibilità di garantire i Lea. Soprattutto non sono state stabilite le priorità. In particolare non ci convince l'istituzione della Soresa e il fatto che abbiamo contratto con l'invenzione di questa società un debito trentennale che condizionerà almeno due generazioni senza avere le garanzie reali di allineare la spesa sanitaria regionale alla media nazionale.

Insomma, siamo in presenza dell'ennesimo libro dei sogni. Un progetto che non risponde alle criticità, non produce risparmio e non prende in considerazione i bisogni di assistenza, anzi li danneggia.

Inoltre, il Piano è stato sottoposto all'attenzione dei sindacati solo dopo la sua approvazione. Per questo abbiamo dichiarato con altre sigle sindacali lo stato di agitazione.

## Insomma il Piano di rientro dal deficit è da rispedire al mittente. Quello di riorganizzazione della rete ospedaliera approvato alla fine del 2006 è più incisivo?

Anche in questo caso siamo di fronte all'ennesima descrizione di come si "potrebbe", e il condizionale è d'obbligo, riorganizzare la Regione. Nel Piano non ci sono prese di posizione nette, ma solo dichiarazioni di intenti che, di fatto, lasciano invariato lo status quo.

Basta pensare che la definizione delle strategie da attuare in ambito provinciale per riorganizzare la rete ospedaliera è demandata alla libera interpretazione di un Coordinamento Tecnico, formato da sindaci dei Comuni dei presidi ospedalieri, Direttori generali e due tecnici di cui uno nominato dall'Assessore alla sanità e uno dalla Commissione regionale Sanità, su designazione della minoranza. Tutti politici che non prenderanno mai decisioni impopolari anche se necessarie, come quella di chiudere strutture fatiscenti che non rispondono a criteri di qualità e ad esigenze organizzative assistenziali. Bisogna invece avere il coraggio di dire che vanno chiuse per ricostruire, nel giro di cinque anni, strutture

nuove. Ma questo non avviene.

## Quali soluzioni bisognava adottare per riorganizzare la rete ospedaliera?

Partire da una riorganizzazione a livello provinciale meno generica. Ci saremmo aspettati due ospedali di alta specialità per provincia, e la riconversione dei presidi pubblici o privati per branche, identificando quindi la rete oncologica, pediatrica e via dicendo. In sostanza, la soluzione più opportuna sarebbe stata l'emanazione da parte della Regione di Atti di indirizzo contenenti indicazioni specifiche.

Invece c'è stato solo un diktat: tagliare la spesa del 18% nelle Aziende sanitarie. Una cura dimagrante imposta indiscriminatamente a tutte le Aziende senza operare un'analisi preventiva della produttività di ogni singola struttura. E senza offrire indicazioni su come raggiungere il risparmio. Attraverso la riduzione degli straordinari? Delle prestazioni? O magari attraverso il taglio delle spese per il personale che rappresenta tra il 70-80% del bilancio aziendale?

Di certo sappiamo che sarà il Direttore generale a decidere autonomamente come raggiungere l'obiettivo.

## Il Piano di rientro dal deficit prevede il blocco del turn over. Come giudica questa misura.

Anche questo intervento è stato introdotto in maniera generica e indiscriminata. Infatti, non c'è stata la necessaria ricognizione sullo stato dell'arte degli organici regionali che avrebbe consentito di individuare carenze o esuberanti nelle varie branche specialistiche. Si parla, quindi, genericamente di mobilità del personale senza stabilire chiaramente quali sono le necessità regionali per specialità. Non c'è stato in sostanza un piano specifico di rientro, inoltre non sappiamo chi dovrebbe collocare il personale in mobilità. Si deduce che il direttore generale, dopo avere deciso i tagli, mette un tot di persone in mobilità, fa una miscela e poi stabilisce che queste persone vanno trasferite.

C'è poi un altro aspetto da non sottovalutare: l'età media del personale in Campania è di 51 anni. E quest'anno molti andranno in pensione. Alla luce di questo scenario chiedere ai medici di continuare a sostenere turni di guardia massacranti, magari in pronto soccorso, e tagliare anche le liste d'attesa senza l'arrivo di nuove forze fresche è arduo.

## Altri nodi da sciogliere?

Quello dell'accreditamento delle strutture private che in Campania sono ancora in regime provvisorio. Per queste strutture occorre un piano di riorganizzazione accurato per evitare

duplicazioni e arrivare ad una integrazione programmata tra pubblico e privato. Non è possibile avere trenta strutture che si occupano di ginecologia e magari nessuna che si occupa di cardiocirurgia. Anche in questo caso bisogna avere il coraggio di riconvertire le strutture e utilizzarle diversamente. In Campania, a fronte dei 58 ospedali, abbiamo circa 83 case di cura private più vari centri convenzionati di radiologia, riabilitazione, e laboratori di analisi. Esistono situazioni paradossali: a Napoli, nella sola via Roma sono attivi ben 24 laboratori di analisi privati, e nella zona ci sono tre centri pubblici dove effettuare le analisi. Questa sarà pure una comodità per i cittadini, ma in termini di costi è una situazione inaccettabile.

Si parla poi di integrazione ospedale territorio, ma anche in questo caso non c'è stato alcun atto di indirizzo da parte dell'assessorato. I distretti non funzionano. Stabiliamo invece che i servizi possano essere effettuati solo sul territorio e non dall'ospedale che, come avevamo proposto, le visite specialistiche siano eseguite in ospedale solo pre e post ricovero, e quelle ordinarie sul territorio.

## Come sono i rapporti con l'assessore Montemaranò?

Abbiamo ottimi rapporti personali, ma come assessore ha tradito lo spirito di concertazione che dovrebbe accompagnare il suo lavoro.

## Il 31 luglio scade il termine per effettuare la Lpi. La Regione si sta attrezzando?

Pensare di rispettare questa data è praticamente impossibile: abbiamo già scarsi spazi per l'attività istituzionale, figuriamoci per quella libero professionale. Inoltre, i Direttori generali tra tagli e fondi irrisori non avranno alcun interesse ad investire risorse per creare spazi ad hoc. È quindi inevitabile che preferiranno privilegiare l'assistenza ordinaria invece di quella straordinaria. Stiamo perciò cercando di trovare alla men peggio spazi principalmente per l'attività ambulatoriale. Per quella in regime di ricovero solo al Monaldi e al Cardarelli ci sono spazi separati dall'attività istituzionale.

## Ma per la sanità campana esiste una soluzione per uscire dall'emergenza?

Sì, ci vorrebbe un commissariamento serio. Con una persona che non ha alcun legame con il potere regionale, che non subisca condizionamenti da nessuno. Soprattutto che stabilisca regole severe: in Campania abbiamo bisogno di imposizione per produrre risultati.

## INTERVISTA AD ANGELO MONTEMARANO ASSESSORE ALLA SANITÀ DELLA REGIONE CAMPANIA

pania, Regione giovane per eccellenza in virtù dell'alto tasso di natalità, è stata pesantemente penalizzata proprio sul fronte dove (ricchezza pro capite) lamenta innegabili ritardi. Non vi è chi non possa vedere lo stretto nesso che passa tra condizioni socio-economiche e salute. Del resto il criterio al quale ci appelliamo è considerato prioritario dalla stessa Organizzazione mondiale della sanità. Da questo primo ragionamento scaturiscono, via via, tutti gli altri. Il debito ereditato sfiorava i sei miliardi di euro per cui è stato necessario scorporarlo dalla gestione corrente. Cosa che è stata fatta costituendo una società ad hoc, la Soresa, chiamata a gestire il debito pregresso oltre che, a breve, gli acquisti della sanità campana che saranno centralizzati.

Maggiore rigore, razionalizzazione della spesa, maggiori risorse dallo Stato. Questi gli obiettivi, tutti realizzati, che ci ponevamo alla vigilia.

## Una delle critiche mosse al Piano dal sindacato riguarda il blocco del turn over. L'intervento sarebbe stato deciso senza avere dati certi sullo stato dell'arte degli organici regionali. La mancanza di informazioni su carenze o esuberanti nelle varie branche specialistiche potrebbe ingenerare un'assistenza non uniforme sul territorio?

Questo è stato il punto più controverso al tavolo romano

chiamato ad approvare il Piano di rientro presentato dalla Campania. Non è stato facile, di fronte alla rigida proposta ministeriale di blocco totale del turn over, ottenere una deroga del 10% per il personale medico e del 25% per il personale infermieristico. Deroga che viene ampliata negli anni successivi al 2007 del 50%, ad esempio, per i profili professionali degli operatori sanitari non medici. Si tratta, indubbiamente, di una norma restrittiva ma che lascia spazio di manovra, in chiave locale, per consentire il funzionamento del sistema assistenziale regionale senza che vi siano ricadute negative sui cittadini.

## Le Aziende dovranno tagliare le spese del 18%. Anche in questo caso la misura colpisce in maniera indiscriminata tutte le Aziende in quanto non tiene conto della produttività di ogni singola struttura. Inoltre, non chiarisce come raggiungere l'obiettivo e passa la palla ai Direttori generali. È proprio così?

L'atto deliberativo (numero 1843 del dicembre 2005) al quale fa riferimento il segretario Anaaò è, di fatto, superato dai recenti provvedimenti adottati dalla Giunta regionale che lo modificano nella sostanza. Nessuna Asl è più tenuta a rispettare quei parametri perché superati da quanto previsto nell'accordo siglato con il Governo nel momento stesso in cui è stato sottoscritto il Piano di rientro: le

aziende hanno possibilità di incrementare i costi dal 2 al 4% annui. Quella delibera, però, se ci si passa il paragone, è il grimaldello in grado di aprire la cassaforte del Governo convincendo sulla serietà dell'azione intrapresa per il risanamento economico. Inutile girarci intorno, ricorrendo a facili demagogie, anche negli anni precedenti il 2006 nonostante il risparmio programmato ci siamo trovati di fronte a sforamenti da capogiro. Non esistono ricette magiche per ridurre le sacche di spreco in sanità, ma solo un lavoro di programmazione serio ed un'azione mirante ad intensificare i controlli. Se nel 2006 siamo riusciti a risparmiare (tra maggiori rimesse nazionali e risparmio effettivo) circa un miliardo di euro rispetto all'anno precedente e a parità di prestazioni erogate ai cittadini, questo significa che il percorso intrapreso è quello giusto.

## Le Aziende si stanno attrezzando per predisporre, entro il 31 luglio, gli spazi necessari all'esercizio della libera professione intramuraria?

Non ci nascondiamo, sull'attività libero-professionale la Regione accusa ritardi, ma mi piace mettere in evidenza che il mio assessorato, negli ultimi anni, ha prodotto una serie impressionante di provvedimenti mirante proprio alla risoluzione dell'annosa problematica. Siamo convinti che l'azione avviata produrrà i risultati sperati.

LA SANITÀ NELLA

# Valle d'Aosta

## Un buon sistema, ma da migliorare

UN GIUDIZIO COMPLESSIVAMENTE POSITIVO QUELLO SULLA REALTÀ SANITARIA VALDOSTANA, ANCHE SE NON MANCANO I PUNTI DEBOLI, LEGATI IN PARTICOLARE AL FATTO CHE LA REGIONE AUTONOMA VALLE D'AOSTA DISPONE DI UN'UNICA UNITÀ SANITARIA LOCALE, A CUI SPETTA DI RISPONDERE AI BISOGNI DI SALUTE DELL'INTERA POPOLAZIONE. MA GLI ACCORDI CON LE REGIONI VICINE RISOLVONO IN PARTE IL PROBLEMA

di Lucia Conti

La Valle d'Aosta è una Regione piccola, ma non facile. Come tutte le Regioni di montagna, ha un territorio difficile da gestire e una popolazione turistica che in determinati periodi dell'anno comporta l'aumento della domanda di salute. Nonostante questo, però, il giudizio sulla sanità valdostana è complessivamente positivo, come sostenuto dal segretario regionale dell'Anao Assomed Piero Sirianni nell'intervista pubblicata nella pagina a fianco. Ma anche come affermato dalla Commissione parlamentare d'inchiesta sull'efficacia e l'efficienza del Servizio sanitario nazionale. Per quanto riguarda la Valle d'Aosta, infatti, il rapporto rileva un buon livello di qualità dei servizi, in una situazione di sostanziale equilibrio di bilancio.

Tuttavia, la sanità valdostana ha i suoi punti deboli. La mobilità sanitaria, ad esempio, dovuta anche all'assenza di alcune specialità all'interno del servizio sanitario regionale. Ma anche le condizioni di lavoro dei medici non sono ottimali, come spiegato dal segretario regionale dell'Anao. Il precariato è un punto dolente e molti medici finiscono per andare a cercare migliore fortuna in altre Regioni.

### STATO DI SALUTE DELLA POPOLAZIONE

Secondo il censimento del 2002, la popolazione ammonta a circa 120 mila abitanti: i bambini da 0 a 10 anni sono il 9,7% della popolazione totale, mentre gli anziani di età compresa tra 65 e 75 anni sono il 10,3% (un valore appena inferiore a quello della media nazionale); gli over 75enni sono il 7,9% (inferiori anche in questo caso alla media nazionale).

In linea generale, i valdostani stanno bene. Così emerge dall'Indagine Istat sullo stato di salute e sull'accesso ai servizi del 2000, secondo la quale solo il 7,3% degli uomini e il 13% delle donne della Valle d'Aosta ha dichiarato di sentirsi "male o molto male" riferendosi alla propria condizione psico-fisica.

Tra gli anziani ultrasessantacinquenni, ad incidere maggiormente sulla salute delle donne sono l'ipertensione, le vene varicose, le malattie della tiroide, le artrosi e le artriti, le lombosciatalgie e l'osteoporosi. I loro coetanei uomini sono invece maggiormente colpiti da bronchite cronica, ulcera gastrica o duodenale e da ipertrofia della prostata.

Per quanto attiene l'analisi della mortalità, la Valle d'Aosta presenta una mortalità tipica delle zone di montagna, dove gli indicatori sono spesso sfavorevoli rispetto a quelli registrati nelle altre zone del territorio nazionale. Questo è dovuto a numerosi fattori legati in parte agli stili di vita, alle caratteristiche del territorio e alle modalità di accesso ai servizi. Come nel resto d'Italia, comunque, anche in Valle d'Aosta le principali cause di morte sono quelle imputabili a patologie dell'apparato circolatorio e ai tumori, che insieme incidono sulla mortalità totale per il 61,9% tra gli uomini e per il 70,25% tra le donne.

### IL PIANO SANITARIO REGIONALE 2006-2008

Approvato nel giugno 2006, il Piano Regionale per la Salute e il Benessere Sociale 2006-2008 è teso alla tutela e al miglioramento della salute e del benessere sociale della

### Valle d'Aosta

Popolazione: 123.000 circa

Strutture di ricovero pubbliche: 1

Punti di guardia medica: 8

Personale dipendente Ausl: 1.931 nell'anno 2003

Medici e odontoiatri: 265

Personale infermieristico: 670

persona attraverso due linee, come ha spiegato l'assessore alla sanità, Antonio Fosson, presentando il documento: da un lato si riserva alla struttura centrale, l'ospedale, il trattamento degli ammalati "acuti", e si riconosce ad esso una vocazione all'eccellenza, cioè il compito di offrire un trattamento sempre più appropriato facendo diminuire, così, la mobilità passiva; dall'altro si valorizza il territorio potenziando l'attività dei medici di famiglia e stabilendo nuovi percorsi di continuità assistenziale. "È un Piano - ha affermato l'assessore - che indica in concreti e adeguati programmi di prevenzione un'arma importante, da utilizzare con maggiori risorse".

Tra le priorità su cui puntare, la riorganizzazione delle politiche sociali attraverso l'attuazione dei Piani di Zona e il coinvolgimento degli amministratori locali, del volontariato presente e del terzo settore. Ma anche un'attenzione programmatica particolare alle politiche familiari e giovanili, così come all'integrazione sociale e lavorativa delle persone disabili.

Più in dettaglio, tra gli obiettivi vi è quello di razionalizzare l'organizzazione delle attività di prevenzione e di promozione della salute attraverso lo sviluppo della distrettualizzazione delle attività e revisione dei compiti del Dipartimento di Prevenzione, oltre che promuovendo programmi di prevenzione primaria e per la tutela dai rischi, anche negli ambienti di lavoro e domestici.

Molta attenzione viene poi rivolta al necessario e strategico sviluppo della continuità assistenziale e la realizzazione di un'organizzazione unitaria dei servizi basata sul distretto.

### LA MOBILITÀ SANITARIA

La regolamentazione dei flussi di mobilità passiva è una problematica riguardante tutte le Regioni, anche se qualcuna in particolare. In Valle d'Aosta, nell'anno 2004, il saldo finanziario complessivo della compensazione sanitaria è risultato negativo e pari a circa 16 milioni di euro. Le principali migrazioni avvengono con le Regioni dell'Italia del Nord-Ovest ed in particolare con il confinante Piemonte, per una quota del 63% sul totale, di cui il 34% verso strutture private convenzionate.

Il quadro generale descrive una situazione caratterizzata da una fuga incentrata principalmente su di una specialità, l'ortopedia e traumatologia. D'altra parte, il ridotto bacino di utenza e la necessità di una qualità professionale basata anche sul numero di prestazioni effettuate portano ad attuare scelte assistenziali che escludano la fornitura di alcune prestazioni di altissima specializzazione in Valle d'Aosta. Ecco il perché di tanti accordi con le Regioni vicine, tra cui

si possono ad esempio citare quelli che hanno permesso la realizzazione dell'Associazione interregionale trapianti (Airt), del Centro interregionale trapianti Piemonte e Valle d'Aosta, della Rete oncologica Piemonte e Valle d'Aosta, dell'Accordo interregionale plasmaderivazione (Aip).

### UNA NUOVA ORGANIZZAZIONE DELLE SEDI OSPEDALIERE

Riorganizzare le sedi ospedaliere puntando all'eccellenza. È questo l'obiettivo della Valle d'Aosta, come sottolineato nel Psn. Prioritaria l'unificazione delle attività per acuzie presso un unico presidio. L'insieme degli interventi di edilizia sanitaria costituisce il presupposto per lo sviluppo dell'attività ospedaliera secondo una logica che preveda l'erogazione da parte dell'ospedale delle prestazioni a maggior complessità, in un rapporto che deve essere di forte collaborazione e collegamento con la territorialità, finalizzato alla creazione di una rete di servizi più vicina al cittadino e necessaria a soddisfare le sue esigenze e bisogni di salute. La concentrazione dell'assistenza ospedaliera in un'unica sede, secondo le prospettive delle istituzioni regionali, permetterà inoltre di dare all'ospedale un'impostazione organizzativa più flessibile. Gli interventi di riorganizzazione dovrebbero consentire, peraltro, di recuperare la disponibilità di spazi da destinare all'attività di riabilitazione e di lungodegenza. Attività che, al momento, sono inserite nelle attività di ricovero per acuzie svolte dalle singole unità operative di degenza.

### Assessore Fosson, quali sono le condizioni della rete ospedaliera della Valle d'Aosta?

Innanzitutto vorrei ricordare che la Regione Autonoma Valle d'Aosta finanzia interamente con proprie risorse il Sistema sanitario regionale.

In Valle d'Aosta esiste un'unica rete ospedaliera formata da tre presidi ospedalieri in cui si concentrano grande parte dei bisogni di assistenza sanitaria di circa 120 mila cittadini. Anche da noi negli ultimi anni a causa dei processi tecnologici e delle maggiori esigenze degli utenti, i ricoveri ospedalieri sono sempre più concentrati e brevi a dimostrazione del fatto che, come avviene ormai da molto tempo anche in altre realtà regionali, il nostro ospedale è sempre di più il luogo del trattamento di patologie acute. Tutto ciò non ha impedito all'Amministrazione regionale e alla nostra Azienda Unità sanitaria locale di Aosta di perseguire l'obiettivo di mantenere un buon livello di efficienza dei nostri servizi, garantendo nel contempo l'eccellenza di alcune specialità nel campo delle discipline mediche, chirurgiche, diagnostiche e interventistiche, sia sotto il profilo radiologico che di quello neurotraumatologico.

Stiamo infine lavorando con molta attenzione, rivedendo alcune scelte del passato, ai progetti di edilizia ospedaliera perché vorremmo conciliare l'esigenza dell'am-



# Le condizioni di lavoro dei medici devono migliorare

**INTERVISTA A PIERO SIRIANNI,  
SEGRETARIO REGIONALE  
ANAAO ASSOMED VALLE D'AOSTA**

## Dottor Sirianni, quali sono le principali criticità della sanità valdostana? Quali i punti di forza?

Un presidio ospedaliero suddiviso in più sedi costituisce un problema ereditato. L'assessorato ha operato una scelta di ampliamento verso est del corpo principale.

Il precariato è un altro punto dolente: rischiamo di perdere professionisti validi che, giustamente, non vedendo prospettive in loco, partecipano a concorsi nelle Regioni limitrofe.

Ci sono posti di direttore di struttura complessa non coperti, o meglio coperti con un facente funzione, talvolta da mesi o anni: è stato chiesto di bandire gli avvisi al massimo entro un anno dalla vacanza del posto. Gli stimoli per i dirigenti medici spesso sono pochi. Purtroppo anche nella nostra realtà si bada molto alla "produttività", intesa come numeri. Ci stiamo impegnando invece per dare rilievo alla qualità delle prestazioni, alla attenzione al governo del rischio clinico, al benessere in ospedale. E dobbiamo dire che c'è una discreta sensibilità da parte dell'attuale amministrazione, abbastanza ben disposta ad accogliere nostre proposte, finalizzate a colmare lacune che si sono accumulate negli anni passati. Il nostro obiettivo è quello di velocizzare l'opera di rinnovamento, per dare regole certe, chiare, valide per tutti. Ma l'amministrazione va un po' più lentamente e, purtroppo, anche alcune - per fortuna minoritarie - sigle sindacali.

La sanità valdostana è, comunque, di buon livello. Le specialità sono rappresentate ampiamente. Da poco una convenzione garantisce la presenza dei neurochirurghi e si sta lavorando per completare il servizio di radioterapia; la radiologia è anche interventistica; vengono effettuate coronarografie diagnostiche, ma non è attivo un servizio di cardiologia interventistica, per il quale ci si deve rivolgere al Piemonte.

## Quale la quota di contratti precari tra i medici? Quali sono, in particolare, le maggiori criticità delle condizioni di lavoro?

I medici precari sono 35 e 13 sono i medici a tempo determinato, su un totale di circa 300 medici. È stata fatta una richiesta esplicita all'azienda e all'assessorato di stabilizzazione di questi colleghi, che in alcuni casi si trovano in questa situazione anche da alcuni anni. Le figure mediche di cui c'è carenza sono rappresentate in particolare dagli anestesisti (anche a causa della presenza di due blocchi operatori in sedi separate, pur trattandosi di un unico presidio ospedaliero), dai radiologi, dagli ortopedici. Ma anche per varie altre specialità è palese la difficoltà a reperire medici anche per fronteg-

giare un normale turnover (pensionamenti, trasferimenti ecc.). Ovviamente c'è carenza di personale infermieristico e tanti sono gli infermieri assunti con contratto di precariato.

L'orario di lavoro, poi. Nella nostra realtà migliaia di ore di "straordinario" sono state congelate nel 2005 e siamo in attesa di una risposta da parte dell'amministrazione in merito a questa problematica. Nello stesso tempo si sta lavorando a un tavolo paritetico tra Oo.Ss. e Azienda sull'orario di lavoro anche per arrivare a stabilire un sistema di standard finalizzati all'individuazione dei volumi prestazionali.

Abbiamo un fondo aggiuntivo regionale (ex Braghetto), che è stato storicizzato sul risultato, per obiettivi che sono in fase di definizione con l'Azienda, quali il risk management. Molte unità operative usufruiscono della libera professione aziendale: abbiamo sottolineato l'importanza di un monitoraggio continuo che garantisca criteri di equità nell'attribuzione e nella retribuzione della stessa e, pertanto, abbiamo ottenuto che un organismo di controllo paritetico aziendale e sindacale vigili attentamente. Questo anche perché in passato si sono verificate sperequazioni di rilievo, che sono state causa di malcontento da parte di molti.

## In vista della scadenza dell'intramoenia allargata, quale è la situazione in Valle d'Aosta in quest'area?

Nell'ambito della struttura ospedaliera non ci sono al momento spazi idonei dedicati alla libera professione. L'azienda ha intenzione di ristrutturare suoi locali, al di fuori del presidio ospedaliero, per creare un blocco destinato alla libera professione intramoenia. I medici che svolgono la Lp allargata sono 69, di cui 36 pura e 33 mista (studio proprio e ospedale). È stato richiesto dall'intersindacale medica che l'azienda si adegui a creare le strutture idonee, in modo tale che chi svolge la Lp intramoenia pura possa svolgerla in modo adeguato, e così pure i colleghi attualmente in allargata per "scelta obbligata", lasciando comunque a chi lo desidera la possibilità di rimanere nei propri studi, per quanto riguarda le visite. C'è da precisare che in Valle d'Aosta non esistono cliniche private. È stata altresì sottolineata l'importanza evidente di poter svolgere la Lp anche al di fuori del territorio regionale. Per quanto riguarda il fatturato delle prestazioni erogate, nel 2005 è stato pari a 3.091.167 euro.

## Quali sono le condizioni della rete ospedaliera valdostana?

La rete ospedaliera valdostana si può considerare globalmen-

te in modo positivo. L'unificazione delle attività per acuzie in un unico presidio è senz'altro da noi condivisa. Auspichiamo che le scelte in corso siano per quanto possibile definitive e che interrompano una lunga serie di spostamenti di reparti.

## Quali sono i rapporti tra il sindacato e l'assessorato alla Sanità?

I rapporti tra sindacato e assessorato possono essere definiti buoni, senz'altro c'è collaborazione. Buona parte degli intenti si possono considerare condivisi, ma noi insistiamo affinché vengano bruciati i tempi per arrivare a risultati positivi per i medici e per i cittadini. Non vogliamo che i medici vengano marginalizzati, e in una realtà come la nostra, così periferica, si corre questo rischio. Crediamo molto nel ruolo della dirigenza medica, nelle idee e progetti di tanti colleghi, che purtroppo spesso si scontrano con "figure" non illuminate. Stiamo chiedendo che venga esplicitato che tra gli obiettivi dei direttori di struttura complessa ci sia anche la crescita professionale per l'équipe, con relativo "giudizio" (concertato con le Oo.Ss) in modo tale che la valutazione quinquennale rappresenti uno stimolo reale per migliorarsi e far migliorare.

Con l'art. 9 e in sede di contrattazione locale abbiamo ottenuto un miglioramento della situazione, ereditata dall'attuale amministrazione, che creava una disparità ancora tra i dirigenti appartenenti all'ex IX e all'ex X livello, e tra i dirigenti e i direttori, nell'attribuzione della quota di posizione aziendale variabile.

Ancora c'è da fare, ma le premesse sono positive. Anche la trattativa decentrata sul secondo biennio economico si è conclusa positivamente. C'è in programma un lavoro sulla revisione delle posizioni aziendali, seguendo criteri di equità (attualmente, per es., esistono più s.c. che s.s.).

## Qual è il rapporto tra ospedale e territorio?

C'è un buon rapporto. In buona parte la presenza medica è garantita dai medici ospedalieri, anche se esistono ancora alcuni sumaiisti. Oltre al poliambulatorio di Aosta, ci sono i poliambulatori di Morgex, Chatillon e Donnas, dove è possibile effettuare visite specialistiche, ecografie, esami radiologici: utilissimi per decongestionare l'ospedale e per garantire un servizio alla cittadinanza. Certo i numeri delle prestazioni sono elevati, per una realtà di 110.000 abitanti, e uno studio sull'appropriatezza non si può più trascurare.

**INTERVISTA AD ANTONIO FOSSON  
ASSESSORE ALLA SANITÀ DELLA REGIONE VALLE D'AOSTA**

# Un buon livello di assistenza con una programmazione finanziaria equilibrata

piamento delle strutture ospedaliere con il diritto alla tranquillità dei pazienti degenti e degli utenti in generale.

## I medici hanno manifestato qualche preoccupazione per alcune criticità legate alle loro condizioni di lavoro.

Il personale medico dell'unica Azienda Usl inquadrato in ruolo a tempo indeterminato ammonta a 291 unità, alla data del 31 dicembre 2006, mentre il personale medico con rapporto di lavoro atipico ammonta a 34 unità.

Anestesisti ed ortopedici sono le figure professionali di cui si ha una maggiore carenza, mentre le criticità, laddove emergono, vengono coperte con prestazioni aggiuntive rese dal personale o attraverso acquisizione di professionisti con contratto atipico.

## La Valle d'Aosta come affronterà la scadenza della proroga per l'intramoenia allargata?

Si è dato mandato all'Azienda Usl di predisporre un piano attuativo per l'individuazione degli spazi all'interno delle strutture aziendali o all'esterno, anche attraverso la sti-

pula di apposite convenzioni, al fine di consentire l'esercizio dell'attività intramuraria a tutto il personale interessato, a decorrere dalla data del 1° agosto prossimo. Tale piano dovrà contemplare la gestione diretta aziendale dell'attività di questa area, anche attraverso l'attivazione delle prenotazioni tramite Cup.

## Come gestite i rapporti con il mondo accademico e il reclutamento di nuovi medici, in assenza di una Facoltà di Medicina?

Non esistendo nella Regione Valle d'Aosta la Facoltà di Medicina, i rapporti avvengono con le Università delle Regioni limitrofe, attraverso la stipula di specifiche convenzioni per il soddisfacimento dei bisogni formativi regionali, quali ad esempio il corso di Laurea in Infermieristica.

## Qual è la situazione economico-finanziaria della sanità regionale?

La Regione determina annualmente il finanziamento necessario all'organizzazione delle attività indispensabili a

garantire l'erogazione dei livelli di assistenza sanitaria ai cittadini, il cui importo è calcolato per quota pro-capite tenuto conto della qualità delle cure, della loro adeguatezza ed appropriatezza, delle specifiche esigenze della popolazione valdostana che insiste su un territorio di montagna. I dati riferiti ai precedenti esercizi di bilancio hanno rilevato come maggiori voci di spesa gli oneri per il personale, per l'acquisto di beni e servizi e per l'assistenza farmaceutica.

L'attuale ripartizione finanziaria finalizzata a mantenere un buon livello di assistenza mi pare equilibrata. I nostri attuali volumi di spesa concordati con l'Azienda Usl sono stati suddivisi per area che, per l'anno 2007, prevedono di assicurare a quella ospedaliera una percentuale di spesa pari al 45% del finanziamento totale, all'area della prevenzione una percentuale pari al 5,5%, all'area territoriale una percentuale pari al 46% e all'area tecnico-amministrativa una percentuale pari al 3,5%.

SINDACATI E FNOMCEO SOTTOSCRIVONO DUE IMPORTANTI DOCUMENTI PER I MEDICI

# Un percorso comune su Riforma degli Ordini ed Ecm

Un Ordine dei medici nuovo e rappresentativo che non surrogi compiti e funzioni proprie dei sindacati. Organizzazioni sindacali coinvolte in prima persona nel garantire l'Ecm. Sono questi alcuni dei contenuti di due importanti documenti sottoscritti lo scorso 7 marzo dall'Anao Assomed, insieme a quasi tutti i sindacati più rappresentativi della categoria medica, e dalla Federazione degli Ordini dei Medici Chirurghi e Odontoiatri (Fnomceo). Un documento che per l'Ecm introduce il nuovo concetto di Livelli Essenziali di Formazione Permanente "da esplicitare - si legge - nel Piano nazionale della Formazione Permanente del personale sanitario, che, al pari dei Lea ed in funzione di questi, costituisce un vincolo su tutto il territorio nazionale". Ma questa iniziativa segna anche l'avvio di una proficua collaborazione tra sindacati e Ordini dei medici. "È un fatto straordinario - ha evidenziato soddisfatto il presidente della Fnomceo, Amedeo Bianco - che Federazione e sindacati che rappresentano oltre l'80% della categoria hanno sottoscritto insieme documenti così importanti".

"Questa spinta comune - ha aggiunto Bianco - non nasce da una voglia di trincea, ma dal desiderio di scendere insieme in campo per affrontare le sfide del moderno esercizio delle nostre professioni".

Una scelta questa che mette fine ad anni di tensioni tra Ordine professionale e sindacati. Infatti, come si legge nel documento sulla riforma degli Ordini, sono necessari "Ordini professionali nuovi, moderni, democratici, rappresentativi" ma "che non surrogano compiti e funzioni proprie delle Organizzazioni sindacali, ma che con esse stabiliscono uno scambio sinergico, in grado cioè di garantire quello che nessuna autorità o Authority può ragionevolmente conseguire, ovvero l'affidabilità dei professionisti, la loro corrispondenza ai valori di autonomia, giustizia e beneficalità, la promozione e la valutazione della qualità del professionista e delle attività, la dignità e il decoro di una professione al quale ogni cittadino e ogni persona materialmente affida la tutela della propria salute e della propria vita".

Per quanto riguarda poi l'Ecm, lo specifico documento sottolinea, tra l'altro, che "i contratti nazionali di lavoro,

le convenzioni nazionali e le relative trattative decenerate costituiscono gli scenari e gli strumenti con i quali le Organizzazioni sindacali mediche e odontoiatriche esprimono ed esercitano i loro ruoli nel sistema Ecm". "A questi soggetti (cioè i sindacati, ndr) - si legge ancora nel documento - rivendichiamo il compito di creare le condizioni materiali (le risorse finanziarie ed organizzative, gli spazi di tempo lavoro, le valorizzazioni professionali, le ricadute sui servizi, le tutele dei diritti di accesso alle attività formative) sempre più favorevoli a che l'intero sistema possa e debba produrre più qualità, più professionalità, più appropriatezza, più sicurezza; in buona sostanza più tutela dei diritti dei cittadini e dei lavoratori". I due documenti sono stati sottoscritti, oltre che dall'Anao-Assomed, anche dall'Anpo, Cimo Asmd, Civemp, Cisl Medici, Fesmed, Umspedit, Fimmg, Sumai, Snam, Fimp, Simet, Cipe, Andi e Aio. Mentre la Fp-Cgil Medici e la Federazione Uil Medici hanno "rimandato" la firma perché non erano d'accordo su alcuni dettagli, ma continueranno a partecipare al tavolo comune.

Con questa iniziativa, ha spiegato Bianco, "intendiamo rivendicare, in modo condiviso e unitario, un ruolo di legittimi protagonisti del cambiamento". Nessun "fortino corporativo" e tantomeno "autoreferenzialità" ma "disponibilità sociale e civile" a partecipare al dibattito in corso sui mutamenti della Sanità italiana.

Per quanto riguarda la riforma della professione, il documento siglato prevede il mantenimento degli Ordini e del loro status giuridico come enti pubblici non economici, e l'iscrizione obbligatoria agli Albi per tutti i medici e gli odontoiatri. "La nostra professione - ha aggiunto Bianco - non può seguire regole legate al mercato che rischiano di mettere a repentaglio il diritto alla salute dei cittadini. Noi diciamo sì alla modernizzazione e ai cambiamenti. Ma vogliamo che la tutela della salute sia il fulcro principale della nostra azione".

Sull'ipotesi di società tra professionisti "siamo invece molto perplessi - ha dichiarato Bianco - perché possono diventare dei contenitori-copertura di fenomeni di abusivismo e prestanomismo, vera piaga in ambito odontoiatrico sul piano della sicurezza, dell'evasione ed elusione fiscale".

In merito alla formazione continua, invece, il modello di riferimento "è quello della governance - si legge nel documento sottoscritto - con la partecipazione e cooperazione dei soggetti in causa, recuperando lo spirito del decreto legislativo 229". "Nel nostro progetto - ha dichiarato Bianco - ci sarà un livello nazionale e regionale di accreditamento, con la definizione di livelli nazionali di qualità nella formazione dei professionisti, che così possono diventare costitutivi dei livelli essenziali di assistenza".

Inoltre, ha aggiunto il presidente della Fnomceo, "è giunto il momento di dare una svolta al sistema delle relazioni tra medici, industria e ricerca. Per far questo stiamo pensando alla realizzazione di una sorta di 'casa di vetro', che dia la massima trasparenza e visibilità. Noi non pensiamo che quella parte dell'industria più avanzata nell'area della ricerca e formazione abbia solo lati negativi, ma che contenga anche degli elementi positivi che vanno colti". Quindi tutto dovrà essere chiaro e non dovranno esserci dubbi di conflitti di interessi o illeciti. Solo così anche il legittimo interesse delle aziende farmaceutiche a sostenere l'informazione potrà essere guardato senza sospetto. Il presidente della Federazione degli Ordini dei medici è convinto e invita a dare il giusto peso alla partecipazione dell'industria, ricordando che la formazione dei medici "non si è fermata", anche dopo lo stop delle sponsorizzazioni decretato da Farindustria in risposta alla Finanziaria.

"Hanno subito uno stop - ha precisato Bianco - solo i mega-convegni, i mini meeting, le piccole cene e le visite alle aziende. Ma i medici hanno continuato a seguire gli incontri organizzati dalle aziende sanitarie e altri piccoli eventi non meno importanti".

Ambedue i documenti sono stati inviati ai ministri della Salute, Livia Turco, e dell'Università, Fabio Mussi, e al coordinatore degli assessori regionali alla sanità, Enrico Rossi. Mentre quello sulla riforma degli Ordini è stato inviato alle commissioni parlamentari che stanno esaminando il testo della riforma Mastella.

Sindacati e Fnomceo continueranno a lavorare su altri temi, sempre "per disegnare percorsi condivisi": Università, formazione pre e post laurea, rischio clinico e prevenzione.

## Via libera del Cdm al testo unico per la salute e la sicurezza sul lavoro

È stato approvato in via definitiva dal Consiglio dei Ministri il nuovo "Testo unico sulla salute e la sicurezza nei luoghi di lavoro" predisposto dai Ministri del Lavoro e Previdenza Sociale e della Salute.

Tra i punti qualificanti del provvedimento, da cui scaturiranno appositi decreti delegati del Governo per la definizione di dettaglio delle norme in materia di prevenzione e lotta agli infortuni, oltre alla riformulazione e all'adeguamento del sistema sanzionatorio, vi è la previsione della piena garanzia per i lavoratori "parasubordinati", che vengono considerati beneficiari di tutela in quanto semplicemente presenti in un ambiente di lavoro di cui il datore abbia la disponibilità, indipendentemente dal tipo di con-

tratto. Un ulteriore elemento di novità sarà il rafforzamento del ruolo del rappresentante dei lavoratori per la sicurezza territoriale, in un contesto che renderà possibile affrontare i problemi connessi alle modalità di elezione e di svolgimento del mandato.

Vengono inoltre valorizzati ed incoraggiati accordi aziendali, codici di condotta e "buone prassi" che orientino utilmente i comportamenti dei datori di lavoro. Sul provvedimento è stato acquisito il parere favorevole della Conferenza unificata.

"È una riforma di civiltà che punta a garantire che si possa lavorare senza morire in qualsiasi realtà lavorativa - ha spiegato il ministro della Salute, Livia Turco -. La legge responsabilizza inoltre in modo significativo le aziende che dovessero ricorrere a sub-

appalti, introducendo norme volte a ricondurre la responsabilità della sicurezza, e quindi degli eventuali infortuni, all'azienda appaltante e non più solo a quella sub appaltatrice".

Nel testo approvato verrà anche valorizzato il ruolo della bilateralità tra datore di lavoro e organizzazioni sindacali nella definizione degli aspetti organizzativi e in materia di piani per la sicurezza, anche quale necessario supporto ai datori di lavoro per l'adempimento degli obblighi di sicurezza per il miglioramento delle tutele negli ambienti di lavoro e un ruolo fondamentale sarà affidato alla formazione come strumento di prevenzione e di tutela. È infatti previsto l'inserimento della materia della salute e sicurezza sul lavoro nei programmi scolastici e universitari.

LE OSSERVAZIONI SUL NUOVO REGOLAMENTO PER LA NOMINA DEI DIRETTORI SCIENTIFICI

# Irccs, finalmente si fa chiarezza

di Vincenzo Cilenti\*

La querelle sul caso "Caso Cognetti", Direttore scientifico dell'Irccs oncologico "Regina Elena" della Capitale ha avuto un merito: l'aver riaperto il dibattito sulla nomina dei Direttori scientifici degli Irccs e sul significato della loro esclusività di rapporto. Un evento che ha portato all'emanazione di un provvedimento che, dopo 14 anni, mette la parola fine alla questione

L'estate e l'autunno del 2006 nella pubblicistica mass-mediatica e in quella specialistica di carattere sanitario si è molto parlato del "Caso Cognetti", cioè del Direttore scientifico dell'Irccs oncologico "Regina Elena" di Roma. Il prof. Francesco Cognetti, oncologo, riconfermato nell'incarico di Direttore scientifico dell'Istituto dal governo di centrodestra, fu repentinamente rimosso dal neoministro della Salute on. Livia Turco, non senza polemiche e qualche riserva sulla procedura adottata. Ne derivò una "querelle", forse eccessiva, che comunque portò a tre risultati importanti circa il ruolo del Direttore scientifico:

- 1) in seguito alla revoca dell'incarico, il prof. Cognetti avviò una procedura di ricorso che nel settembre 2006 culminò con il suo reintegro nel ruolo di Direttore Scientifico in quanto il Consiglio di Stato aveva sancito che l'incarico di Direttore Scientifico degli Irccs non è tra quelli della pubblica amministrazione soggetti a "spoils system", per cui in futuro i Direttori Scientifici nominati dal ministro della Salute di un Governo non potranno essere rimossi, in corso di mandato, dal ministro di un eventuale Governo di diverso colore;
- 2) è stato sancito che per rapporto di natura "esclusiva" del Direttore scientifico (art. 11, comma 3 del D.lg n. 288 del 16/10/2003) si intende anche il divieto di svolgere la libera professione sotto qualsiasi forma (anche l'intramoenia, se medico!). Sarebbe opportuno forse aprire un dibattito sull'argomento;
- 3) gli art. 3), comma 4, e 5), comma 1, del succitato decreto legislativo, prevedono che il Direttore scientifico degli Irccs, responsabile della ricerca, sia nominato dal ministro della Salute, sentito il Presidente della Regione interessata.

In vero l'enunciato appare un po' vago e avrebbe potuto portare anche a scelte non convincenti sotto il profilo della correttezza dando al Ministro un mandato troppo ampio, senza regole. Per cui, prendendo spunto dal "problema Cognetti", si è deciso di normare la materia adottando un regolamento di attuazione della disciplina del potere del ministro della Salute di nomina del Direttore scientifico. Il Consiglio dei ministri, l'otto settembre 2006 deliberò al riguardo, ma in modo, a parere dello scrivente, maldestro: infatti si prevedeva una Commissione selezionatrice composta di dieci membri di cui sette "laici" di nomina di fatto politica (Direzione generale del ministero della Salute, Iss, Miur, Ispels, Regione, un Direttore scientifico, ministero del Tesoro) e solo tre esperti!

L'intento lodevole di sottrarre alla politica la nomina del Direttore scientifico, con quella commissione sembrava andare francamente in senso opposto. I rilievi e le critiche furono molte in varie sedi per cui nella seduta del 7 febbraio 2007 il Consiglio dei ministri ha de-

liberato, sentito il parere della Conferenza Stato-Regioni e del Consiglio di Stato, il Dpr "Regolamento recante disposizioni in materia di direttori scientifici degli Irccs", un solo articolo di sei commi (vedi testo nel box). In base al nuovo regolamento "la nomina è effettuata dal ministro della Salute...a tal fine è tempestivamente pubblicato nella Gazzetta Ufficiale della Repubblica Italiana apposito bando...le domande sono esaminate da una Commissione...che seleziona una terna di candidati, secondo criteri specifici predefiniti dal ministro della Salute, che provvede alla nomina del candidato prescelto...nell'ambito della terna. La Commissione...è composta dal Direttore generale della Ricerca Scientifica e tecnologica del Ministero della salute, da un rappresentante competente della Regione ove l'Istituto ha la sede principale, da tre rappresentanti della comunità scientifica, anche di nazionalità straniera, di indiscussa fama internazionale, individuati tenuto conto dell'e-

quilibrio di genere, di cui uno assume la funzione di Presidente della Commissione". Si tratta di una diversa composizione, di certo migliore rispetto alla prima prospettata, alla cui formulazione l'Anao Assomed ritengo abbia portato il proprio contributo e che regolamenta in modo sufficientemente trasparente e scientificamente valido la nomina di una delle figure più importanti nella gestione degli Irccs. Come si è visto il prof. Francesco Cognetti, che nel frattempo ha lasciato nel dicembre scorso l'incarico, con la sua vicenda ha contribuito a far chiarezza sulla nomina dei Direttori scientifici degli Irccs e sul significato della loro esclusività di rapporto. Sono trascorsi circa quattordici anni dal Decreto Legislativo n.269 (30/6/1993) "riordinamento degli Irccs, a norma dell'art.1, lettera h) della legge n. 421 del 23 ottobre 1992"...speriamo che si sia giunti alla fine!!

\*Irccs "Regina Elena" - Roma

## Decreto del Presidente della Repubblica

### "Regolamento recante disposizioni in materia di direttori scientifici degli Istituti di ricovero e cura a carattere scientifico - Irccs"

**VISTI** gli articoli 87 e 117 della Costituzione; **VISTO** l'articolo 17, comma 1, della legge 23 agosto 1988, n. 400, e successive modificazioni; **VISTO** il decreto legislativo 16 ottobre 2003, n. 288, recante riordino della disciplina degli Istituti di ricovero e cura a carattere scientifico, a norma dell'articolo 42, comma 1, della legge 16 gennaio 2003, n. 3;

**VISTI** in particolare gli articoli 3, comma 4, e 5, comma 1, del citato decreto legislativo 16 ottobre 2003, n. 288, che prevedono che il Direttore scientifico responsabile della ricerca sia nominato dal Ministro della salute, sentito il Presidente della regione interessata;

**VISTO** l'Atto di intesa di cui all'Accordo tra Stato, regioni e province autonome di Trento e di Bolzano in data 1° luglio 2004, pubblicato nella Gazzetta Ufficiale n. 173 del 26 luglio 2004, recante organizzazione, gestione e funzionamento degli Istituti di ricovero e cura a carattere scientifico non trasformati in fondazioni;

**VISTO** il decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, e successive modificazioni;

**RITENUTA** pertanto l'opportunità di adottare un regolamento di attuazione della disciplina del potere del Ministro della salute di nomina del Direttore scientifico degli Istituti di ricovero e cura a carattere scientifico;

**VISTA** la preliminare deliberazione del Consiglio dei Ministri, adottata nella riunione dell'8 settembre 2006;

**ACQUISITO** il parere della Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano nella seduta del 14 dicembre 2006;

**UDITO** il parere del Consiglio di Stato, espres-

so dalla Sezione consultiva per gli atti normativi nell'adunanza dell'8 gennaio 2007;

**VISTA** la deliberazione del Consiglio dei Ministri, adottata nella riunione del 7 febbraio 2007; **SULLA PROPOSTA** del Ministro della salute, di concerto con il Ministro dell'università e della ricerca, con il Ministro per le riforme e l'innovazione nella pubblica amministrazione, con il Ministro dell'economia e delle finanze e con il Ministro per gli affari regionali e le autonomie locali;

**EMANA**  
il seguente regolamento:

**Articolo 1**  
(Modalità di selezione, incarico e revoca dei direttori scientifici degli IRCCS)

1. La nomina del direttore scientifico degli Istituti di ricovero e cura a carattere scientifico (IRCCS) è effettuata dal Ministro della salute nel rispetto dei criteri generali fissati dall'atto di intesa tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano e delle competenze statutarie, di cui all'articolo 5 del decreto legislativo 16 ottobre 2003, n. 288.

2. A tale fine è tempestivamente pubblicato nella Gazzetta Ufficiale della Repubblica italiana apposito bando, con indicazione delle modalità e dei tempi di presentazione delle domande.

3. Le domande sono esaminate dalla Commissione di cui al comma 4, che seleziona una terna di candidati, secondo criteri specifici predefiniti dal Ministro della salute, che provvede alla nomina del candidato prescelto nell'ambito della terna.

4. La Commissione è costituita con provvedimento del Ministro della salute ed è composta dal Direttore generale della Ricerca scientifica e tecnologica, da un rappresentante competente designato dalla regione ove l'Istituto ha la sede principale, da tre rappresentanti della comunità scientifica, anche di nazionalità straniera, di indiscussa fama internazionale nella disciplina, individuati tenuto conto dell'equilibrio di genere. Il Presidente della commissione è nominato dal Ministro della salute tra i tre rappresentanti della comunità scientifica. La presente disposizione si attua nel rispetto degli obiettivi di risparmio di cui all'articolo 29 del decreto-legge 4 luglio 2006, n. 223, convertito, con modificazioni, dalla legge 4 agosto 2006, n. 248.

5. L'incarico di cui al comma 1 è revocato dal Ministro della salute, sentiti il Presidente della regione interessata ed il Consiglio di indirizzo e di verifica di cui all'articolo 2 dell'Atto di intesa in data 1° luglio 2004, pubblicato nella Gazzetta Ufficiale n. 173 del 26 luglio 2004, per gli IRCCS non trasformati in fondazioni, ovvero il consiglio di amministrazione di cui all'articolo 3 del decreto legislativo 16 ottobre 2003, n. 288, per le fondazioni - IRCCS, in caso di:

a) mancato raggiungimento degli obiettivi assegnati;  
b) responsabilità grave o reiterata;  
c) in tutti gli altri casi previsti dal relativo contratto di prestazione d'opera intellettuale.

6. La revoca è adottata con il procedimento previsto dalla legge 7 agosto 1990, n. 241, e successive modificazioni, e dalle clausole del contratto di prestazione d'opera intellettuale disciplinate dall'articolo 2230 del codice civile.

# L'orario di lavoro tra legge, contrattazione collettiva e prassi applicativa

di Fabrizio Girolami\*

L'orario di lavoro del dirigente medico dipendente dalle aziende sanitarie ed ospedaliere del Servizio sanitario nazionale è disciplinato, a livello legislativo, dal D.lgs. 8 aprile 2003, n. 66 ("Attuazione delle direttive 93/104/Ce e 2000/34/Ce concernenti taluni aspetti dell'organizzazione dell'orario di lavoro") e, a livello contrattuale, dalla contrattazione collettiva di categoria (Ccnl dell'area della dirigenza medico-veterinaria del Servizio sanitario, sottoscritto il 3.11.2005, valido per il quadriennio normativo 2002-2005)

L'orario di lavoro del dirigente medico dipendente dalle aziende sanitarie ed ospedaliere del Servizio sanitario nazionale è disciplinato, a livello legislativo, dal decreto legislativo 8 aprile 2003, n. 66 ("Attuazione delle direttive 93/104/Ce e 2000/34/Ce concernenti taluni aspetti dell'organizzazione dell'orario di lavoro") e, a livello contrattuale, dalla contrattazione collettiva di categoria (Ccnl dell'area della dirigenza medico-veterinaria del Servizio sanitario, sottoscritto il 3.11.2005, valido per il quadriennio normativo 2002-2005).

## L'ORARIO DI LAVORO DEI DIRIGENTI NON TITOLARI DI INCARICO DI DIREZIONE DI STRUTTURA COMPLESSA

Per i dirigenti medici non titolari di incarico di direzione di struttura complessa (dirigenti con incarichi di direzione di struttura semplice; di natura professionale, anche di alta specializzazione, di consulenza, di studio e ricerca, ispettivi, di verifica e di controllo; di natura professionale, conferibili ai dirigenti con meno di cinque anni di attività), il contratto collettivo vigente (Ccnl 3 dicembre 2005) dispone i seguenti principi operativi:

- i dirigenti assicurano la propria presenza in servizio ed il proprio tempo di lavoro articolando in modo flessibile l'impegno di servizio (con le procedure della concertazione sindacale), per correlarlo alle esigenze della struttura cui sono preposti ed all'espletamento dell'incarico affidato, in relazione agli obiettivi e ai programmi da realizzare (art. 14, comma 1);
- l'orario di lavoro è fissato in 38 ore settimanali, al fine di assicurare il mantenimento del livello di efficienza raggiunto dai servizi sanitari e per favorire lo svolgimento delle attività gestionali e/o professionali, correlate all'incarico affidato e conseguente agli obiettivi di budget negoziati a livello aziendale, nonché quelle di didattica, ricerca ed aggiornamento (art. 14, comma 2, che conferma la previsione del previgente Ccnl dell'8 giugno 2000);
- nello svolgimento dell'orario di lavoro previsto per i dirigenti medici e veterinari, 4 ore dell'orario settimanale dovranno essere destinate ad "attività non assistenziali", quali l'aggiornamento professionale, l'Ecm, la partecipazione ad attività didattiche e la ricerca finalizzata (art. 14, comma 4);
- l'azienda ha la facoltà di utilizzare, con le procedure di budget stabilite, in forma cumulata, 30 minuti settimanali delle suddette quattro ore annue (per un totale massimo di 26 ore annue), prioritariamente, per contribuire alla riduzione delle liste di attesa ovvero per il perseguimento di obiettivi assistenziali e di prevenzione (art. 14, comma 5).

## L'ORARIO DI LAVORO DEI DIRIGENTI TITOLARI DI INCARICO DI DIREZIONE DI STRUTTURA COMPLESSA

Quanto alla disciplina dell'orario di lavoro dei diri-

genti medici con incarico di direzione di struttura complessa, il contratto collettivo dispone che i medesimi dovranno assicurare la propria presenza in servizio, al fine di garantire il normale funzionamento della struttura cui sono preposti, ed organizzare il proprio tempo di lavoro, correlandolo a quello degli altri dirigenti ed articolandolo in modo flessibile per l'espletamento dell'incarico affidato in relazione agli obiettivi e programmi annuali da realizzare, nonché per lo svolgimento delle attività di aggiornamento, didattica e ricerca finalizzata (art. 15, comma 1).

La disciplina contrattuale richiede altresì (con disposizione innovativa rispetto al passato) che i dirigenti di struttura complessa comunichino preventivamente e documentino – con modalità condivise con le aziende ed enti – la pianificazione delle proprie attività istituzionali, le assenze variamente motivate (ferie, malattie, attività di aggiornamento, etc.) ed i giorni ed orari dedicati all'attività libero professionale intramuraria (art. 15, comma 2).

## LAVORO STRAORDINARIO

In relazione al lavoro straordinario, da intendersi per tale la prestazione che eccede l'orario normale, la contrattazione collettiva dispone i seguenti principi (art. 28, Ccnl integrativo del 10 febbraio 2004, confermato dal Ccnl 3 dicembre 2005):

- il lavoro straordinario non può essere utilizzato "come fattore ordinario di programmazione del lavoro";
- le prestazioni straordinarie hanno carattere eccezionale e devono rispondere ad effettive esigenze di servizio;
- le prestazioni di lavoro straordinario sono consentite ai soli dirigenti non titolari di incarico di direzione di struttura complessa per: 1. servizi di guardia; 2. servizi di pronta disponibilità in caso di chiamata; 3. altre attività non programmabili.

## LAVORO STRAORDINARIO PER PRONTA DISPONIBILITÀ

Sul regime giuridico applicabile al lavoro straordinario reso dal personale dirigenziale medico a seguito di chiamata per il servizio di pronta disponibilità, è da segnalare, per la sua notevole rilevanza di carattere operativo, il recente interpello del ministero del Lavoro dell'8 febbraio 2007, n. 10 (emanato in risposta ai quesiti sul punto avanzati dal Servizio sanitario regionale Emilia Romagna – Ausl di Imola). Il Ministero rileva che il "servizio di pronta disponibilità" (periodo di tempo in cui il medico non presta la sua attività ma resta in attesa, in un luogo predeterminato, garantendo l'immediata reperibilità in caso di chiamata in servizio) è diretto a sopperire ad attività non prevedibili e ad evitare un pericolo grave ed immediato al diritto alla salute. Pertanto, le prestazioni di lavoro straordinario, rese dai dirigenti medici a seguito della chiamata, possono essere effettuate anche in deroga al limite legale delle 250

ore annue previste dalla normativa generale sull'orario di lavoro (art. 5, co. 3, D.Lgs. n. 66/2003).

## DISCIPLINA DEI RIPOSI GIORNALIERI, PAUSE, LAVORO NOTTURNO E DURATA MASSIMA SETTIMANALE DELLA PRESTAZIONE LAVORATIVA

Una questione piuttosto delicata riguarda l'applicabilità, alla categoria dei dirigenti e del personale avente funzioni direttive del Servizio Sanitario Nazionale, della disciplina generale stabilita dal D.Lgs. n. 66/2003 in materia di riposi giornalieri, pause, lavoro notturno e durata massima settimanale della prestazione lavorativa.

Finora si è ritenuto che tali disposizioni non siano applicabili ai dirigenti medici del Ssn sul presupposto della non controllabilità, da parte datoriale, dell'impegno lavorativo di personale con funzioni direttive, munito di poteri di autonoma determinazione del proprio orario di lavoro. Ne discenderebbe, quindi, che il dirigente non è tenuto a svolgere un numero predeterminato di ore di lavoro, ma è libero di organizzare autonomamente il proprio tempo di lavoro in relazione ai compiti ed agli obiettivi affidati.

In tale linea, del resto, si rileva che lo stesso decreto legislativo n. 66/2003 prevede che le disposizioni generali in materia di riposi giornalieri, pause, lavoro notturno, durata massima settimanale non si applicano ai dirigenti, al personale direttivo delle aziende e ad altre persone aventi potere di decisione autonomo, la cui durata di lavoro, a causa delle caratteristiche dell'attività esercitata, non è misurata o predeterminata, o può essere determinata dai lavoratori stessi (art. 17, comma 5, lett. a), D.Lgs. n. 66/2003).

Tale impostazione è stata rigettata dal ministero del Lavoro, il quale ha ritenuto che la disciplina generale sull'orario di lavoro (D.Lgs. n. 66/2003) – con le opportune deroghe in materia di lavoro straordinario – si applica integralmente ai dirigenti e al personale direttivo sanitario, ivi comprese le disposizioni in materia di riposi giornalieri, pause, lavoro notturno e durata massima settimanale della prestazione lavorativa (Risp. Interpello Min. Lav. 8 febbraio 2007, n. 10).

Secondo tale recente interpello, infatti, il regime derogatorio dettato in materia dall'art. 17, comma 5, lett. a), del D.Lgs. n. 66/2003 si applica esclusivamente ai lavoratori la cui durata dell'orario di lavoro non sia quantificata, né determinabile.

Al contrario, la durata dell'orario di lavoro dei dirigenti medici del Ssn è espressamente disciplinata dalla contrattazione collettiva di settore (artt. 14 e 15 Ccnl 3 dicembre 2005), con la conseguenza che nei confronti dei soggetti medesimi, al pari della generalità dei lavoratori subordinati privati e pubblici, trova piena ed integrale applicazione la disciplina legislativa in materia di orario di lavoro.

\*Anaa Cref Servizio tutela lavoro

## REGNO UNITO/1

## “Ambulatori medici affittansi”. Ma al supermercato ...

Il governo inglese ha annunciato un piano per introdurre in supermercati e catene di farmacie ambulatori medici in grado di fornire una serie di servizi di medicina generale, con particolare attenzione alle aree meno dotate di presidi sanitari.

Hartlepool, Country Durham, Ashfield e Great Yarmouth saranno le prime zone a beneficiare di queste nuove misure. Si tratta anche di un modo per estendere il modello “24-7” (ventiquattrore al giorno per sette giorni a settimana) al settore della sanità extra-ospedaliera.

In pratica, si metteranno in affitto spazi di aree commerciali per abbinare alla vendita di medicinali anche consigli per la salute forniti da medici esperti, che gestiranno un proprio corner, estremamente flessibile in quanto a orari e giorni di apertura al pubblico.

L'innovativo servizio dovrebbe muovere i primi passi entro la fine del 2007, ma già da qualche mese è possibile vedere nel Regno Unito annunci che invitano medici di medicina generale ad “affittare” (per non meno di cinque anni) un proprio spazio all'interno di un'area commerciale.

La manovra si propone di agevolare i cittadini, soprattutto quelli delle aree più disagiate, offrendo loro un'assistenza sanitaria più flessibile e accessibile. Tutti d'accordo, allora? Pare proprio di no. “Non vorremmo che tutto ciò celi un tentativo di privatizzare indirettamente il servizio sanitario nazionale”, commenta Hamish Meldrum, presidente del Comitato dei Medici di Medicina Generale. Le società che avranno in gestione l'iniziativa, tuttavia, per ora non hanno espresso l'intenzione di diventare partner o fornitori di servizi per il servizio sanitario nazionale, ma si occuperanno semplicemente dell'assegnazione di spazi in affitto a chi offrirà il servizio. I medici britannici

restano comunque dell'avviso che si tratti di una manovra per esercitare una pressione indiretta sulla loro categoria, affinché entrino in competizione e allunghino l'orario di lavoro.

Tutto ciò a poche settimane dalla pubblicazione di un rapporto governativo che traccia i confini futuri dei servizi pubblici – sanità compresa – sottolineando che si dovrà prioritariamente affrontare il fenomeno della *social exclusion*, nonché dell'allargamento della scelta del paziente nell'ambito dell'offerta medica. Di qui, la necessità di estendere l'orario di apertura dei servizi di medicina generale. Basandosi su questo principio *citizen-oriented*, i sostenitori del nuovo Piano obiettano che non è intenzione delle autorità privare i medici di famiglia della loro leadership nella dispensazione di cure primarie. Piuttosto, il cambiamento dovrebbe essere considerato come una ‘sveglia’ per i professionisti del settore: se i supermercati offriranno servizi 24 ore su 24, anche i medici di medicina generale dovranno essere pronti a venire incontro alle esigenze della loro “clientela”.

Per ora, pioniera di questo nuovo servizio è la catena “Boots the Chemist”, che a febbraio ha aperto un ambulatorio all'ultimo piano del suo mega-store a Poole, nel Dorset. Ma è la stessa portavoce della compagnia, Claire Stafford, a minimizzare l'accaduto, nell'ottica di smorzare ogni tipo di polemica: “Ci siamo comportati fondamentalmente come un affittacamere, niente di più!”.

Il dibattito d'oltremarica resta comunque aperto, e i motivi di disaccordo certo non mancano.

“Non è un anatema l'idea che alcol e nicotina siano venduti nello stesso luogo dove vengono forniti servizi di assistenza medica?”, tuona Michael Dixon, presidente del Nhs Alliance.

## GERMANIA

## Le mansioni attribuite agli infermieri anestesisti preoccupano i medici

Il gruppo ospedaliero privato Helios si è attirato forti critiche per aver introdotto un nuovo sistema che prevede una formazione specialistica in anestesia per il personale infermieristico che potrà sostituire parzialmente i medici anestesisti rianimatori che saranno così in grado di supervisionare più di un intervento alla volta. Questa pratica, ormai comune in altri Paesi europei come la Svizzera e l'Olanda, ha suscitato preoccupazione e proteste tra i medici tedeschi.

Nel 2005 ci fu il caso di un giovane paziente che riportò una lesione cerebrale nel corso di un intervento in uno degli ospedali dell'Helios Kliniken, ma il Gruppo ospedaliero ha però negato che l'incidente fosse in qualche modo correlato al nuovo sistema.

Il presidente della Società tedesca di anesthesiologia, Hugo Van Aken, non ha dubbi: “L'anestesia è sempre una procedura pericolosa e deve essere attuata da un medico responsabile”. Il gruppo Helios Kliniken nel frattempo si è affrettato a chiarire che verranno introdotte alcune modifiche, come l'obbligatorietà della presenza del medico sia all'inizio che alla fine di ogni procedura di anestesia. Gli infermieri d'anestesia saranno costantemente presenti ma, in caso di emergenza, sarà sempre disponibile un medico anestesista.

La possibilità che infermieri specializzati sostituiscano, seppur parzialmente, i medici anestesisti è diventato un tema importante nel dibattito sul futuro del sistema sanitario tedesco. Di questo nuovo modello si è molto discusso al recente meeting di anesthesiologia tenutosi a Munster. Il nocciolo della questione è che gli ospedali vivono una situazione di costante pressione finanziaria e vogliono mantenere basso il budget per il personale. Un conflitto tra la sopravvivenza dell'ospedale e la sopravvivenza in ospedale, come viene ironicamente presentato. Certe specialità, come la chirurgia, hanno difficoltà a reclutare giovani medici e si cerca di rendere più attraente la professione concentrando le mansioni sui veri interventi chirurgici e i compiti prettamente medici e delegando altri incarichi ad assistenti opportunamente formati.

Da parte sua, il German Nursing Council, che rappresenta circa 1 milione e 300mila infermieri tedeschi, chiede un ruolo di maggiore autonomia e responsabilità per tutti i suoi membri, specialmente per quanto riguarda l'assistenza cosiddetta “outpatient” (in regime di ricovero non ordinario). Accanto a queste rivendicazioni, il presidente del Nursing Council, Marie Luise Muller, ha recentemente richiesto che nella tessera elettronica del paziente vengano inseriti oltre ai dati relativi alle prestazioni mediche anche quelle infermieristiche. La carta sanitaria elettronica è attualmente testata in via sperimentale in parecchie regioni del Paese.

## REGNO UNITO/2

## Stipendi medici, una delle cause del debito della sanità pubblica

Conti in rosso per il National Health System. La spesa per la sanità rappresenta la voce della spesa pubblica che cresce più rapidamente: è passata da 67,7 mld di sterline del 2004/05 a 76,4 mld nel 2005/06 e a 92,6 mld nel 2007/08. Ma il deficit è più che raddoppiato nei passati esercizi finanziari: da 251 milioni di sterline nel 2004/05 a 570 milioni nel 2005-2006, nonostante siano aumentate le risorse destinate alla sanità. Un terzo delle strutture sanitarie pubbliche si trova ora in una situazione di passivo (un totale di 190 aziende) rispetto al 28% (168) di due anni fa, il che ha comportato la chiusura di reparti ospedalieri e il deferimento dei progetti previsti.

A stilare questo quadro poco confortante è l'organo di controllo dei conti pubblici della Camera dei Comuni che, nel rapporto “Financial management in the Nhs 2006/2007” (disponibile sul sito del Parlamento [www.parliament.uk](http://www.parliament.uk)), pubblicato il 20 marzo scorso, esamina tre grandi aree: i fattori che hanno portato al deficit, l'impatto del passivo sulle strutture sanitarie e le misure da intraprendere per ripianare i debiti. “Non è un singolo fattore ad aver inciso in maniera determinante su questa situazione di passivo, ma è una serie di cause che ha portato a oltre 1 miliardo di sterline il deficit totale per tutte le strutture sanitarie pubbliche alla fine del marzo 2006”, sottolinea il presidente del Comitato di controllo dei conti Edward Leigh.

Nei sei punti che ne riassumono le conclusioni e raccomandazioni, il rapporto identifica tra le principali cause del deficit una gestione finanziaria assai poco brillante, il mancato coinvolgimento dei clinici nelle materie finanziarie e i maggiori costi per le retribuzioni del personale medico a seguito degli aumenti contrattuali ottenuti dai medici di famiglia e dagli specialisti ospedalieri, che il ministero della sanità ha erroneamente sottostimato: oltre mezzo miliardo di sterline (560 mln) che le strutture sanitarie pubbliche hanno dovuto sborsare nell'anno finanziario 2005-06.

Per il presidente del Comitato degli specialisti ospedalieri della British Medical Association (Bma), Jonathan Fielden, l'indice non va puntato sui nuovi contratti del personale medico, ma su riforme incoerenti, sprechi, accordi con il settore privato e sugli esorbitanti costi del progetto di information technology.

Per assestare il deficit 2006/07 e produrre un surplus di 250 mln di sterline nel prossimo anno finanziario, il ministero della Sanità ha dovuto operare dei tagli ai bilanci, creando una riserva strategica di 450 milioni di sterline al settembre 2006. Comunque, le misure per raggiungere un vero equilibrio finanziario e “migliorare l'efficienza e l'efficacia dell'assistenza sanitaria”, avverte il rapporto, dovranno scaturire innanzitutto da “una partnership tra manager e clinici”.

# FISCO & PREVIDENZA

## Cessione del quinto anche per i pensionati

Ottenere un finanziamento o un prestito tramite la cessione del quinto è sempre stato un obiettivo richiesto da molti e soprattutto possibile per diverse categorie. Limitato fino a due anni fa solamente ai dipendenti pubblici, è stato esteso anche ai lavoratori delle imprese private, ai lavoratori autonomi e a progetto ed anche, condizione particolarmente importante, ai pensionati.

La norma, per quest'ultimi, prevista dal DL n. 35 del 2005 (convertito in legge n. 80/2005) e successivamente modificata dalla finanziaria per il 2006 (Legge n. 266/2005) era rimasta però inattuata, perché mancava il regolamento relativo. Regolamento che dopo due anni è stato pubblicato con decreto del ministero dell'Economia n. 313 del 27 dicembre 2006, finalmente, in Gazzetta Ufficiale dell'8 febbraio 2007, e con sua entrata in vigore dal 27 dello stesso mese.

I pensionati pubblici e privati possono contrarre con banche ed intermediari finanziari, prestiti da estinguere con cessione di quota della pensione fino al quinto, con valutazione al netto delle ritenute fiscali e per periodi non superiori ai dieci anni. Saranno quindi le banche e gli istituti finanziari a poter gestire e concedere i finanziamenti. Il regolamento prevede che i prestiti, con cessione del quinto della pensione, possono essere concessi da intermediari finanziari iscritti nell'apposito elenco generale, a condizione che il loro oggetto sociale preveda l'esercizio dell'attività di concessione di finanziamenti. Le cessioni di stipendi, salari e pensioni vanno notificate all'ufficio competente ad ordinare il pagamento. Nel caso più generale di finanziamenti ai pensionati saranno interessati, principalmente, l'Inps o l'Inpdap. Per le pensioni erogate dalle direzioni provinciali dei servizi vari del ministero dell'Economia la notifica sarà effettuata alla medesima direzione provinciale competente. La ces-

sione della pensione ha effetto immediato a decorrere dalla data della sua notifica, salvo per quelle relative a pensioni corrisposte dalle amministrazioni pubbliche, per le quali l'effetto decorre dal primo giorno del mese successivo a quello in cui ha avuto luogo la notifica. Ricevuta la notifica, l'amministrazione effettua le ritenute entro il terzo mese successivo. Se, nel frattempo, sono venute a scadere delle rate, il relativo importo andrà recuperato mediante l'applicazione di una ritenuta aggiuntiva mensile, sempre nel limite di un quinto, per il tempo necessario al recupero di tutti gli arretrati.

Le domande di cessione del quinto si sono ampliate tanto. Infatti ottenere un finanziamento, tramite la cessione del quinto, è diventato uno strumento più semplice di tanti altri. Come dice il nome si tratta della possibilità appunto, di ottenere un prestito, e di rimborsarlo facendosi trattenere sulla busta paga o sulla pensione, fino ad un massimo del 20% (un quinto, appunto) del suo importo.

Qualora il richiedente il prestito sia eventualmente titolare di più trattamenti pensionistici, il calcolo della quota, che fa salvo il trattamento minimo, va effettuato tenendo conto della somma di tutte le pensioni in godimento.

I pubblici dipendenti, iscritti all'istituto previdenziale Inpdap, in attività di servizio e che abbiano svolto almeno quattro anni di impiego, utili a pensione, potevano già dal 1950, richiedere questo tipo di prestito. Per questi dipendenti il prestito può essere sia quinquennale o decennale e potrà essere estinto con 60 ovvero 120 rate di trattenute mensili. Per le cessioni a carico e garantite dall'Inpdap sono di fatto rimaste confermate tutte le procedure già seguite in passato.

Per la nuova tipologia delle cessioni l'iter proce-

durale prevede che il dipendente ovvero l'ente erogatore del prestito dovrà presentare all'ufficio titolare in materia di trattamento giuridico-economico del dipendente il modello di richiesta con una lettera di accompagnamento.

Il modello utilizzato indica l'ammontare lordo del prestito sulla scorta della quota cedibile; il numero e l'importo delle quote mensili di stipendio da cedersi per l'estinzione del prestito; il tasso annuo di interesse e l'ammontare complessivo degli interessi dovuti per tutta l'intera durata della cessione, liquidati a scalare per mese e da trattarsi anticipatamente sull'importo del prestito, con la dichiarazione che sulla somma mutuata dovranno essere detratti gli oneri di garanzia.

Può farsi prestare il denaro anche chi ha subito protesti o pignoramenti. Non servono, inoltre garanzie o fidejussioni. È anche prevista un'assicurazione obbligatoria per legge che rimborsa il prestito residuo nel caso in cui il lavoratore non sia più in grado di pagarlo perché licenziato.

Dal momento che non si tratta di un prestito finalizzato, quando lo si richiede non occorre indicare l'uso che si intende fare del denaro. Le finanziarie erogano la somma in tempi brevi – entro un mese o addirittura 15 giorni – mediante accredito sul proprio conto corrente o assegno circolare.

Quello che è poi particolarmente importante, per le operazioni di prestito concesse ai pensionati, è che il regolamento rende applicabili le norme in materia di trasparenza e pubblicità delle condizioni contrattuali. Gli enti previdenziali devono stipulare apposite convenzioni con gli istituti finanziatori, con l'obiettivo di assicurare condizioni contrattuali più favorevoli, rispetto a quelle medie di mercato.

*Claudio Testuzza*

## Medici dipendenti in libera uscita

### Cassa pensioni sanitari

#### Distribuzioni pensioni per tipo e per sesso

Diretta		Indiretta		Reversibile		Totale	
Uomini	Donne	Uomini	Donne	Uomini	Donne	Uomini	Donne
27.738	4.468	788	4.918	431	11.372	28.957	20.758

#### Numero pensioni e variazioni percentuali rispetto all'anno precedente

Anno	Pensioni Dirette			Pensioni ai superstiti			totale		
	uomini	donne	totale	uomini	donne	totale	uomini	donne	totale
1997	23.940	3.411	27.351	386	13.163	13.549	24.626	16.574	40.900
1998	+2,34%	+2,76%	+2,39%	+2,85%	+2,37%	+2,38%	+2,34%	+2,45%	41.876
1999	+2,31%	+3,99%	+2,52%	+9,57%	+2,69%	+2,88%	+2,43%	+2,96%	42.982
2000	+1,78%	+3,26%	+1,97%	+9,20%	+2,12%	+2,34%	+1,91%	+2,36%	43.881
2001	+1,65%	+3,24%	+1,68%	+134,1%	+6,23%	+10,58%	+4,08%	+5,60%	45.972
2002	+1,36%	+2,78%	+1,55%	+4,32%	+2,09%	+2,18%	+1,48%	+2,23%	46.785
2003	+2,67%	+3,98%	+2,84%	+5,17%	+2,47%	+2,64%	+2,78%	+2,78%	48.081
2004	+1,58%	+4,31%	+1,94%	-3,20%	+1,53%	+1,16%	+1,38%	+2,11%	48.883
2005	+1,18%	+3,14%	+1,45%	+3,22%	+2,18%	+2,22%	+1,27%	+2,38%	49.723
2006									52.000

Nel 2006 sono aumentate del 72,8% le richieste di pensionamento provenienti dai medici e veterinari dipendenti dal servizio sanitario nazionale iscritti alla Cassa pensioni sanitari dal 1995 confluita nell'Inpdap. Si tratta di un dato particolarmente elevato che porta da 1.262 richieste prodotte nel 2005 a ben 2.181 le domande di quiescenza di questi professionisti della salute. In verità anche se eclatante, rappresenta ad una prima analisi, che sarà approfondita dallo stesso istituto previdenziale nei prossimi mesi, un dato non particolarmente inaspettato. Che si tratti di un incremento indotto dalle numerose incognite sul futuro degli assetti previdenziali ed in particolare dell'entrata in vigore nel 2008 del famoso "scalone" del limite minimo dei sessant'anni, è senz'altro da considerare come fenomeno importante ma contingente.

Altra condizione favorente è rappresentata, verosimilmente, dal raggiungimento del traguardo pensionistico della gran massa dei medici entrati in attività proprio negli anni settanta e primi ottanta dello scorso secolo. Ricordiamo che con la riforma degli enti ospedalieri, incardinata alla fine del 1960, si attuò l'ingresso di una ampia platea di personale, in particolare medico, che ne era rimasta ai margini, soggetta com'era ad incarichi professionali a termine. Il consolidamento del posto di lavoro e la possibilità di attivare i riscatti relativi agli anni di laurea e di specializzazione ha fatto sì che molti sanitari comincino ad arrivare ai limiti mas-

# GIURISPRUDENZA *sentenze e ordinanze*

## Consiglio di Stato Sentenza n. 53/2007

### Medici idonei non vincitori di concorso: l'Asl non ha l'obbligo di scorrere le graduatorie

Medici idonei non vincitori di concorso: la Asl non ha l'obbligo di scorrere le graduatorie in caso di posti liberi. È quanto deciso dal Consiglio di Stato nella sentenza depositata nel gennaio scorso.

#### I fatti

La vicenda aveva avuto inizio nel 1988, quando una unità sanitaria locale campana aveva indetto un concorso per venticinque posti di assistente medico dei servizi di prevenzione e sanità pubblica, in ottemperanza della legge 207/1985 sull'inquadramento nelle unità sanitarie locali secondo la quale, per un periodo di tre anni le unità sanitarie avrebbero dovuto indire direttamente (in luogo della regione) i concorsi per la copertura dei posti vacanti nelle piante organiche. In seguito all'approvazione della graduatoria, l'amministrazione, dopo aver nominato i vincitori, aveva utilizzato più volte la stessa fino al quarantunesimo posto, per coprire posti resisi liberi successivamente ed entro il biennio di validità della graduatoria.

I dottori collocatisi in graduatoria in posti tra il quarantaseiesimo e il cinquantatreesimo, ritenendo che vi fossero altri posti liberi e che l'amministrazione fosse obbligata a coprirli e ad utilizzare, a tal fine, la graduatoria, chiesero all'amministrazione di assumerli in servizio. L'unità sanitaria locale oppose un diniego a ciascuno dei richiedenti, con la motivazione che la graduatoria era già scaduta e che inoltre la decisione sulla copertura dei posti era di sua esclusiva competenza. Immediata l'impugnazione dei dinieghi dinanzi al Tar che accolse il ricorso dei medici, affermando che di regola l'amministrazione non è tenuta ad assumere personale,

scorrendo le graduatorie dei concorsi nel periodo della loro validità, solo perché vi sono posti liberi; ma che nei concorsi banditi ai sensi dell'articolo 9 della legge n. 207 del 1985 essa ha l'obbligo di procedere allo scorrimento, e reciprocamente gli idonei, collocatisi in posizione utile per ricoprire i posti liberi, hanno diritto all'assunzione.

#### Il giudizio in Consiglio di Stato

L'azienda sanitaria succeduta alla disciolta unità sanitaria locale ha proposto appello in Consiglio di Stato sostenendo che la graduatoria era scaduta e che non esiste un diritto alla scorrimento della graduatoria e all'assunzione.

Le norme sui concorsi pubblici – sostiene Palazzo Spada – prevedono la possibilità dell'amministrazione di conferire, agli idonei non vincitori, posti resisi liberi dopo la formazione della graduatoria. In tal senso disponeva già il testo unico degli impiegati civili dello Stato (Dpr n. 3 del 1957) il cui articolo 8 prevedeva la facoltà dell'amministrazione di conferire, oltre i posti messi a concorso, non solo quelli che risultassero disponibili alla data di approvazione della graduatoria, ma anche quelli messi a concorso che entro sei mesi dall'approvazione della graduatoria si rendessero liberi per rinuncia, decadenza, dimissioni. Successivamente, è stata prevista la "ultrattività" delle graduatorie, ossia è stato previsto che le graduatorie rimanessero valide per un certo periodo di tempo, in modo tale che l'amministrazione potesse attingervi, per "scorrimento" (quindi nell'ordine di graduatoria), per coprire posti che si rendessero liberi e che essa intendesse coprire. In generale, tuttavia, come che siano espresse le norme di ultrattività delle graduatorie, esse non precludono all'amministrazione di preferire l'indizione di un nuovo concorso, né creano un obbligo in capo all'amministrazione di coprire i posti liberi e un corrispondente diritto degli idonei in graduatoria all'assunzione. In ogni caso, con o senza ultrattività delle graduatorie, l'amministrazione non può avere l'obbligo di assumere personale del quale non ritiene di aver bisogno, né può esistere un diritto all'assunzione nel pubblico impiego di chi non sia vincitore a pieno titolo di un concorso, solo per il fatto che ci sono dei posti libe-

ri. In quest'ultimo caso si violerebbe il principio costituzionale di buona ed efficiente amministrazione sancito dall'articolo 97 della Costituzione, che impone un'organizzazione delle amministrazioni pubbliche in funzione del servizio pubblico ad esse affidato (nella specie, i servizi relativi alla sanità della popolazione), funzione svolta col minor costo compatibile col miglior risultato e non in funzione dei posti d'impiego che ne derivano, da ricoprire anche se non ve ne siano il bisogno e la possibilità finanziaria. Pertanto il Consiglio di Stato, ribaltando il giudizio di primo grado, dichiara l'appello fondato e asserisce che, anche in presenza di concorsi indetti direttamente dalle unità sanitarie locali ai sensi dell'articolo 9 della legge 20 maggio 1985 n. 207, l'amministrazione non ha l'obbligo di ricoprire gli ulteriori posti che si rendano liberi.

## Corte Costituzionale Sentenza n. 80/2007

### A Bolzano, no le verifiche statali sulle liste d'attesa

Le verifiche statali sulle liste d'attesa regionali nella sanità sono illegittime. È quanto deciso nella sentenza 80/2007 della Corte Costituzionale che ha risolto un conflitto di attribuzioni tra il ministero della salute e la Provincia autonoma di Bolzano, sorto in seguito ad una lettera con cui nel maggio del 2005 il Ministro aveva inviato un'indagine nazionale sul fenomeno delle liste d'attesa. Si tratta di una violazione delle prerogative delle Regioni che hanno competenza legislativa in materia di assistenza sanitaria. È lo stesso statuto a radicare la competenza delle Province autonome, quanto all'attività di verifica delle liste d'attesa. Secondo la Corte, infatti, le Province autonome hanno "specifici poteri di verifica su tutta l'attività svolta dalle aziende sanitarie locali e dalle aziende ospedaliere, e in genere dalle strutture di sanità pubblica. Poteri che devono intendersi riferiti anche al settore concernente i tempi di attesa con riguardo all'attività di erogazione delle prestazioni di assistenza sanitaria".

## Corte Costituzionale Sentenza n. 103 e 104/2007

### No allo spoils system nelle Asl

No, allo spoils system per i dirigenti generali dello Stato non apicali. Con sentenza 103/2007 la Corte Costituzionale ha dichiarato l'incostituzionalità dell'articolo 3, comma 7, della legge Frattini 145/2002, che ha sancito la decadenza automatica degli incarichi dirigenziali di livello generale dopo sessanta giorni dalla sua entrata in vigore.

Con sentenza 104/2007 la Corte ha dichiarato incostituzionale le norme di due leggi regionali che prevedevano nel Lazio la decadenza automatica dei direttori generali di Asl e Ao il novantesimo giorno successivo alla prima seduta del nuovo Consiglio regionale e in Sicilia l'azzeramento degli incarichi dirigenziali entro novanta giorni dall'insediamento del dirigente generale nella struttura cui è preposto.

simi contributivi (40 anni) se non di età per ottenere il pensionamento. Anzi, per l'età, da parte di molti di loro si auspicherebbe la possibilità, annullata l'estate scorsa con il decreto Bersani, di rimanere almeno fino a settanta anni.

Per cui è da ritenere che molti medici e veterinari dirigenti del Ssn abbiano optato per il trattamento pensionistico cosiddetto "assimilato alla vecchiaia", raggiungendo i 40 anni di contribuzione in piena forza fisica e professionale da convogliare verso altre attività più autonome.

Complessivamente nell'ambito di tutte le casse previdenziali dell'Inpdap, che hanno in pagamento poco meno di un milione e mezzo di pensioni, mentre nel 2005 le dimissioni volontarie (richieste una volta maturati i 35 anni di contribuzione) rappresentavano il 61,9% delle domande di quiescenza contro il 27,8% di istanze di diritto per limiti d'età, nel 2006 si è assistito ad un incremento delle dimissioni volontarie e ad una contrazione delle uscite per limiti d'età. L'età media dei pensionamenti per anzianità, è, stata di 58,36 anni con un'anzianità contributiva media di 36,6 anni. Quella dei trattamenti di vecchiaia è invece, di 64,02 anni per effetto del limite dei 60 anni previsto per le donne con un'anzianità contributiva di poco inferiore ai 34 anni, a dimostrazione che la pensione di vecchiaia è spesso una scelta obbligata. Nell'altro ente previdenziale relativo ai rapporti di la-

voro privati, l'Inps, nel 2006 sono state liquidate il 33,6% in più delle pensioni di anzianità nonostante siano calate del 6,7% le domande. Un fenomeno spiegabile con il fatto che sono diminuite le domande puramente "esplorative" finalizzate solamente a conoscere la consistenza dei contributi. Le domande per le pensioni di vecchiaia sono, invece, aumentate dell'11,1% comprensive di quelle dei cosiddetti parasubordinati. Escludendo i quali l'incremento è del 2,2% e si tratta di un valore in linea con la crescita del 3,7% registrata dalle pensioni effettivamente liquidate.

Nella Cassa pensioni sanitari il numero delle pensioni dirette in pagamento al 31 dicembre 2005 si è assestato a 31.206, di cui 27.738 di uomini e 4.468 di donne. In particolare la percentuale di aumento annuo è stata, per gli uomini dell'1,18% per il 2005 rispetto al 2004 e del 3,14% per le donne, nello stesso periodo. Leggermente aumentate sono le pensioni ai superstiti: +3,22% uomini, +2,18% donne, per un totale di 17.517 pensioni. Al 31 dicembre 2005 l'istituto ha in pagamento un totale di poco meno di 50.000 pensionati fra medici e veterinari. L'importo medio lordo dei trattamenti, sempre al 2005, è di 49.202 per le pensioni dirette, mentre è di 18.310 euro per le pensioni ai superstiti. Gli incrementi medi dei trattamenti delle pensioni dirette, negli ultimi 10 anni è stato del 4/5% annuo. (C.T.)

a cura di Paola Carnevale

# I servizi Anaaao Assomed agli iscritti

## L'ESPERTO RISPONDE

Gli iscritti possono rivolgere i loro quesiti per ricevere assistenza relativa all'applicazione degli istituti previsti dalla normativa contrattuale:

- Aggiornamento-Formazione
- Aspettativa
- Concorsi
- Graduatorie delle funzioni
- Guardie
- Incarichi
- Libera professione
- Mobilità
- Orario di lavoro
- Organizzazione dipartimentale
- Ospedalità privata
- Part time
- Pronta disponibilità
- Rapporto esclusivo
- Sostituzioni
- Valutazione del dirigente

## REVISIONE BUSTA PAGA

Attraverso l'esame dello stato di servizio del dipendente, è possibile valutare la progressione economica correlata all'anzianità e alla carriera da ascrivere ai Ccnl. Attraverso l'analisi dei cedolini può essere evidenziata la congruità delle trattenute fiscali e previdenziali.

## CONSULENZA PREVIDENZIALE

Il servizio fornisce agli iscritti sia informazioni di carattere generale, sia il calcolo della posizione previdenziale e delle pensioni da liquidare.

## TUTELA LEGALE

Viene offerta la convenzione con studi legali su tutto il territorio nazionale. L'Associazione si fa carico di una parte consistente delle spese. Il servizio prevede la tutela giudiziaria ed è normato da un apposito regolamento.

## OSSERVATORIO MOBING

L'Anaaao Assomed ha istituito un Osservatorio sulla dequalificazione dei medici del Servizio Sanitario Nazionale. La funzione dell'osservatorio, oltre al monitoraggio del fenomeno, è quella di fornire a chi ne subisce le conseguenze, il necessario sostegno legale e peritale.

## TUTELA LAVORO-CREF

Il servizio offre assistenza telefonica e consulenza scritta per la soluzione delle problematiche legali e sindacali in materia di diritto del lavoro. A tal fine è attivo l'help desk telefonico presso la sede Anaaao Assomed di Roma, il venerdì dalle ore 9.30 alle ore 18.00.

## OSSERVATORIO LAVORO

Il servizio è finalizzato a dotare il dirigente medico di strumenti conoscitivi ed applicativi idonei a supportarlo e ad indirizzarlo nella soluzione delle diverse problematiche connesse ai compiti affidatigli. Il servizio approfondisce, con cadenza mensile, le novità normative e giurisprudenziali sul rapporto di lavoro.

## TUTELA FISCALE

Il servizio di tutela fiscale attivato nelle sedi regionali dell'Associazione comprende:

- La consulenza fiscale
- La compilazione del modello 730 e degli altri adempimenti fiscali (modello 740, ICI etc.)

Le sedi regionali possono stipulare convenzioni con professionisti collegati a Caaf abilitati o direttamente convenzionandosi con i Caaf.

## CONSULENZA TRATTATIVA AZIENDALE

Il servizio mette a disposizione esclusivamente dei delegati Anaaao Assomed alla contrattazione aziendale, il supporto tecnico e di consulenza durante lo svolgimento della trattativa utile anche alla denuncia di problemi e difficoltà operative.

## INFORMAZIONI PARLAMENTARI

Il servizio offre informazioni e aggiornamenti parlamentari seguendo l'iter dei disegni di legge presentati alle Camere fino alla loro pubblicazione sulla Gazzetta Ufficiale. Sul sito dell'Associazione viene pubblicata il lunedì l'agenda dei lavori parlamentari e il venerdì il resoconto della discussione relativa ai provvedimenti di interesse della categoria.

## WWW.ANAAAO.IT

Il sito dell'Associazione, ampliato nei contenuti e modificato nella veste grafica, rappresenta un punto di riferimento per l'aggiornamento degli iscritti. Contiene, infatti, informazioni in tempo reale riguardanti l'attività politica e sindacale, sia quella prettamente associativa che quella istituzionale. Inoltre è possibile consultare le banche dati legislative, giurisprudenziale, i contratti di lavoro e l'iter della trattativa, l'attività parlamentare, gli eventi promossi dall'Associazione e molti altri servizi.

## NEWSLETTER

E' l'appuntamento settimanale (il venerdì) con le informazioni sull'attività dell'Associazione che vengono recapitate direttamente nella casella di posta elettronica. L'iscrizione alla newsletter avviene attraverso il sito [www.anaao.it](http://www.anaao.it) e consente di ricevere: la rassegna stampa, brevi aggiornamenti sull'attività sindacale e sulla politica sanitaria, links a documenti utili.

## LE CONVENZIONI

L'Associazione ha stipulato una serie di convenzioni consultabili su [www.anaao.it](http://www.anaao.it).

## ANAAAO CARD

Gli iscritti all'Associazione possono usufruire del servizio Tutela Legale e delle Convenzioni attraverso l'Anaaao Card sulla quale sono indicate la login e la password per accedere alle aree riservate del sito.

## SCUOLA FORMAZIONE QUADRI

### Obiettivo

Una classe di dirigenti costituita da professionisti di elevata qualità e professionalità.

### Principi

- conoscenza diffusa degli aspetti peculiari della storia, dell'organizzazione e delle regole statutarie dell'Anaaao Assomed e condivisione delle specificità del progetto di sindacalismo che l'hanno caratterizzata fin dalla sua fondazione;
- acquisizione di un'omogenea conoscenza delle norme e dei principi, organizzativi e gestionali, presenti in campo sanitario, nel pubblico impiego e nei Ccnl;
- comprensione e dominio tecnico dei principi, delle norme e delle metodologie che regolano il "sistema delle relazioni sindacali" a tutti i livelli;

- conoscenza e dominio tecnico delle metodologie di contrattazione;
- condivisione delle soluzioni contrattuali e delle scelte adottate in alcune realtà aziendali o regionali dell'Associazione;
- superamento della sensazione, attualmente diffusa soprattutto fra i quadri aziendali, di disagio per inadeguatezza culturale e tecnica al moderno ruolo sindacale.

### Struttura

Gli eventi formativi della Scuola Quadri sono articolati in 3 tipologie di corsi di livello differente, rivolti a tipologie di quadri associativi diverse e con obiettivi specifici anch'essi diversi: Corso base: ogni anno sono organizzati almeno 3 Corsi con l'obiettivo di fornire elementi di base costitutivi, omogenei ed esaustivi sulle materie contrattuali e su argomenti organizzativi del Ssn. Corso avanzato: ogni anno si organizza almeno 1 Corso avanzato monotematico, a modello di master di approfondimento, su argomenti attuali di particolare interesse strategico. Corso "promozionale": corso di aggiornamento aperto ai medici della zona individuata, iscritti e non al sindacato.

DIRIGENZA MEDICA

Il mensile dell'Anaaao 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](mailto:dirigenza.medica@anaao.it)  
[www.anaao.it](http://www.anaao.it)

direttore  
**Carlo Lusenti**  
direttore responsabile  
**Silvia Procaccini**  
comitato di redazione:

**Giorgio Cavallero, Domenico Iscaro, Mario Lavecchia,**  
**Gianluigi Scaffidi, Costantino Troise**  
coordinamento editoriale  
**Eva Antoniotti**

hanno collaborato:

**Arianna Alberti, Paola Carnevale, Vincenzo Cilenti,**  
**Fabrizio Girolami, Lucia Conti, Lorena Giudici, Ester Maragò,**  
**Aldo Piperno, Stefano Simoni, Claudio Testuzza**

Progetto grafico e impaginazione:

**Daniele Lucia**

**A.N.E.S.**  
AGENZIA NAZIONALE EDITORIALE  
SOCIETÀ PER RIFORMA E OPERAZIONI



editore

**Health Communication srl**  
Edizioni e servizi di interesse sanitario

Via Vittore Carpaccio 18 - 0147 Roma  
email: [redazione@hcom.it](mailto:redazione@hcom.it)  
tel. 06.59.44.61 - fax 06.59.44.62.28

Registrazione al Tribunale di Milano n.182/2002 del 25.3.2002. Sped. in abb. postale - D.L. 353/2003 (conv. in L. 27/02/2004 n. 46) art. 1, comma 1, DCB Roma  
Diritto alla riservatezza: "Dirigenza Medica" garantisce la massima riservatezza dei dati forniti dagli abbonati nel rispetto della legge 675/96  
Stampa: Artigrafiche s.r.l. - Pomezia (Rm)  
Finito di stampare nel mese di aprile 2007