

ARGOMENTI CONGRESSUALI

- **Sistemi di tutela della salute e federalismo**
- **Aziende sanitarie e loro possibile riassetto**
- **Il dirigente medico nella realtà aziendale**
- **Livelli e contenuti della contrattazione – condizioni di lavoro**
- **Università**
- **Previdenza**
- **Ospedalità privata accreditata**
- **Medici dipendenti Ministero della salute**
- **Medici in Pensione**

Febbraio 2002

PRESENTAZIONE

L'Anaa Assomed si appresta ad affrontare la fase congressuale che porterà alla definizione del nuovo progetto associativo ed alla espressione di chi avrà il compito di trovare modalità e percorsi per la sua realizzazione.

Questo accade in un periodo particolarmente difficile per l'intera categoria in considerazione delle intenzioni della parte politica di governo di mettere in discussione elementi fondamentali dell'attuale assetto istituzionale e giuridico in Sanità.

Elementi di particolare preoccupazione sono:

- il conflitto di potere in una situazione di legislazione concorrente su due livelli (nazionale e regionale)
- l'applicazione esasperata della politica federalista
- l'incertezza nei meccanismi di raccolta e distribuzione delle risorse destinate alla gestione della Sanità
- il tentativo di relegare il sindacato medico ad un ruolo marginale nelle scelte di politica sanitaria
- la revisione dello stato giuridico della dirigenza medica
- la messa in discussione della libera professione come diritto di scelta del medico
- la mancata disponibilità a riconoscimenti economici già maturati.

Lo scenario complesso e di difficile interpretazione induce il gruppo dirigente dell'associazione ad affrontare la stagione congressuale con una metodologia innovativa che vuole fornire a tutti i livelli associati strumenti conoscitivi di approfondimento ed analisi dei fenomeni in atto.

E' interesse dell'associazione favorire la crescita di una intelligenza di gruppo che attraverso il libero e costruttivo contributo giunga ad intercettare i rischi per la categoria connessi con le ipotesi di revisione dell'attuale assetto ed al tempo stesso concretizzare le strategie di risposta ed intervento che costituiscano gli indirizzi prioritari sulle quali sviluppare le prossime iniziative sindacali.

La scelta di argomenti di prioritario e comune interesse, frutto di un lavoro collettivo che ha visto il contributo della Segreteria Nazionale e della Consulta dei Segretari Regionali, elaborati in forma di tesi aperte rappresenta un elemento di novità nella vita associativa, ma deve diventare prassi consolidata al fine di promuovere la partecipazione ed il confronto dell'intero sindacato.

Riteniamo che il successivo passaggio del dibattito nelle Assemblee Aziendali e nei Congressi Regionali possa ulteriormente arricchire con le esperienze maturate nelle singole realtà un progetto comune che trova nel Congresso Nazionale la sua completa realizzazione.

SISTEMI DI TUTELA DELLA SALUTE E FEDERALISMO

A cura del gruppo di lavoro

ANTONIO DELVINO (COORDINATORE),
MARCELLO ANGIUS, LEONARDO BARTOLUCCI,
MASSIMO BOCCA, SALVATORE CALABRESE, DOMENICO ISCARO,
EUGENIO PORFIDO, DOMENICO SARACENO

FEBBRAIO 2002

INDICE

Premessa	3
Principi etici in sanità	4
Analisi dei sistemi sanitari occidentali	5
L'attuale Servizio Sanitario Italiano	7
Analisi di contesto: ipotesi di cambiamento nell'ottica federalista	9
Possibili vantaggi e svantaggi per i medici	10
<i>Allegati</i>	
Il federalismo in Italia	
a) Il federalismo fiscale: l'iter legislativo	11
b) Le riforme costituzionali	12
I modelli regionali in sanità	12

PREMESSA

Tutto il mondo occidentale è alla ricerca di strumenti che consentano di tutelare la salute dei cittadini con la maggiore efficienza possibile.

Si sta infatti sempre più divaricando la forbice tra i bisogni percepiti (sempre maggiori e più variegati anche grazie ai maggiori livelli di cultura ed alla stessa diffusione di Internet) e le risorse disponibili a causa dei seguenti fenomeni che, sia pure con peso variabile, incidono dovunque:

- *allungamento della vita media*
- *sempre maggiore disponibilità di procedure diagnostiche ad alta tecnologia e alto costo*
- *sempre maggiore disponibilità di farmaci ad alto costo.*

Per la corretta valutazione di un sistema di tutela della salute bisogna poi tener conto di due variabili assolutamente prioritarie:

- *il gradimento da parte dell'utenza: il sistema teoricamente più efficace e più efficiente, se non percepito come tale dai cittadini, non può che essere considerato "in crisi" dai decisori politici;*
- *la valutazione dei risultati in termini di salute non potrà mai essere univoca in quanto gli indicatori tradizionali sono fortemente influenzati dalle abitudini di vita (fumo, abuso di farmaci) e alimentari dei cittadini, dal grado di inquinamento ambientale, dallo stesso clima e persino dalla tipologia dei rapporti sociali.*

In Italia è universalmente condivisa l'esigenza di procedere alla revisione degli attuali assetti organizzativi del Servizio Sanitario nazionale soprattutto sulla base delle seguenti considerazioni:

- *nonostante la valutazione positiva che l'Oms nel 2000 ha espresso sull'efficacia del Ssn italiano, il gradimento da parte dei cittadini è mediamente basso (con significative variazioni nelle diverse aree geografiche);*
- *la riforma dello Stato in senso federalista, ormai in fase avanzata di realizzazione, non potrà che condizionare pesantemente l'erogazione dei servizi in ambito sanitario, data l'entità dei finanziamenti impegnati.*

E' interesse generale mantenere in vita e valorizzare gli elementi positivi per evitare che una riforma basata sulle migliori intenzioni porti danno ai vari attori del sistema e agli stessi cittadini.

PRINCIPI ETICI IN SANITA'

La Sanità non può essere considerata alla stregua degli altri servizi; sia le forze politiche di impostazione conservatrice e liberista, sia quelle di impostazione riformista, in tutto il mondo concordano nel ritenere l'equità nell'accesso alle prestazioni sanitarie e nell'erogazione delle stesse un valore cui una società evoluta non può rinunciare.

Per evitare però che la realizzazione di un modello organizzativo, condizionata da esigenze di bilancio e da pressioni di lobbies professionali od economiche, tradisca tale principio fondamentale è indispensabile definire preliminarmente i principi etici su cui basare le riforme ed esprimerli in ordine di priorità.

Si tratta di un rischio ancora più grande in un momento storico in cui la riforma dello Stato in senso federalista può compromettere proprio l'equità.

Un contributo fondamentale in tal senso è stato fornito qualche anno fa da una Commissione parlamentare che in Svezia enunciò i seguenti principi etici basilari espressi in ordine di importanza:

1. il principio della dignità umana:

tutte le persone hanno pari dignità, hanno cioè gli stessi diritti; la dignità umana **non è proporzionale** alle qualità personali degli individui o al loro ruolo sociale;

2. il principio del bisogno e della solidarietà:

le “scarse” risorse vanno destinate a chi ha maggiore bisogno; solidarietà significa anche destinare speciale attenzione ai bisogni dei più deboli, a coloro che sono poco consapevoli della propria dignità umana, a coloro che hanno minori possibilità di far sentire la propria voce, ai cosiddetti “soggetti fragili”;

3. il principio del costo-efficienza:

quando si sceglie tra diversi campi di attività o diversi interventi si dovrebbe mirare ad una ragionevole relazione tra costo ed effetto, misurato in termini di miglioramento della salute e miglioramento della qualità della vita.

La valenza ormai universalmente attribuita al principio del costo-efficienza, sia pure subordinato ai principi della dignità umana e del bisogno e della solidarietà, ha reso evidente che una razionale e sistematica valutazione dei costi di produzione in sanità assume una connotazione etica fondamentale.

La condivisione dei principi etici sopra enunciati comporta la necessità di costituire un'Authority a livello nazionale, di cui i Medici devono essere la componente essenziale, che vigili sul rispetto di tali principi sia da parte del Governo centrale che da parte dei Governi regionali che delle stesse direzioni strategiche aziendali.

ANALISI DEI SISTEMI SANITARI OCCIDENTALI

Nelle società industriali avanzate è possibile individuare tre diverse tipologie di sistema sanitario:

1. a dominanza di mercato
2. misto
3. a dominanza statale.

1. Il primo è caratterizzato dalla centralità del mercato come meccanismo di allocazione e distribuzione delle risorse, dalla diversificazione degli apparati istituzionali presenti, dal decentramento delle responsabilità amministrative, dal pluralismo degli attori sociali coinvolti.

In questo sistema il mercato è considerato garante sia dell'efficienza dei servizi che della soddisfazione dei bisogni e l'assistenza sanitaria rappresenta un bene di consumo vendibile attraverso rapporti regolati dalle forme di pagamento, mentre viene rifiutata ogni forma di coordinamento statale centralizzato.

Le modalità di finanziamento (assicurazioni volontarie, contributi aziendali), così come la proprietà delle strutture erogatrici, sono prevalentemente private ed il grado di copertura assistenziale è parziale con accesso diseguale connesso al reddito ed alla occupazione per qualità e quantità di servizi forniti.

Le strutture ospedaliere sono controllate prevalentemente da consigli di amministrazione privati ed autonomi, mentre la quota di posti letto pubblici gestiti dal governo locale non supera il 30%.

L'amministrazione pluralistica del sistema utilizza una programmazione decentrata con funzioni di coordinamento e controllo misto esercitati a diverso livello dallo Stato, dagli ordini professionali e da clienti privati.

La principale forma di controllo esercitata dallo Stato interessa la certificazione del personale sanitario oltre alle procedure di controllo della qualità e dei costi sulle attività

rientranti nei programmi a finanziamento federale.

Il medico con eccezione di poche specialità è un libero professionista remunerato a prestazione che opera prevalentemente in gruppi di colleghi rappresentati da associazioni professionali.

Le associazioni professionali esercitano un forte potere attraverso il controllo dell'accesso alla professione, della formazione e delle competenze professionali.

L'esempio più corrispondente a questa tipologia di sistema è rappresentato dall'organizzazione sanitaria negli Usa.

2. Nel sistema sanitario denominato di tipo misto il finanziamento è garantito dalle

assicurazioni sociali obbligatorie con contributi pagati da lavoratori e datori di lavoro.

Il grado di copertura assistenziale è quasi totale per le famiglie dei lavoratori ed anche nell'estensione a pensionati e disoccupati viene mantenuto il legame diretto tra contributo e prestazioni attraverso i fondi pensione e l'assicurazione contro la disoccupazione.

Le strutture sanitarie sono prevalentemente private e l'amministrazione è decentrata con un controllo misto effettuato dallo Stato, dai fondi di malattia e dall'ordine professionale.

I fondi sono enti autogovernati con ampia autonomia, amministrati da rappresentanti delle associazioni di categoria dei lavoratori e dei datori di lavoro sotto la supervisione federale che determina standard qualitativi e massimali contributivi.

Il ruolo di controllo dello Stato è esercitato nella formazione professionale, nella sorveglianza sui farmaci e sulle terapie e nella prevenzione.

Le associazioni professionali esercitano una attività non limitata alla determinazione degli onorari e partecipano come partner istituzionale al processo di codeterminazione ed ai controlli sulla qualità.

Gli orientamenti culturali di sistema sono orientati alla collaborazione e gestione di

imprenditori e lavoratori ed alla responsabilità di governo nel garantire attraverso accordi autonomamente sottoscritti dalle parti il diritto alla salute.

Questa tipologia di sistema è adottata, con presenza variabile di componente pubblica e privata, in Francia, Germania e Olanda.

3. Il modello a dominanza statale prevede modalità di finanziamento e proprietà degli ospedali prevalentemente pubbliche e presenta come elemento fondamentale il diritto all'assistenza per tutti i residenti con un'offerta di servizi quasi completa.

Il medico è un libero professionista o dipendente pubblico a seconda del tipo di attività svolta (medico di medicina generale od ospedaliero).

Il controllo sulle prestazioni mediche è esercitato da organi statali e dall'ordine professionale che conserva un potere significativo, anche se inferiore a quello presente negli altri sistemi, connesso essenzialmente alla competenza professionale.

Sono presenti due livelli di amministrazione (regionale e locale) che si articolano in organi regionali sanitari responsabili dell'allocazione delle risorse, della valutazione della qualità delle prestazioni e di alcune strutture sanitarie accentrate, mentre gli organi sanitari locali sono responsabili del coordinamento dell'assistenza sanitaria in ambito distrettuale.

È il sistema utilizzato nel Regno Unito, nei Paesi scandinavi ed in Italia.

Ai sistemi descritti vengono abitualmente associate tre diverse modalità di rapporto dei soggetti interessati al processo di produzione dei servizi sanitari che sostanzialmente regolano i rapporti finanziari tra strutture erogatrici ed acquirenti ed al tempo stesso rappresentano strumenti di governo nella allocazione delle risorse.

Nel sistema a concorrenza libera i prezzi di acquisto delle prestazioni sono fissi e diversificati per tipologie di produttori suddivisi in classi sulla base di caratteristiche funzionali e

strutturali. I prezzi subiscono una revisione ad ogni anno finanziario e vengono abitualmente determinati partendo dai costi medi di produzione rilevati su un campione di strutture significativo per numero e tipologia. L'acquirente è un soggetto che presenta le caratteristiche del terzo pagante con un basso rischio finanziario garantito dalla possibilità di fissare il prezzo delle prestazioni, mentre il produttore assume la quota più alta di rischio anche in funzione della condizione di operare in un mercato che offre piena parità di accesso ai concorrenti.

Nel sistema misto ed a dominanza statale vengono utilizzati con differente prevalenza associata alla quota di presenza privata o pubblica sulla proprietà delle strutture erogatrici il modello della concorrenza interna ed il modello della programmazione di bilancio.

Il primo presenta la caratteristica dei contratti di esclusiva a prezzi variabili tramite i quali acquirente e produttore sono soggetti negoziali attivi che si assumono sulla base della forza contrattuale e della tipologia di contratto (forfetario, costo volume e costo per caso) quote diverse di rischio finanziario.

La concorrenza interna è garantita dalla limitazione all'accesso dei produttori esercitata attraverso l'autorizzazione ad operare nel mercato sanitario da parte dell'acquirente.

Diversamente la scelta del modello della programmazione di bilancio sposta l'attenzione sul controllo della spesa effettuata tramite la negoziazione e la definizione annuale del budget per struttura erogatrice.

In questo caso il prezzo della prestazione è determinato sui costi standard fissati dall'acquirente che vengono utilizzati per definire i livelli di efficienza attesa e verificare i volumi di produzione a consuntivo.

L'acquirente effettua un macrocontrollo sulla allocazione delle risorse fissando i costi di produzione ed il produttore è garantito dall'accesso congelato al mercato, ma il limite al modello è costituito dal fatto che non esiste una chiara definizione del rischio finanziario

(vincolo di spesa per l'acquirente e vincolo di bilancio per il produttore).

L'ATTUALE SERVIZIO SANITARIO ITALIANO

Prima del 1978, in Italia, l'assistenza sanitaria era di tipo mutualistico, gli enti erogatori avevano proprie discipline e stabilivano in autonomia condizioni e modalità di offerta. La realtà italiana viveva una situazione di "deregulation" caratterizzata da assoluta mancanza di programmazione della allocazione delle risorse e di verifica dei risultati di gestione. Il sistema è andato in crisi per il mancato adeguamento della contribuzione rispetto ai costi dei servizi offerti per cui si decise di avviare una riforma sanitaria sul modello di quella adottata in Inghilterra nel primo dopoguerra.

La legge 833 del 1978

E' stata la prima legge di riforma sanitaria; istituiva un sistema di tipo pubblico finanziato dalla fiscalità generale fondato sulla universalità dell'accesso ai servizi sanitari pubblici e privati convenzionati, finanziati integralmente dallo stato ed equamente ed uniformemente distribuiti. Veniva creato un apposito Fondo Nazionale, ripartito successivamente alle Regioni sulla base principalmente della popolazione. Con gli anni 80 sono subentrati importanti cambiamenti: il trasferimento delle competenze in materia sanitaria alle Regioni, lo sviluppo dei piani ospedalieri, con conseguente crescita del numero e della qualità dei nostri ospedali, il complesso rapporto della politica con le istituzioni sanitarie. Alle Regioni competeva la responsabilità della gestione del servizio. Veniva messo in atto quello che la Costituzione sancisce, in particolare con l'articolo 32: *"La repubblica tutela la salute come fondamentale diritto dell'individuo e interesse della collettività e garantisce cure gratuite agli indigenti"*.

Molte dichiarazioni di intenti contenute nella legge 833/78 non hanno trovato pratica realizzazione a causa di una sorta di "mancata responsabilizzazione" degli amministratori pubblici e degli operatori ordinatori di spesa.

Le maggiori criticità rivelate da questo sistema sono state:

- la spesa crescente ed incontrollata degli anni 80;
- la cronica sottostima dei finanziamenti ed il continuo ricorso ai ripiani a piè di lista;
- la mancanza di programmazione con incongruenza tra fabbisogni, investimenti e risorse disponibili;
- la gestione organizzativa insufficiente e burocratica.

Il ripiano dei debiti "a piè di lista" ha nel tempo penalizzato le Regioni che avevano messo in atto politiche di risparmio; tale metodologia ha costituito un formidabile ostacolo per la realizzazione, da parte delle Regioni, degli opportuni processi di riorganizzazione e razionalizzazione.

La "seconda" riforma sanitaria del 1992

Nel 1992 la Legge-delega n. 421 impose al Governo di riformare i 4 settori-chiave dello Stato (Sanità, Previdenza, Pubblico impiego e Finanza territoriale) secondo i principi della Aziendalizzazione, della Privatizzazione e della Responsabilizzazione; ne derivarono i decreti legislativi n. 502/92 e 517/93 che costituiscono la seconda Riforma Sanitaria con l'obiettivo primario di ridurre la spesa sanitaria favorendo nello stesso tempo l'aumento di autonomia delle regioni ed il miglioramento del sistema in termini di efficienza.

L'obbiettivo politico dichiarato era la salvaguardia dell'equità ed universalità del sistema anche affrontando severe ed ormai non più rinviabili politiche di contenimento della spesa.

Le novità introdotte sono:

- Programmazione accentrata e formalizzata nel Psn con il quale vengono definiti i

livelli uniformi di assistenza finanziati per quota capitarla;

- Trasformazione delle Usl in azienda ed introduzione della figura del Direttore Generale a cui vengono conferiti i poteri del datore di lavoro privato;
- Finanziamento a tariffa ed introduzione di un sistema concorrenziale di “quasi mercato”
- Trasferimento alle regioni dell’effettivo governo della spesa

Le principali fonti di finanziamento diventano:

- Contributi sanitari direttamente attribuiti alle regioni
- I ticket sui farmaci e le prestazioni specialistiche
- Forme di autofinanziamento regionale (tributi regionali, aumento dei ticket entrate proprie delle Asl, altro).

La “terza” riforma sanitaria del 1999

Pur beneficiando di un maggiore governo della produzione e dei relativi costi, nel 1999 sono stati introdotti ulteriori elementi correttivi con il dlgs 229 che non hanno modificato l’impianto originario della riforma. In realtà molti elementi di modifica sono stati solo enunciati in quanto tale decreto prevede l’emanazione di norme regolamentari rimaste finora nelle intenzioni del legislatore.

IL dlgs 229/1999 “ Norme per la razionalizzazione del Ssn” è la terza riforma Sanitaria e sembra in qualche modo interrompere il processo intrapreso; in particolare si raffredda la ricerca dell’autonomia regionale.

Le novità più importanti sono:

- a) pianificazione centralizzata dell’intervento di spesa pubblico basato sul PSN triennale che si relaziona secondariamente con i piani sanitari regionali e territoriali;
- b) grande rilievo dei Distretti cui spettano funzioni di coordinamento ed organizzazione dei presidi territoriali;
- c) rafforzamento del Ssn e nascita dei fondi integrativi, pubblici e privati, con compiti di integrazione del Ssn;

d) definizione di un nuovo sistema di accreditamento della offerta sanitaria che può essere pubblica, privata commerciale e privata non profit;

e) livello unico della Dirigenza Medica.

Le maggiori criticità sono state bene illustrate in una nota della “Commissione Tecnica della Spesa Pubblica”:

- Sovrapposizione di competenze nella elaborazione dei Piani Sanitari tra regioni e governo, con limitazione della capacità di manovra delle Regioni e delle Asl;
- La definizione dei Lea può in qualche modo ostacolare il processo di regionalizzazione, infatti qualora la loro individuazione fosse molto ampia potrebbe provocare un ridotto spazio di intervento e manovra per le Regioni;
- Limitazione del processo di Aziendalizzazione a causa della frammentazione territoriale delle Asl in distretti, iniziativa contraria alle logiche di economia di scala;
- Perplessità sul tipo di finanziamento poiché viene attribuita alle Regioni la possibilità di scegliere tra remunerazione a tariffa o a costo standard di produzione.

a) Elementi di forza

- E’ sicuramente un elemento positivo che il rischio sia gestito da un unico sistema a valenza nazionale caratterizzato dalla forte integrazioni tra le varie componenti assistenziali.
- Le modalità di retribuzione dei dirigenti medici e del personale del comparto, definiti con contratti collettivi sottoscritti a livello nazionale incentivano il lavoro d’equipe.
- La competizione tra aziende, sia pure “governata”, ha introdotto elementi di razionalizzazione nell’uso delle risorse.
- L’introduzione dei sistemi di pagamento a prestazione ha permesso di costruire un efficace sistema informativo e, sia pure con qualche aberrazione, ha fatto aumentare l’efficienza.

- Nella sostanza i principi etici fondamentali sopra enunciati sono stati sempre rispettati.

b) Elementi di criticità

- I Medici di Medicina Generale, punti nodali del sistema, non hanno mai assunto compiutamente quel ruolo di filtro e di indirizzo dei pazienti che avrebbe consentito il salto di qualità.
- La formazione e l'aggiornamento continuo sono stati sempre enunciati ma mai hanno assunto le caratteristiche che hanno in altre nazioni, anche a causa dell'incapacità dell'Università di gestire senza atteggiamenti baronali ed egemonici il processo; non appare l'Ecm lo strumento capace di introdurre efficaci elementi correttivi.
- Pur in presenza di una normativa a valenza nazionale le disparità esistenti tra le varie regioni sono eclatanti; tali disparità non potranno che aumentare con il Federalismo
- Il ruolo del privato non è stato ben definito e testato in conseguenza del fatto che in molte Regioni i processi di accreditamento non sono stati effettivamente attivati.
- La pressione esercitata sui prescrittori dalle lobbies del farmaco è tornata forte portando all'esplosione della spesa farmaceutica nell'anno 2001, in clamorosa controtendenza rispetto a quanto accaduto negli anni '90, senza che questo maggiore consumo abbia comportato una riduzione dei ricoveri o delle prestazioni ambulatoriali o un miglioramento dello stato di salute della popolazione.

ANALISI DI CONTESTO: IPOTESI DI CAMBIAMENTO NELL'ITALIA FEDERALISTA

Per poter elaborare una base di discussione per il congresso è indispensabile procedere ad una attenta analisi di quanto sta accadendo in Italia

in termini legislativi, con particolare attenzione alle norme che hanno introdotto la riorganizzazione dello Stato in senso federalista. Altrettanto importante è analizzare, in via sintetica e schematica, quali modelli organizzativi potranno seguire le Regioni, sia pure all'interno dell'unico Servizio Sanitario Nazionale. Nell'appendice allegata alla presente tesina è analiticamente riportato l'iter legislativo della trasformazione federale dello Stato. Da questo emerge con grande chiarezza come la riforma in senso federalista sia già compiuta salvaguardando l'unità nazionale grazie all'introduzione di principi di solidarietà basati sulla redistribuzione perequativa delle risorse. L'eventuale introduzione di elementi di devoluzione senza apportare ulteriori incremento di efficienza del sistema potrebbero determinare una vera e propria disgregazione dell'unità nazionale.

Dagli spunti offerti nei paragrafi precedenti si ritiene di enfatizzare la necessità di mantenere in essere i criteri di universalità ed equità di accesso attualmente presenti in Italia.

Tale condizione del resto favorisce il permanere di una contrattazione collettiva nazionale che a tutt'oggi appare un forte strumento di tutela sia degli attuali livelli retributivi, che delle garanzie faticosamente conquistate.

Riteniamo irrinunciabile un governo del sistema che attraverso una rigorosa azione programmatica eserciti misure di valutazione della domanda e controllo dell'offerta.

Momenti quali la revisione del nomenclatore tariffario, la fissazione delle tariffe minime nazionali nell'ambito della remunerazione a prestazione, la definizione dei criteri di accreditamento strutturali, organizzativi e funzionali costituiscono forme di garanzia qualitativa che devono essere elaborate da organismi a prevalente componente medica.

Naturalmente l'attuale sistema deve avere maggiori caratteri di flessibilità per consentire alle singole regioni, nel rispetto delle norme

citare che hanno introdotto il federalismo, di organizzare la sanità con un sufficiente grado di autonomia.

La costituzione di una Authority che vigili sul rispetto dei principi etici fondamentali a cui deve ispirarsi un Sistema Sanitario pubblico rappresenta una esigenza ineludibile se si vuole evitare il rischio di un sistema efficiente, ma paradossalmente non efficace e di una frammentazione che disattende la sua struttura solidaristica.

In tale prospettiva riteniamo non perseguibile l'ipotesi di devoluzione spinta che sconnette le realtà regionali dalle necessità di indirizzo e coerenza nazionale del sistema.

POSSIBILI VANTAGGI E SVANTAGGI PER I MEDICI

Si invitano i congressi regionali ad individuare, nei vari sistemi ipotizzati, gli elementi che possono portare vantaggio alla professione e quelli che, al contrario, potrebbero ridurre le garanzie acquisite ed il ruolo dei dirigenti medici.

ALLEGATO

IL FEDERALISMO IN ITALIA

a) Il Federalismo Fiscale: l'iter legislativo

Il processo di riforma delle autonomie regionali e locali in senso federalista ha inizio dagli anni 90 con l'adozione di una serie di provvedimenti legislativi:

Dlgs 504/92: riforma della finanza delle province dei comuni;

La Legge 662/96: riordino della struttura dei trasferimenti e delle imposte regionali e locali;

La legge 59/97: “conferimento di funzioni e compiti alle regioni e agli enti locali per la riforma della pubblica amministrazione e per la semplificazione amministrativa”

Dlgs 146/97: istituzione dell'Irap (che ha sostituito una serie di tributi tra cui i contributi sanitari e la tassa sulla salute) e l'addizionale regionale Irpef;

La legge 449/97: istituzione dell'addizionale comunale Irpef;

La legge delega 133/99: “Disposizioni in materia di perequazione, razionalizzazione e federalismo fiscale”

- abolizione del vincolo di destinazione dei trasferimenti statali; l'abolizione è prevista dopo un triennio (2003);
- istituzione di una compartecipazione sull'IVA non superiore al 20% del gettito complessivo;
- aumento della quota di compartecipazione sull'accisa della benzina fino ad un massimo di 450 lire;
- aumento dell'addizionale Irpef non inferiore all'1,5% istituzione di un Fondo perequativo Nazionale con meccanismo di perequazione verticale in base:
 - a) alla capacità fiscale
 - b) al fabbisogno sanitario
 - c) al recupero della evasione

Decreto Legislativo 56/2000 “Disposizioni in materia di Federalismo fiscale (attuativo della legge delega 133/99)

A) Modificazione del sistema di finanziamento delle regioni senza oneri aggiuntivi da parte dello Stato con:

- l'istituzione di una nuova compartecipazione regionale all'IVA per il finanziamento delle

Regioni (pari al 25,7% del gettito complessivo a partire dal 2001);

- l'aumento dell'aliquota addizionale regionale dell'Irpef) compresa tra lo 0,9 e il 1,4% a partire dal 2000);

- l'aumento dell'aliquota di compartecipazione regionale all'accisa sulla benzina (che sale a 250 lire al litro);

B) Il Fondo perequativo nazionale sarà alimentato da una parte del gettito alla compartecipazione IVA

C) A partire dal 2002 saranno cambiati le regole di distribuzione delle risorse e questo processo si svilupperà attraverso un lungo periodo di transizione che terminerà nel 2013.

D) Nuovo meccanismo di ripartizione del fondo perequativo mirato a muovere flussi di risorse dalle regioni in surplus a quelle in deficit (trasferimento orizzontale).

- misurando la capacità fiscale della regione;
- (coefficiente di solidarietà dello 0,9%)
- verificando il fabbisogno sanitario;

La legge 388/2000 (finanziaria 2001):

- abolizione dal 1-1-2001 (la precedente legge 133/99 lo prevedeva nel 2003) dei vincoli di destinazione dei trasferimenti statali per la sanità

- obbligo di garantire comunque fino al 2003 livelli di assistenza pari alla quota capitaria definita;

- copertura di eventuali disavanzi di gestione sulla base del patto di stabilità, attraverso l'autonomia impositiva.

Accordo Stato-Regioni 8 Agosto 2000

- Il governo si impegna ad incrementare le risorse per la Sanità fino a raggiungere in un triennio il 6% del Pil (nel 2004 finanziamento paria 156.000 miliardi);

- La spesa eccedente non potrà essere finanziata a carico dello stato;

- Le Regioni si impegnano a far fronte ad eventuali ulteriori esigenze finanziarie con mezzi propri;

- Progressiva delega alle Regioni;

- della gestione della spesa;
- della potestà autorizzatoria delle sperimentazioni gestionali;
- della gestione organizzativa compresi gli assetti delle Aziende Ospedaliere;
- della spesa farmaceutica.

**Decreto Legge 347 del 19 settembre 2001
“Interventi urgenti in materia di spesa sanitaria”
e Legge 405 (di conversione)**

- Sono confermati gli accordi economici di Agosto con l’obbligo per le Regioni a provvedere con proprie risorse (fiscaltà regionale) ad eventuali disavanzi di gestione;
- la spesa corrente per il 2002 non potrà superare la spesa sostenuta a tale titolo nel 2000, aumentata del 4,5%;
- non sono più considerati principi fondamentali dello stato ai sensi dell’art.117 della Costituzione (sui quali le singole Regioni non possono legiferare) la costituzione delle Aziende Ospedaliere e le sperimentazioni gestionali;
- le Regioni adottano lo standard di dotazione media di 5 posti letto per mille abitanti di cui l’1 per mille riservato alla riabilitazione e alla lungodegenza;
- è fissato un tetto per la spesa farmaceutica che non potrà superare il 13% della spesa sanitaria complessiva;
- sono introdotte nuove modalità di erogazione dell’assistenza farmaceutica con ampia delega alla Regione per la sua gestione.

b) Le Riforme Costituzionali

Tra il 1999 e il 2001 sono state approvate tre leggi costituzionali:

1. La legge costituzionale n. 1, recante “Disposizioni concernenti l’elezione diretta del Presidente della giunta Regionale e l’autonomia statutaria delle Regioni” e modificativa degli articoli 121,122,123,126 della Costituzione. Ha come obiettivo l’introduzione di meccanismi giuridici (elezione diretta del presidente della Regione) per assicurare la stabilità dei governi regionali

2. La legge costituzionale n. 2 riguardante “Disposizioni concernenti l’elezione diretta dei Presidenti delle Regioni a Statuto Speciale e delle Province autonome di Trento e Bolzano”

3. La legge costituzionale n. 3 del 18 Ottobre 2001 recante le “modifiche al titolo V della parte seconda della Costituzione (dall’articolo 114 al 132. Approvata prima a maggioranza parlamentare e poi legittimata dal voto referendario, modifica la parte della Costituzione dedicata ai rapporti tra centro e periferia .

- **Il nuovo art.114** mette tutti sullo stesso piano Stato, Regioni, Province, Comuni, e Città metropolitane, in un nuovo impianto istituzionale, non più verticale ma orizzontale;

- **il nuovo art.117** fissa le materie nel quale lo stato avrà esclusività legislativa (politica estera, difesa, moneta, ordinamento amministrativo e giudiziale, istruzione ecc.), lasciando alla potestà legislativa regionale tutte le competenze residuali. Vengono altresì fissate le materie di legislazione concorrente per le quali spetta alle Regioni la potestà legislativa salvo che per la determinazione dei principi fondamentali, riservata alla legislazione dello stato (tutela della salute).
- **Il nuovo art.118** introduce il principio di “sussidiarietà” nuovo concetto guida dei rapporti tra centro e periferia.

I MODELLI REGIONALI IN SANITA'

Il processo di trasformazione legislativa dello Stato in senso federale ha determinato un’ampia libertà per le Regioni, che possono adottare un proprio modello di sistema sanitario regionale.

Esistono diversi modelli teorici di Sistema Sanitario Regionale che si differenziano secondo il tipo di finanziamento ed in base alle proprie caratteristiche istituzionali (numero e dimensioni) ed organizzative.

Tuttavia ciò che caratterizza sostanzialmente un sistema sanitario regionale, sia nella sua architettura sia rispetto ad altri sistemi, è il tipo di finanziamento adottato.

Possono essere schematizzate in modo sintetico tre tipologie di sistema sanitario regionale:

Modello a centralità Aziendale

L’Azienda Sanitaria Locale ha un ruolo centrale nel sistema, mentre alla Regione compete un ruolo più modesto quasi di arbitro complessivo del sistema.

La Asl è il centro organizzativo e gestionale di tutti i processi economici ed organizzativi. Essa:

- è finanziata per quota capitaria pesata,
- ha la doppia veste di acquirente ed erogatore di prestazioni;
- possiede e gestisce la maggior parte delle strutture d’offerta, compresi gli Ospedali;
- paga direttamente la mobilità sanitaria in uscita;

In questo modello

- le Asl devono avere giuste dimensioni e proprie strutture;
- sono pochi gli ospedali scorporati dalle Asl;

- gli ospedali di Asl sono finanziati in base ai fattori produttivi (posti letto, personale ecc.) e non esiste nessuna relazione con il volume di prestazioni erogate;
- il controllo del sistema si esercita attraverso il governo della domanda.

Le Asl provvedono essenzialmente a tre funzioni:

- 1) assicurare la popolazione contro i rischi di malattia,
- 2) produrre esse stessa le prestazioni,
- 3) acquistare all'esterno le prestazioni.

In quanto assicuratore la Asl deve soddisfare i bisogni di salute della propria popolazione al minor costo di mercato e quindi, essendo essa stessa erogatrice non ha alcun interesse a incrementare in modo improprio la produzione di prestazioni considerando inoltre che l'attività non è pagata a prestazione. Gli ospedali Asl sono finanziati in base alla spesa storica e lo scorporo degli Ospedali sarà limitato solo a quelli di alta specialità i quali saranno remunerati in base a tariffe per prestazione.

Affinché il sistema sia in equilibrio e conservi una coerenza interna la Asl deve essere di dimensioni tali da poter assolvere con le sue stesse strutture alla domanda del proprio bacino di utenza e deve contenere le prestazioni per limitare i costi badando a non deprimere del tutto la propria capacità produttiva (altrimenti sarebbe penalizzata dalla mobilità in uscita particolarmente onerosa).

La Asl è quindi naturalmente portata alla ricerca della autosufficienza cercando di programmare la propria capacità produttiva e di governare la domanda affinché essa non privilegi le strutture esterne.

Modello a centralità Regionale

In questo modello la Regione ha un ruolo centrale nel governo del sistema.

Essa:

- è unico acquirente collettivo del sistema e tutte le aziende sanitarie sono semplici produttori di prestazioni;
- finanzia a tariffa per prestazione (Drg) tutte le strutture d'offerta sia ospedaliere che territoriali, pubbliche e private accreditate.

In questo modello:

- la dimensione della Asl è abbastanza indifferente;
- gli ospedali e le grandi strutture d'offerta sono scorporate dalle Asl;

- la remunerazione avviene in base a tariffa per prestazione;
- il controllo del sistema si esercita attraverso il governo dell'offerta.

In considerazione della forte asimmetria informativa esistente tra la domanda e l'offerta il Sistema ha una sua intrinseca instabilità poiché attraverso comportamenti opportunistici l'offerta è in grado di intervenire sulla domanda condizionandola in modo da favorire e moltiplicare certe prestazioni rispetto ad altre.

La regione è chiamata quindi a svolgere un ruolo di programmazione e controllo della offerta:

- attraverso contratti di fornitura con i singoli produttori, nei quali siano definiti volumi e tariffe;
- imponendo un tetto di finanziamento massimo lasciando ai produttori libertà nella offerta di prestazioni; in questo caso la Regione cercherà di indirizzare l'offerta verso le prestazioni ritenute prioritarie e di scoraggiare comportamenti opportunistici attraverso interventi sul tariffario.

In questo tipo di sistema regionale la dimensione territoriale della ASL non è importante e gli ospedali delle ASL sono quasi tutti scorporati in quanto produttori di prestazioni. La stabilità economica del sistema dipende dal controllo dell'offerta che la Regione esercita mediante contratti o tetti di spesa.

Modello di libero mercato

In questo sistema esiste una netta separazione tra acquirente e produttore; il cittadino è libero di scegliere la struttura, pubblica o privata accreditata, a cui rivolgersi.

Alla Asl, da cui sono scorporate tutte le strutture di erogazione di prestazioni, sono riservate le funzioni di medicina di base, di prevenzione ed i compiti socio-sanitari.

In questo modello:

- Le Asl sono finanziate a quota capitarla;
- Tutti gli Ospedali e i fornitori di prestazioni (strutture specialistiche territoriali ed accreditate) sono scorporati dalle Asl;
- Le Asl comprano le prestazioni per i propri residenti dai produttori esterni;
- La Regione esercita esclusivamente un controllo sulla domanda.

In questo sistema è favorita la massima competizione tra produttori.

Alla Regione è riservato un modesto ruolo d'arbitro. Alla Asl, in quanto pagante, compete il

ruolo di controllore del sistema che si esercita attraverso i sistemi di governo della domanda (budget per il Medico di Medicina Generale, budget di Distretto, adozione di protocolli diagnostici-terapeutici ecc.).

La sua capacità di intervento deve essere indirizzata a scoraggiare comportamenti espansivi ed inflattivi, al fine di evitare il pericolo di crescita vertiginosa ed incontrollata della spesa.

In questi ultimi due modelli sanitari regionali nei quali è stabilita una separazione tra acquirenti e produttori si viene a creare un mercato nel quale i fornitori di prestazioni sono in concorrenza tra loro.

A seconda del ruolo ricoperto dal pagante/acquirente della prestazione si possono prevedere due tipi di concorrenza:

Concorrenza amministrata: il pagante, nel ruolo di terzo attore, fissa il prezzo della prestazione ed i fornitori competono tra loro per attrarre i pazienti (migliore qualità della prestazione, facilità di accesso, comodità ecc.). I cittadini sono liberi di scegliere la struttura di fiducia.

Concorrenza negoziale: il pagante agisce in veste di acquirente collettivo per la comunità, svolge un ruolo attivo, negozia ed acquista pacchetti di prestazioni. I fornitori quindi competono tra loro per assicurarsi contratti che gli garantiscono l'esclusiva per quel tipo di prestazione. Il cittadino vede ridotta la sua possibilità di scelta, in quanto è indirizzato verso gli erogatori con i quali il pagante ha stipulato un contratto.

AZIENDE SANITARIE E LORO POSSIBILE RIASSETTO

(FONDAZIONI-SOCIETÀ PER AZIONI-POTERI DEL DIRETTORE GENERALE-
CONSIGLIO D'AMMINISTRAZIONE-RAPPORTI CON IL TERRITORIO)

A cura del gruppo di lavoro

ALBERTO ANDRION (COORDINATORE),
SALVATORE BARBERA, ENRICO REGINATO,
GIUSEPPE RICUCCI, ALDO SCALA

FEBBRAIO 2002

INDICE

Premessa	3
Nascita e applicazione della “filosofia aziendale” in sanità	3
L’istituzione “azienda sanitaria” nella realtà italiana	4
Le proposte con cui confrontarsi	5
Fondazioni-Società per azioni	6
Rapporti con il Territorio	6
Commenti	7
Quesiti	8

1. PREMESSA

Nel momento in cui si vuole porre mano ad un progetto di riassetto della forma istituzionale delle aziende sanitarie (Aso e Asl) occorre chiarire che quest'esigenza é legata a due necessità fondamentali fortemente integrate tra loro:

1. sostenere e favorire una migliore programmazione delle politiche per la salute e una migliore erogazione delle prestazioni sanitarie rese ai cittadini
2. sostenere e favorire la creazione di un ambiente organizzativo che coinvolga, anche a livello decisionale aziendale coloro che intervengono ed operano in quel contesto, in primo luogo i medici.

Se si accetta il riferimento a queste due necessità, occorre tuttavia anche concordare su di una comune convinzione: qualsiasi assetto istituzionale rappresenta unicamente il mezzo che in un dato contesto storico/politico/economico) si ritiene possa meglio facilitare il raggiungimento di un fine. Definiti i fini, gli obiettivi di carattere generale, i mezzi per raggiungerli possono essere diversi, modulabili e modificabili nel tempo.

Il tema del riassetto delle aziende sanitarie rientra certamente in quest'ambito visuale.

2. NASCITA E APPLICAZIONE DELLA "FILOSOFIA AZIENDALE" IN SANITÀ

Nel nostro paese, l'istituzione delle aziende sanitarie avvenuta all'inizio degli anni '90 aveva come obiettivo, come "fine", quello di gestire un contesto politico-economico in sanità che veniva sempre più configurandosi come sistema a "risorse limitate". In pratica, si trattava di dare vita ad uno strumento in grado di governare la transizione dal precedente regime "a piè di lista" ad uno in cui le risorse a disposizione dovevano essere sempre più definite ex-ante e non ex-post. Per raggiungere questo obiettivo, tutte le forze politiche - con poche eccezioni e distinguo - ritennero di introdurre nel sistema meccanismi di

flessibilità e di "mercato" il cui strumento operativo (il mezzo) fu individuato nella formula "azienda".

Il sistema adottato si ispirò soprattutto - e venne, in parte, mutuato modellandolo alla realtà italiana - a quello introdotto in Gran Bretagna dal governo Thatcher (modello aziendale dei *Trust*). I fautori di tale cambiamento scesero in campo nella seconda metà degli anni '80 e furono a livello "tecnico" un gruppo di clinici milanesi i cui principali portavoce erano l'attuale ministro Sirchia e il suo predecessore Veronesi (documento elaborato nel 1986) e a livello politico l'allora ministro della sanità Donat-Cattin (disegno di legge presentato al finire del 1987).

Com'è noto, l'atto legislativo finale venne poi condotto a termine dal ministro De Lorenzo con il dlgs 502 del 1992 durante il governo presieduto dal presidente Amato.

Oltre alla sintesi delle paternità politiche di cui sopra é anche utile ricordare quale fu la posizione delle forze sindacali, incluse quelle mediche.

Le Confederazioni Cgil-Cisl-Uil si dichiararono contrarie alla riforma-bis e, in campo medico, questa posizione fu assunta anche dalla Cimo; Confederazioni, Cimo e il neonato partito di Rifondazione Comunista si fecero poi promotori della raccolta di firme per l'abrogazione della riforma-bis, senza peraltro raggiungere l'obiettivo. Al contrario, l'Anaa Assomed e altri sindacati medici si pronunciarono a favore del processo di aziendalizzazione, ritenendo che questo rappresentasse non solo una scelta ineludibile a causa dell'ampiezza dei consensi (e/o dei non-dissensi) politici, ma anche un'opportunità per rimarcare, nel nuovo assetto aziendale, la centralità ed autonomia professionale del medico, sganciandola dal sistema di governo (il Comitato di Gestione della Usl) che allora veniva indicato - anche all'interno stesso della categoria - come generatore di tutti i mali e di tutte le disfunzioni.

E' evidente che un dibattito che voglia fare riferimento alla storia dei fatti non può prescindere da quanto sopra esposto e soprattutto, dagli insegnamenti che se ne possono trarre:

- 1) L'introduzione di meccanismi di tipo aziendale nel governo dei sistemi sanitari ha coinvolto tutte le nazioni occidentali a prescindere dall'orientamento politico di riferimento. Attualmente, esso risulta essere quello maggiormente adottato sia nei paesi con Ssn, sia in quelli con un sistema di tipo mutualistico-assicurativo, sia in quelli con un sistema più marcatamente privatistico.
- 2) Nel nostro paese, l'adozione del sistema aziendale è stata inizialmente suggerita da componenti tecnico-politiche che nel recente passato hanno avuto, ed anche oggi hanno, rilevanti compiti di governo del sistema stesso. Nel corso degli anni, il sistema "azienda" ha avuto il consenso di una molteplicità di forze politiche e sindacali, comprese ora alcune (vedi Cimo) che in una prima fase si dichiararono contrarie. Di conseguenza, il dibattito sui reali, supposti o possibili risvolti negativi dell'introduzione di meccanismi aziendali in sanità non può essere ricondotto a specifiche posizioni politiche o di parte. Volendo volgarizzare, in questo settore ciascuno ha messo del suo e non esistono terreni o etichette da considerarsi vergini.

3. L'ISTITUZIONE "AZIENDA SANITARIA" NELLA REALTÀ ITALIANA

Affermare la condivisione di un modello di organizzazione sanitaria che preveda l'impiego di meccanismi di tipo aziendale, non significa di per sé accettare in modo acritico e, a maggior ragione, non significa avvalorare qualsiasi modello di "azienda" venga proposto e qualsiasi modalità operativa che da quel modello possa discenderne. Le modalità di configurazione dell'azienda sanitaria sono state, sin dall'inizio, condizionate da tre fattori:

1. il clima politico e sindacale fortemente avverso ai preesistenti comitati di gestione;

2. la volontà del legislatore di mantenere una continuità con il precedente assetto dell'alta direzione impersonata dal coordinatore amministrativo e sanitario delle Usl;
3. il vincolo costituito dalla normativa del pubblico impiego (dlgs 29).

Va chiarito che, quando si parla di "azienda" nel campo del Ssn, è necessario porre le dovute differenze con le aziende che producono beni di consumo o servizi.

- un'azienda che produce beni di consumo deve incentivare il consumo, al contrario di un'azienda Asl;
- un prodotto arriva prima o poi alla saturazione del mercato, la saturazione in campo sanitario non avviene mai;
- il cliente sceglie, paga ed usufruisce del bene acquistato; in sanità il medico orienta la scelta del prodotto sanitario, il paziente ne usufruisce, il Ssn paga la prestazione. Nessuno dei tre componenti ha possibilità diretta di condizionare gli altri;
- i costi di un prodotto industriale sono uguali per ogni unità prodotta; in sanità i costi di una prestazione sono sempre differenti fra loro;
- il dirigente medico, oltre ad aderire alle strategie aziendali, deve essere interprete delle richieste del cittadino nei confronti del Ssn;
- il sistema di pagamento per Drg rappresenta un metodo molto approssimativo di finanziamento, predefinito e non rispettoso dei reali costi della struttura; non può, quindi, essere utilizzato come sistema acritico di governo del sistema, come invece accade spesso;
- per quanto riguarda gli ospedali interni alle Asl, il finanziamento per Drg diventa, nella maggior parte dei casi, una partita di giro.

L'esperienza pratica di quanto è avvenuto nel nostro paese negli ultimi dieci anni conferma quanto l'Anaa Assomed aveva già evidenziato nei documenti preparatori del Congresso Nazionale del 1998 a Orosei.

In sintesi, si rilevava che l'attuale configurazione giuridica del direttore generale rappresenta un'anomalia. Infatti, in nessuna azienda privata e in nessun'azienda pubblica o ente economico si configura una posizione esecutiva di vertice dotata di poteri e responsabilità così elevate. Volendo fare riferimento ad un interessante articolo sulla "corporate governance" delle *public companies*, pubblicato nel 1997 dal Sole 24 Ore, veniva ribadito che il compito dell'amministratore delegato (vedi DG) è quello di "gestire", mentre quello del Consiglio di Amministrazione è quello di fare la strategia aziendale, programmare e vigilare. Ma soprattutto, si affermava nell'articolo che in assenza di uno dei due protagonisti o in presenza di confusione di ruoli si creano situazioni di inefficienza gestionale e di governo. Si tratta appunto del caso emblematico delle aziende sanitarie. Se le stesse imprese, cioè le aziende con finalità di profitto, sono così strutturate emerge in modo lampante la contraddizione cui ci si trova di fronte. La stessa "lontananza" dalla casa madre (la Regione) riduce sostanzialmente il tutto al vincolo di bilancio, il che appare troppo poco per realtà che continuano ad essere enti pubblici con un preciso finalismo sociale; salvo poi vedere questa "lontananza" improvvisamente accorciarsi per effetto della politica nei criteri di nomina dei Direttori Generali.

4. LE PROPOSTE CON CUI CONFRONTARSI

Il sistema sopra delineato produce degli effetti negativi su tre questioni fondamentali:

- carenza di coinvolgimento della componente professionale (soprattutto medica) aziendale;
- limitazione nell'impiego di competenze e di responsabilità differenziate in quanto paradossalmente tutte le competenze e le responsabilità si "incarnano" nel direttore generale;
- scarso o assente rapporto con la comunità locale.

Appare quindi più ragionevole, proprio sotto un profilo aziendale, una gestione affidata a:

1. Consiglio di Amministrazione

- a) membri eletti o nominati, comunque espressione di realtà locali;
- b) scelti nel mondo delle professioni, cultura, imprenditoria, compresa una rappresentanza dei medici dirigenti (vedi il Consiglio di Amministrazione dell'Università) e delle rappresentanze sociali dei cittadini.

2. Direttore generale

- a) come l'Amministratore Delegato deve avere funzioni di responsabile esecutivo;
- b) deve operare in una strutturazione di staff comprendente i Direttori di Dipartimento.

Rispetto al passato, queste proposte hanno trovato negli ultimi tempi maggiore spazio, stando almeno ad alcune dichiarazioni e documenti provenienti sia da parte ministeriale sia sindacale. Il ministro Sirchia ha sottolineato pubblicamente un "eccesso di potere" dei direttori generali e l'emarginazione della componente professionale medica dai gangli decisionali delle aziende sanitarie. Sul versante sindacale, la Cimo si esprime chiaramente per l'introduzione di CdA nelle aziende. Esiste quindi a tutt'oggi una possibile convergenza di posizioni.

Tuttavia, a questo riguardo emergono non poche contraddizioni:

- A. Sul fronte ministeriale, il progetto viene prevalentemente legato a modifiche che riguardano un ristretto numero di aziende sanitarie "di punta" che dovrebbero essere trasformate in SpA/Fondazioni con l'apporto di capitali privati;
- B. La Cimo auspica, al contrario, che tutte le aziende sanitarie debbano essere trasformate in SpA.
- C. I disegni di legge regionali di "devolution" sino ad ora noti (es. Lombardia, Piemonte), pur aprendosi a queste possibilità, mantengono tuttavia immutato un assetto di fortissimo potere dei direttori generali. In pratica, il vero e unico CdA risulta essere la Giunta Regionale.

5. FONDAZIONI - SOCIETÀ PER AZIONI

Al fine di fugare ogni possibile equivoco, occorre ricordare che una fondazione rappresenta nella stragrande maggioranza dei casi una istituzione *non-profit* cui concorrono capitali privati e/o pubblici, mentre una SpA è una organizzazione giuridica *profit* cui, analogamente alle fondazioni, possono concorrere capitali privati e/o pubblici ma che, come sottolineato, ha come prevalente obiettivo la creazione di profitto. In ogni caso, entrambe le configurazioni si inseriscono in un contesto di rapporto/partnership pubblico-privato e possono operare nell'ambito della possibile gestione e/o promozione di servizi pubblici.

I motivi invocati per l'introduzione nel sistema sanitario di modelli di partnership pubblico-privato sono fondamentalmente i seguenti:

- a) necessità di reperire finanziamenti
- b) maggiore flessibilità del contesto operativo

Un articolo sull'argomento comparso sul Br. Med. J. del 27 ottobre scorso

(<http://bmj.com/cgi/content/full/323/7319/954/b>) riportava le conclusioni di uno studio indipendente condotto dal King's Fund e dalla NHS Alliance secondo il quale l'evidenza che la partnership pubblico-privato sia in grado di incrementare effettivamente il finanziamento risulta inconsistente. Inoltre, si metteva in rilievo che *"...qualsiasi partnership con il settore privato dovrebbe favorire i pazienti e non incidere negativamente sul personale e sui servizi sanitari e dovrebbe inoltre includere garanzie circa il mantenimento della qualità. La partnership pubblico-privato non dovrebbe essere soltanto un mezzo per tagliare i costi a spese delle condizioni di lavoro e del salario del personale...."*.

Come si può notare, le conclusioni dello studio indicano implicitamente che l'esperienza sino ad ora attuata nel Regno Unito è andata nella direzione di forti ristrutturazioni con implicazioni negative per il personale e scarsi benefici per i pazienti. Esattamente il pericolo che noi dovremmo evitare ed il trabocchetto in cui non dovremmo cadere. Per essere ancora più espliciti: mentre da

noi si ritiene comunemente e in buona fede che questi strumenti possano permettere immissione di "denaro fresco" per migliorare i servizi e possano correlarsi ad un migliore "status" del medico, in realtà la partnership comporta per lo più un finanziamento sostitutivo e non aggiuntivo, e crea le condizioni per procedere a ristrutturazioni non benefiche né per la categoria né per i pazienti. E' altresì evidente che, in un simile contesto, i possibili vantaggi che nascono dalla istituzione di un CdA sarebbero probabilmente annacquati dagli svantaggi della istituzione delle SpA/Fondazioni.

6. RAPPORTI CON IL TERRITORIO

Il tema dei rapporti con il territorio si articola su due versanti:

1. ruolo degli enti locali nella programmazione e gestione aziendale
2. ruolo delle Asl/Aso

Circa il primo punto, pare scontato che, in presenza di una forte spinta alla devolution regionale, il ruolo degli enti locali "sotto-ordinati" quali i Comuni difficilmente sarà in grado di assumere connotazioni di maggiore "governo", e comunque questa scelta è tutta in mano alle rispettive regioni. Questo dato rende anche maggiormente problematica la possibilità di creazione di CdA che vedano una consistente presenza di rappresentanti di tali enti. Comunque sia, l'attuale stato della situazione, rende assai difficoltoso avanzare una proposta di modifica che possa essere assunta e perseguita a livello nazionale.

Analoga considerazione deve probabilmente essere fatta per quanto riguarda il secondo punto. Saranno le scelte regionali a decidere delle modalità (a partire da quelle istituzionali) con le quali verrà impostata ed evolverà il rapporto con il territorio. Verosimilmente in alcune regioni verrà mantenuto l'attuale assetto che privilegia l'integrazione tipo Asl, in altre verrà attuato o accelerato il cosiddetto scorporo. Anche in questo caso, un intervento di indirizzo nazionale non pare realistico.

Resta comunque il fatto che, in un sistema complesso come quello sanitario, il punto di partenza è costituito dall'analisi dei bisogni del bacino d'utenza dell'Azienda, in base ai quali si deve operare una strategia aziendale che, nell'ambito dei finanziamenti disponibili, vada ad allocare le risorse.

La strategia aziendale, come si è già detto, non può essere fatta dal solo Direttore Generale, nè può essere considerata una strategia sufficiente quella elaborata a livello centrale regionale attraverso i piani sanitari e le leggi sanitarie regionali.

7. COMMENTI

1. Assetto dell'azienda/CdA: anomalo rispetto alle altre realtà imprenditoriali; necessita di CdA o organismo simile; necessita di effettivo potere decisionale dei medici.

Possibilità di modifica:

Pro: dichiarazioni di Sirchia; possibile "trasversalità" del consenso sindacale; legame con l'istituzione di SpA/Fondazioni.

Contro: persistenza dei dubbi politici verso forme tipo CdA; opposizione dei DG; incremento del peso politico della devolution: le Giunte Regionali vogliono controllare e gestire direttamente, sono loro il CdA; la richiesta di un CdA può accelerare la trasformazione in Spa/Fondazioni con risvolti negativi maggiori per la categoria

2. SpA e Fondazioni:

Pro: possibile apporto/incremento di finanziamenti; possibile beneficio per i pazienti; maggiore flessibilità operativa

Contro: dubbi sull'effettivo incremento di finanziamenti; favorisce la disaggregazione della rete ospedaliera; privilegia e incrementa il potere dell'università; rischia di provocare forti ristrutturazioni dannose per la categoria; non è dimostrato il beneficio per i pazienti.

3. Poteri del direttore generale: ritenuto eccessivo, soprattutto per quanto riguarda l'intervento sulla carriera dei dirigenti e sulle scelte complessive tecnico-professionali aziendali.

Le proposte per limitarlo riguardano l'introduzione dei CdA, il ripristino delle graduatorie vincolanti per gli incarichi di struttura complessa, un maggiore potere decisionale ai collegi di direzione.

Pro: dichiarazioni del ministro; possibile "trasversalità" del consenso sindacale

Contro: opposizione dei DG; consenso sindacale non omogeneo (vedi poteri al collegio di direzione); possibilità che l'esperimento venga compiuto solo in settori "di punta" (SpA/Fondazioni; aziende universitarie).

In base a quanto sopra esposto dovremo chiamare gli iscritti a pronunciarsi su:

1. Quesiti su “filosofia aziendale” in sanità

é ancora accettabile la validità dei meccanismi di tipo aziendale in sanità?

- se questo non é o se vi sono dubbi, riteniamo che esistano alternative perseguibili?
- se esistono alternative, quali sono? dove sono applicate? quale strada dobbiamo intraprendere per raggiungerle?

2) Quesiti su azienda sanitaria e direttore generale:

- l'attuale modello istituzionale é soddisfacente?
- in caso di risposta negativa, quali sono i principali punti critici?
- l'istituzione di un CdA potrebbe migliorare la situazione?
- esiste una concreta agibilità politica per questa proposta?
- il rafforzamento dei poteri del collegio di direzione potrebbe migliorare la situazione?
- esiste una concreta agibilità politica per questa proposta?

3) Quesiti su azienda sanitaria SpA/Fondazione

- si ritiene che la proposta possa rappresentare una valida alternativa rispetto all'attuale assetto?
- quali sono gli aspetti positivi (per il sistema sanitario e per la categoria)?
- quali sono gli aspetti negativi (per il sistema sanitario e per la categoria)?

NB: I quesiti sopra indicati dovrebbero rappresentare una guida per il dibattito congressuale e precise risposte dovrebbero emergere nei documenti finali dei congressi regionali, in particolare per i quesiti sottolineati

IL DIRIGENTE MEDICO NELLA REALTÀ AZIENDALE

A cura del gruppo di lavoro

AMEDEO BIANCO (COORDINATORE)
DONATO ANTONELLIS, GIOVANNI BONOMO,
MARIO LAVECCHIA, CARLO MELCHIONNA,
GIUSEPPE ROSATO, OSVALDO SCARPINO, COSTANTINO TROISE

FEBBRAIO 2002

MODALITA' DI ACCESSO AL SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE

Un tema ricorrente sul quale appare inderogabile confrontarsi riguarda la necessità/opportunità di valorizzare ulteriori strumenti tesi a produrre maggiori elementi di flessibilità.

Molteplici sono le considerazioni, una fra tutte riguarda l'uso positivo di tale flessibilità in ragione della massiccia ristrutturazione strutturale e funzionale dei servizi così come si va prospettando.

Appare inopportuno negare in via pregiudiziale il problema ma l'attenzione deve essere concentrata nella costruzione di un sistema di rapporti di lavoro possibili, governabili e soprattutto non conflittuali.

Il passaggio è stretto ma ha un punto di riferimento che costituisce l'asse portante della nostra politica associativa in materia: ferma restando l'uniformità sul territorio nazionale dell'attuale stato giuridico della dirigenza, la natura pubblica del rapporto di lavoro ne costituisce il nucleo irrinunciabile.

In altre parole tutto quanto seguirà non può e non deve sottrarre il Direttore Generale dall'obbligo di definire nell'atto aziendale la corrispondenza della pianta organica dirigenziale alle attività programmate e di prevederne la copertura secondo le modalità ordinarie ovvero a rapporto di dipendenza, a tempo indeterminato, a rapporto esclusivo laddove è previsto, secondo vincoli giuridici nazionali e vincoli normativi previsti dal Contratto Collettivo Nazionale di Lavoro.

Fatte salve queste indispensabili premesse, sono prospettabili alcune nuove modalità di accesso dei professionisti medici al Servizio Sanitario Nazionale.

1. Specialisti in formazione secondo due ipotesi

a) secondo contratti di formazione lavoro, a tempo determinato cioè fino alla conclusione del corso di specializzazione, prevedendo il progres-

sivo e razionale ingresso degli specialisti nelle attività ordinarie sotto tutoraggio.

Questa ipotesi configura il tradizionale spettro di rapporti Ospedali-Università nel campo della formazione specialistica che va dal modello misto attualmente vigente, in larga parte sulla carta, fino all'idea o meglio il sogno di vere e proprie scuole ospedaliere di formazione specialistica.

b) Secondo contratti di formazione lavoro, a tempo determinato cioè fino alla conclusione del corso di specializzazione ma a partire dal terzo anno di formazione specialistica.

Questa ipotesi, pur mantenendo inalterato lo scenario di cui sopra dovrebbe prevedere una efficace riorganizzazione dei corsi di specializzazione sulla base di una preparazione prevalentemente teorica nel primo biennio ed una prevalente applicazione pratica nel biennio/triennio successivo (imparare a fare/imparare facendo).

2. Specialisti formati secondo la legislazione vigente secondo due modalità:

a) conferimento di incarichi mediante la stipula di contratti a tempo determinato, con rapporto di lavoro non esclusivo entro il limite del 2% (?) della dotazione organica della dirigenza medica. Tali incarichi sono in relazione all'espletamento di funzioni e compiti inerenti la continuità assistenziale intra ed extra ospedaliera ovvero al mantenimento degli standards quali quantitativi assistenziali e prestazionali individuati dall'atto aziendale, anche in relazione ad interventi sulle liste di attesa, se insufficienti gli altri strumenti organizzativi e funzionali già previsti dalla normativa vigente.

La durata degli incarichi varia da sei mesi a due anni e non è rinnovabile. L'affidamento dell'incarico avviene da parte del Direttore Generale su indicazione univoca del Direttore di Dipartimento sulla base di un curriculum che deve prevedere il possesso dei requisiti previsti dal dlgs 483/97, fatto salvo l'obbligo di corrispondenza della specializzazione che può riferirsi, anche per

equipollenza, ad una delle specialità afferenti al Dipartimento.

b) stipula di contratti libero-professionali di durata compresa tra i tre e i dodici mesi, non rinnovabile per lo svolgimento delle stesse attività di cui al punto 2 b con un massimo di ore mensili non superiore al 50% del tempo assistenziale contrattualmente dovuto dai Dirigenti. Il monte orario complessivo disponibile per tali contratti non può superare il 2% del monte orario relativo alla pianta organica dirigenziale medica definita dall'atto aziendale.

Il contratto viene stipulato dal Direttore del Dipartimento in base al budget a disposizione, secondo tariffe a prestazione concordate con la Direzione Generale, d'intesa con le OOSS. I professionisti a contratto devono essere in possesso di curricula che comprendono i requisiti previsti dal dlgs 483/97, fatto salvo il riferimento specialistico come il punto 2 a.

I PROFILI DELLA DIRIGENZA MEDICA

Sono trascorsi poco meno di dieci anni dalla pubblicazione in Gazzetta Ufficiale della legge 502 che ha profondamente mutato l'assetto giuridico, organizzativo e gestionale del Servizio Sanitario Nazionale.

Gli ex ospedali, le ex Usl sono diventate Aziende, i medici dipendenti sono diventati Dirigenti Medici dipendenti.

Nel rapido volgere di pochi anni sono sparite le qualifiche a favore dei due livelli della Dirigenza Medica, una vita breve in ragione dell'affermazione del livello unico articolato per funzioni.

Una vera e propria rivoluzione copernicana dei modelli operativi e funzionali all'interno dei quali i Medici sono chiamati ad interpretare, in nuovi ruoli, con nuovi linguaggi e nuove culture, il loro compito di sempre.

I grandi processi di cambiamento raramente si sviluppano in modo lineare, spesso, in partenza, assommano ingenuità e violenza, grandi visioni

strategiche e rozzi adattamenti di culture e prassi mutuati altrove.

Abbiamo così assistito, ma anche sofferto e contrastato, l'ingresso disorganico e squilibrato nei nostri sistemi di una cultura aziendale pedissequamente copiata dalle aziende private non sanitarie; un tentativo di grezza omologazione che non ha tardato ad evidenziare tutti i suoi limiti.

Ma non si è sofferto invano se oggi, con la dovuta cautela, registriamo una minore estraneità delle ragioni sanitarie alle ragioni dell'economia e della produzione, se appare sempre più evidente che il particolare del bene prodotto da queste aziende speciali ha bisogno di nuovi protagonismi interni per il riconoscimento delle criticità e delle opportunità di sviluppo.

Il cambiamento in atto, culturale, organizzativo, scientifico ed economico ha modificato i parametri di giudizio ed i simboli stessi del potere medico, inevitabilmente sono saltate le vecchie regole e nuovi paradigmi socio economici hanno preso il posto degli antichi credi obbligando a ripensare gli stessi codici deontologici da adeguare alle nuove dimensioni del tradizionale rapporto a due medico-paziente.

Il terzo pagante occupa prepotentemente la scena ed impone le sue regole per disciplinare tale rapporto e chiede al medico di definirsi quale agente di contenimento delle spese a fronte di un "paziente" che aumenta il proprio potere contrattuale rivendicando il diritto all'autodeterminazione.

Nel 1983 un editoriale del BMJ annunciava la fine della libertà medica intesa come "diritto dei medici - da alcuni considerato divino- di fare qualsiasi cosa ritenessero a loro esclusivo giudizio il meglio per i loro pazienti".

I medici, stretti tra due fuochi, si scoprono meno amati e, soprattutto nelle organizzazioni ospedaliere, fortemente controllati ed eteroguidati.

Sono destinatari di norme che disciplinano l'organizzazione e definiscono la struttura gerarchica fissando i livelli di subordinazione sia in termini di potestà decisionale che disciplinare.

Si profila, cupo e minaccioso, un modello burocratico nel quale il dipendente in quanto tale si configura, in base al principio della ascription, ad una macchina banale la cui caratteristica fondamentale consiste nel rispondere immancabilmente con un output ad ogni input, prevedibile in quanto eterodeterminato dalla norma.

Nelle aziende di servizio, però, la qualità del lavoro è prima di tutto funzione di un operatore-autore autonomo e responsabile della sua operatività e della sua professionalità che si esprime nella scelta di quanto è più appropriato ed efficace fare.

Il fare non è separato né separabile da chi fa, non può esserci una qualità dei servizi senza qualità del lavoro.

Emergono dunque dai fatti e non da vocazioni, i tratti originali della Dirigenza medica.

Sul piano formale la Dirigenza, è il contenitore, anche tassonomico, di una forma giuridica a cui fanno riferimento atti legislativi e regolamenti del pubblico impiego e atti normativi derivanti da accordi nazionali di lavoro.

Sul piano dei contenuti funzionali ed operativi, nel settore sanitario, la qualifica di dirigente va tuttavia identificata secondo criteri diversi rispetto alla dirigenza tradizionale.

Il medico è dirigente sia per la propria natura intrinseca di interprete imperfetto ma prevalente dei bisogni di salute dei cittadini sia per il trasferimento di delega della proprietà in quanto gestore di risorse anche ingenti.

In tutti i Dirigenti medici, sia pure con grado e intensità differente, sono presenti i due ruoli essendo la responsabilità gestionale insita in ogni atto medico per la valenza delle risorse impiegate.

Il baricentro delle attività dirigenziali si sposta sempre più dal piano della supremazia generale e dei poteri direttivi al piano della qualità, responsabilità e autonomia rispetto alle mansioni affidate.

Questa visione unitaria del dirigente medico con compiti sia professionali che gestionali ha risposto bene alle esigenze strategiche della categoria

corrispondendo peraltro a quelle più generali del sistema.

Infatti, nelle condizioni date, in caso di netta divisione tra chi svolge funzioni principalmente professionali e chi svolge anche funzioni gestionali si rischia di incidere negativamente e senza sufficienti basi razionali, sulla organizzazione delle attività e sui livelli qualitativi dei servizi con conseguenze giuridico-contrattuali che possono relegare la parte più consistente della categoria in una posizione assimilabile a quella dei quadri intermedi della industria lasciando lo status di dirigente a pochi altri.

Né è da sottovalutare il pericolo per i primi, di un risucchiamento di status contrattuale ed economico con la restante parte degli operatori sanitari che, nel frattempo, legittimamente avanzano.

Sarebbe tuttavia miope e rischioso non affrontare un problema altrettanto vero che sostanzia una quota parte del cosiddetto disagio medico: l'integrazione di questi due ruoli continua a produrre incertezze, talora conflitti che, se non risolti o comunque mediati in una ulteriore visione unificante e legittimamente garantista, diventa fonte di ambiguità e debolezza di tutta la categoria.

Molti sono gli elementi che motivano la persistenza di questa irrisolta ambiguità.

Un aspetto prevalentemente culturale in ragione di una sostanziale inadeguatezza del bagaglio di conoscenze delle nuove scienze umane, indispensabili strumenti per la buona riuscita di un compito gestionale.

Ci riferiamo ai principi della comunicazione efficace, della gestione delle risorse umane e materiali, dell'organizzazione, della valutazione, dell'antropologia, della farmaco-economia materie che registrano una presenza poco più che simbolica nei corsi di formazione di laurea e specializzazione etc. Spesso la percezione di questa inadeguatezza motiva le indisponibilità e le insofferenze che talora registriamo nella categoria. Un aspetto prevalentemente legato ad una insoddisfacente legittimazione dei nuovi ruoli

nel sistema Azienda; in altre parole l'affidamento di compiti gestionali si traduce spesso in una mera delega di atti formali privi di precisi contenuti di potere decisionale.

In questi termini la gestione (senza effettivi poteri) è percepita quale un odioso esercizio di burocrazia.

Un aspetto prevalentemente rappresentato da un insoddisfacente sistema di riconoscimento delle attese professionali: la progressione di carriera è strettamente ed unicamente orientata sulla matrice organizzativa del sistema. Le carriere formali si verticalizzano e legittimano nelle funzioni di direzione di strutture sempre più complesse in ragione della entità delle risorse affidate e della densità organizzativa.

Questo processo, se trova coerenza in un governo aziendale della professione e dei sistemi, non necessariamente coincide con le vocazioni professionali dei medici e con la loro percezione delle esigenze dei sistemi.

Questi tre aspetti variamente si sovrappongono e potenziano sottolineando ingenerosamente i limiti di quelle pur straordinarie innovazioni giuridico normative tenacemente sostenute e faticosamente conquistate dalla nostra associazione in questi tumultuosi anni.

In questi contesti, paradossalmente è percepita come insufficiente anche il fascino della costruzione economica delle retribuzione variabile che teoricamente prevede la possibilità di remunerare allo stesso modo, forse anche di più, i Dirigenti con cosiddetti incarichi professionali rispetto a quelli con incarichi cosiddetti gestionali. Una valutazione realistica ci dice che questa straordinaria opportunità, potenzialmente in grado di colmare un gap economico non soddisfa pienamente la scala di identità professionale.

E' questa un'inquietudine vigorosamente palpabile anche in un fenomeno relativamente marginale quale quello della cosiddetta tassonomia degli incarichi dirigenziali che al di sotto delle "direzioni" vede affollarsi un variopinto, fantasioso ed anonimo intreccio di lettere dell'alfabeto e codici alfanumerici.

Questo vuoto di tassonomia, nel suo tormentato divenire, ha assunto, nell'immaginario professionale, un valore forse troppo grande rispetto alla sostanza delle cose; ma sottintende una forte domanda di identità di profili dichiarati e legittimati, oggi, a quanto pare, non soddisfatta.

La questione non è da poco perché la risposta non può limitarsi ad una progettazione lessicale più appropriata a meglio formalizzare questa domanda. E' necessario infatti osare di più, questa tassonomia deve sostanziarsi su una matrice di valori professionali (autonomia, responsabilità, riferimento al paziente, il saper fare clinico e scientifico, l'aggiornamento del know-how tecnico-cognitivo, il miglioramento continuo delle performances, la pratica della qualità di processo e percepita, la ricerca dell'errore a fini educativi, la collegialità del fare, dell'imparare a fare, del valutare facendo etc.) che non possono né devono collocarsi, nella genealogia (o meglio gerarchia) dei valori aziendali, tra i figli di un dio minore.

Il problema che abbiamo di fronte è quello di progettare un nuovo sistema che esalti le risorse sociali ricostruendo i valori di appartenenza alla professione per affrancarli dalla subordinazione a quelli economici che inevitabilmente appiattiscono i profili del professionista sulla organizzazione. In altre parole, occorre superare la dicotomia tra sviluppo dei temi professionali, anche di tipo organizzativo e l'attuale modello organizzativo nel quale il professionista è spinto ad identificarsi, partendo dal presupposto che l'organizzazione ha bisogno dei professionisti solo e limitatamente al possesso che questi hanno delle competenze distintive che ne giustificano l'esistenza.

Ci stiamo assegnando un compito immenso e straordinario che non è quello di capovolgere l'azienda quanto quello di darle la seconda gamba, per evitare che il suo macchinoso incedere non continui ad essere una vistosa zoppia o peggio un rovinoso franare tra le macerie di una mission smarrita.

Sul piano pratico è necessario stabilire parametri, criteri e modalità per far corrispondere ai percorsi professionali una specifica tassonomia con

relativa esplicitazione di funzioni, posizioni e progressione economica a queste coerente

Questa risposta è ineludibile, pena lasciare il campo aperto ad un emergente neo paternalismo della medicina e dei medici che, nel recupero di una nuova alleanza terapeutica con il paziente in antitesi al terzo pagante, sotto le insegne di una astratta e qualunquistica libertà del medico e della medicina, intravedono l'unico strumento per arrestare il trend aziendalistico, mortificatore di autonomie e per denunciare la deriva antropologica e l'invadente prosopopea della cultura aziendalistica.

Per avere un peso occorre accettare ed imparare a gestire un ruolo e non è sufficiente il richiamo alla tradizionale autonomia professionale.

Nella società moderna tale valore non ha più il ruolo di un tempo ed è minacciato sia dal crescere degli strangers at bedside sia dalla crescita di peso specifico ed assoluto di aree strategiche direzionali quali quelle dedicate al controllo e allocazione delle risorse e gestione delle stesse.

In questo contesto il rischio è di essere respinti dalle aree strategiche e marginalizzati ad una delle varie componenti del ciclo produttivo in una azienda che, anche per questo, dimenticherà presto il proprio finalismo sanitario.

Marginalizzare la categoria nella cittadella della autonomia per poi trarre le conseguenze sociali, professionali, gestionali ed economiche di una professione residuale non all'altezza della modernità e delle sue sfide è un obiettivo forse condiviso da quanti si ispirano ad un nobile passato, ma inconsapevolmente si candidano ad un asfittico futuro.

La esperienza degli ultimi anni ha dimostrato che una politica di contenimento dei costi che non voglia ridurre qualità, accessibilità ed equità del sistema sanitario richiede una modifica delle procedure cliniche e quindi del comportamento dei medici, anche per evitare quelli opportunistici e meccanismi distorsivi connaturati nel nuovo sistema di finanziamento e nella stessa cultura aziendalistica.

Obiettivi di questa portata non possono cioè essere affidati ai puri meccanismi aziendali di efficienza gestionale. Il loro raggiungimento non può prescindere dalle competenze e dalle professionalità dei medici, anzi, senza un loro pieno coinvolgimento, ogni politica di contenimento dei costi che non voglia limitarsi al puro calcolo ragionieristico del raschiare il barile tra tagli e ritagli è destinata al fallimento.

Per questo motivo il processo di aziendalizzazione non può sottrarsi alla necessità di reclutare le intelligenze professionali alla mission aziendale intesa come il **perseguimento di** obiettivi istituzionalmente definiti (**fornire** un servizio di buona qualità) ben al di là della semplice logica del pareggio di bilancio, puro strumento e non fine.

L'azienda è tale anche in quanto capace di **costruire** un senso di appartenenza attraverso la trasparenza degli obiettivi, delle strategie, della gestione, di darsi delle regole e di farle rispettare, non ultime quelle contrattuali, di ridurre la incertezza cognitiva circa gli obiettivi ed i processi gestionali.

Ma questo non basta, per appartenere bisogna riconoscersi, avere un linguaggio che parla di "cose" comunemente vissute e sentite come proprie, accettare che queste "cose" trovino spazio ed armonia nella complessità organizzativa e gestionale del sistema, (progettazione, produzione, valutazione) e nell'altrettanto complesso mosaico della legittimazione formale delle identità di ruolo.

Ma se così è, la dirigenza medica non può essere intesa come semplice controparte della dirigenza aziendale o peggio ancora come pura entità metafisica cui **negare** anche il diritto elementare di discutere le condizioni del proprio lavoro.

Essa può e deve rivendicare il proprio diritto ad essere protagonista del cambiamento in quanto guidata da due principi fondamentali quali autonomia professionale e responsabilità nell'uso delle risorse, "autrice di salute" e forza partecipe del governo delle attività cliniche che non accetta di essere ridotta a macchina banale cui affidare

semplici mansioni esecutive pratiche che non interferiscano con i livelli gestionali nella logica di non disturbare il manovratore.

Questo non esclude conflitti più o meno frequenti, essendo un fenomeno classico delle organizzazioni complesse la oscillazione tra cooperazione e conflitto.

I Medici devono essere capaci di cogliere il cambiamento in atto come occasione e opportunità per recuperare maggior spazio di autonomia professionale, permeando di managerialità l'operare specialistico pur in un contesto di dipendenza e negli schemi organizzativi della struttura ospedaliera.

La strada consiste probabilmente nell'accettare la sfida della appropriatezza, anche nei suoi risvolti economici, nella logica dell'evidence, per non essere schiacciati tra un terzo pagante che ha aumentato il proprio potere contrattuale ed un paziente diventato "mostro esigente", consapevole di essere non solo portatore di bisogni ma anche soggetto di diritti tanto da revocare la delega al medico a valutare in maniera unilaterale la qualità delle prestazioni erogate.

Con questo esigente dobbiamo costruire una nuova relazione che concentri attenzione ed interesse nei confronti delle persone, dei processi di umanizzazione delle cure, degli aspetti non meramente tecnologici ma anche strutturali ed alberghieri della assistenza sanitaria.

Il passaggio per noi obbligato è quello di ridefinire la delega sociale oggi messa in discussione, e non solo per ragioni di spesa, perché si conquista una centralità politica se si acquisisce una centralità sociale e culturale.

Inutile cercare scorciatoie.

Il prossimo futuro ci dirà se è veramente praticabile la compliance con l'azienda in un clima di reale identità di interessi e se l'aziendalizzazione è in grado di esaltare una idea di dirigenza professionale capace di esprimersi attraverso la appropriatezza clinica, la corretta gestione delle risorse, una nuova organizzazione del lavoro centrata su processi e obiettivi,

sull'integrazione delle professionalità, sulla ricerca della qualità.

Resta comunque il dilemma di fin dove spingere la proposizione di nuove matrici di identità di ruoli nei nostri sistemi di cui la tassonomia è l'aspetto formale, senza restare con il cerino in mano.

In altre parole fin dove possiamo e dobbiamo, in questi specifici contesti, sostenere non solo l'autonomia professionale ma la sua legittimazione formale in una carriera, senza ricadere nella pericolosa ambiguità di ruoli distinti (gestionali versus professionali) che si sostanziano nel fatto che uno contiene ciò che, in tutto o in parte manca all'altro, con tutte le conseguenze di cui abbiamo già detto.

Le risposte non devono soddisfare solo le vocazioni ma anche aver gambe per camminare, ci compete l'obbligo di porre quella creatività che non ci manca all'esclusivo servizio della sostenibilità e praticabilità delle soluzioni.

Lo sviluppo della autonomia professionale e la sua disseminazione in una pluralità di centri sia pure modulari, la vecchia idea, potrebbe portare a compimento, implementandola, la innovazione delle strutture semplici, ridefinendole non solo su base organizzativa.

Si tratta però di ben individuare il cut off della piena autonomia, definirne i contenuti ed i caratteri distintivi e di ripensare il sistema di affidamento e revoca degli incarichi.

Perché l'orizzontalità tenga, occorrono però alcuni fili verticali; il direttore di struttura aggiunge alla piena autonomia professionale la responsabilità del tutto e le funzioni di coordinamento, di vigilanza, di rappresentanza oltre che quelle gestionali.

Può anche darsi che la riflessione di Galbraith: "condannate le persone alla reciprocità" possa diventare per noi non una punizione, ma una rivincita.

LIVELLI DI PARTECIPAZIONE

Le considerazioni sui contenuti e i livelli di partecipazione dei Dirigenti nelle fasi di progettazione, attivazione e verifica delle attività aziendali non possono che essere speculari a quanto sopra detto.

Siamo di fronte ad un vistoso paradosso: la percezione che i Dirigenti medici hanno delle loro possibilità di partecipare non è mai stata tanto bassa relativamente all'affollamento di organi formalmente individuati quali strumenti di consultazione e protagonismo.

Se è indiscutibile che i Consigli dei Sanitari, i Comitati di Dipartimento, i Consigli di Direzione, sono conquiste importanti, appare altresì evidente che questi sono mediamente incapaci ed impossibilitati ad esercitare questo ruolo.

Osservando il fenomeno secondo la disposizione di una curva gaussiana, tolti gli estremi che fanno relativamente testo, la massa si concentra nella larga gobba della curva, caratterizzata dal deficit intrinseco di quella legittimazione Aziendale delle professioni e dai pesanti equivoci e contraddizioni derivanti dalle modalità di selezione dei componenti di diritto e dallo scarso peso delle componenti elettive laddove previste.

E' quasi temerario oggi parlare di governo clinico ma la nostra Associazione lo ha fatto, lo fa e deve continuare a farlo avendo ben presente che questi organismi, da soli, non producono il governo clinico, sono solo alcuni degli strumenti/opportunità per un governo clinico.

La vera forza, per certi aspetti dirompente, del governo clinico consiste soprattutto nel cogliere le quotidiane opportunità che cimentano le vocazioni professionali e gestionali dei medici: medical audit, il monitoraggio e la prevenzione dell'errore, l'attenzione ai comportamenti prescrittivi sulla base di orientamenti diagnostici e terapeutici discussi e condivisi, la formazione continua e lo sviluppo continuo e professionale, la ricerca della qualità nei processi e nella percezione dei cittadini.

Questa è roba nostra, dobbiamo difenderla nei principi, espanderla nei contenuti, praticarla nei

fatti perché solo noi sappiamo leggerla e tradurla nel modo giusto, al posto giusto, al momento giusto.

La Valutazione e le Verifiche

Come abbiamo già visto, in una sintesi, forse eccessivamente limitata ma efficace, il governo clinico nelle Aziende Sanitarie si basa su tre condizioni permissive:

- a) Una sostanziale autonomia dei dirigenti medici nella gestione degli aspetti più propriamente professionali del rapporto di lavoro
- b) L'effettivo affidamento e gestione di risorse in capo ai responsabili di strutture complesse e semplici
- c) L'effettiva capacità/possibilità di esprimere in autonomia e responsabilità le proprie indicazioni tecnico professionali ed il peso relativo di queste nelle scelte strategiche delle aziende.

Queste tre condizioni devono operare sinergicamente, calarsi in un modello organizzativo e gestionale delle attività che ne favorisca la piena espressione, in un soddisfacente equilibrio tra gerarchia di responsabilità professionali e gestionali ed ambiti di autonomia clinica in capo a tutti i dirigenti.

Il contratto sebbene sia uno strumento parziale ed imperfetto per affrontare compiutamente la complessa questione, rappresenta tuttavia una straordinaria leva per innestare nel sistema nuovi elementi pattizi che modificano questo scenario insoddisfacente e dispersivo di grandi potenzialità innovative e dare soluzioni ad una quota di disagio medico all'interno delle aziende.

Altri aspetti richiedono invece interventi legislativi, (revisione dei poteri del Direttore generale, i Consigli di Amministrazione ? il ruolo del Consiglio di Direzione, la diversa selezione dei direttori di struttura etc.)

In questo scenario il sistema di valutazione dei dirigenti e connesse verifiche relativamente a: periodicità, modalità, contenuti ed organi preposti, costituisce uno dei punti di criticità ed emblematico della questione.

Periodicità

E' ormai diffusa e condivisa la convinzione di un affollamento inutile delle verifiche nell'intreccio tra quelle triennali professionali, quelle a fine incarico dei direttori di struttura complessa e responsabili di quelle semplici quelle gestionali annuali per tutti e a fine incarico per i direttori di struttura complessa. Appare quindi opportuno prevedere

Verifica professionale ogni cinque anni. Per coerenza la durata minima degli incarichi è di cinque anni e il conseguimento o meno dei crediti formativi in un quinquennio o nelle frazioni comprese nella quinquennalità, costituisce uno dei criteri della valutazione. Per i Direttori di struttura complessa la verifica professionale scatta a fine incarico.

Verifica gestionale annuale per i dirigenti di struttura semplice e complessa solo se formalmente assegnate, al 31 dicembre dell'anno precedente risorse ed obiettivi, ovvero avviato sistema di reports di costi e ricavi almeno trimestrale e prevista titolarità di spesa in capo ai responsabili. La verifica gestionale annuale, per i restanti dirigenti, ai fini dell'attribuzione della retribuzione di risultato, riguarda le équipes salvo specifiche e formalizzate assegnazioni di obiettivi e risorse a singoli dirigenti con le stesse procedure di cui sopra.

Procedure e Contenuti

In sede di trattativa nazionale dovranno essere definite linee guida sulle procedure e sull'oggetto delle verifiche, siano esse professionali che gestionali, individuando modelli di fattori da considerare, ed i ranges di pesi e punteggi da attribuire ovvero, in base a questi, la graduazione del giudizio sulla base di una scheda tipo individuale di valutazione.

In sede di contrattazione regionale, sulla base delle suddette linee guida, verrà concordato un Regolamento da attuare nelle singole Aziende.

In sede di contrattazione Aziendale, in considerazione delle differenti realtà operative e funzionali, verranno attribuiti, in i pesi e punteggi

ai fattori considerati da riportare nella scheda tipo individuale.

GLI ORGANISMI PREPOSTI ALLA VERIFICA*Il Collegio Tecnico*

L'esperienza di questi anni motiva una profonda rivisitazione di questi organismi o perlomeno un tentativo di regolamentazione degli stessi, visto l'obiettivo di una forte rilancio dell'autonomia professionale dei Dirigenti all'interno delle Aziende.

Questi organismi sono preposti alla "verifica delle attività professionali svolte e dei risultati raggiunti", intervengono dunque in un merito, quello del sapere e del saper fare professionale, che, sebbene contestualizzati in uno specifico di obiettivi aziendali, non può né deve essere distorto da eccessivi condizionamenti discrezionali aziendalistici.

In questo senso sembra indirizzarsi qualche riflessione dello stesso Ministro della Salute, laddove ventila l'opportunità, nella scelta dei Direttori di struttura complessa di concludere la selezione da parte della commissione con una graduatoria vincolante e non con un elenco di idonei sul quale si esercita la totale discrezionalità del Direttore Generale.

Questo orientamento, che peraltro riflette una nostra posizione energicamente ma

Vanamente sostenuta nella fasi preparatorie del dlgs 229, deve contestualmente prevedere la modifica della composizione della commissione, che affianchi al direttore di dipartimento cui afferisce la struttura, in qualità di presidente, due direttori di struttura complessa di cui uno nominato dalla regione ed il secondo dall'ordine provinciale dei medici competente, individuati nei ruoli regionali della specializzazione interessata.

In analogia, la medesima composizione è da prevedersi per il Collegio di verifica professionale a fine incarico.

Quanto sopra necessita di passaggi legislativi, essendo questa normativa riserva di legge nazionale che noi vogliamo resti tale!

Altro ragionamento riguarda la composizione dei Collegi tecnici per la verifica professionale dei responsabili di struttura semplice e titolari di incarichi professionali, non essendo questa materia di pertinenza legislativa ma contrattuale.

dobbiamo quindi prevedere, in uno specifico articolo del contratto nazionale, la composizione dei collegi tecnici dipartimentali che affianchi al direttore di dipartimento (componente fisso) il direttore della struttura complessa cui afferiscono i dirigenti oggetto di verifica (componente variabile) più un dirigente del dipartimento con almeno 10 anni di anzianità di servizio individuato dall'ordine provinciale dei medici di competenza sulla base di una terna proposta dal consiglio di dipartimento (componente fisso).

I Nuclei di Valutazione

Valgono le stesse premesse storiche ma sono ovviamente diversi gli oggetti della valutazione art.31 comma 3. L'esperienza delle variopinte soluzioni aziendali, del tutto discrezionali, motiva una proposta, anche in tal caso, di normativa nazionale, contrattuale.

Si potrebbe proporre che venga costituito, a livello regionale, un elenco di Esperti in gestione e management sanitario, con documentati curricula, siano essi medici e non, all'interno dei quali vengono individuati rispettivamente dalla Regione, dall'Azienda, dalle OOSS mediche i tre componenti i nuclei di valutazione aziendali. In sede di contrattazione regionale verrà definito un regolamento di attività ovvero i criteri di valutazione. In contrattazione aziendale tali indirizzi troveranno ulteriore definizione in ragione delle singole specificità.

CONDIZIONI DI LAVORO - LIVELLI E CONTENUTI DELLA CONTRATTAZIONE

A cura del gruppo di lavoro

PIERO CICCARELLI (COORDINATORE),
SALVATORE DELLA TOMMASA, VITTORIO GRIVET,
CARLO LUSENTI, GIUSEPPE MONTANTE

FEBBRAIO 2002

INDICE

Premessa generale	3
Condizioni di lavoro	
Premessa	4
Composizione della categoria	4
Impatto delle innovazioni normative sulle condizioni di lavoro	5
Criticità presenti	5
Il ruolo e i limiti dell'azione sindacale nella definizione delle condizioni di lavoro	7
Proposte di correzione delle criticità	8
Livelli e contenuti della contrattazione	
Premessa	12
Criticità esistenti	12
Scenario legislativo	13
Proposte	13
<i>Allegato</i>	
Relazioni sindacali	
Obiettivi e strumenti	16
Valutazione dello stato di applicazione del dettato contrattuale	16
Proposte di correzione del testo contrattuale	16
Sistema delle relazioni sindacali a livello regionale	17
Informazione, concertazione, consultazione e commissioni paritetiche	18
I soggetti sindacali e titolarità delle prerogative	19
Clausole di raffreddamento	19

PREMESSA GENERALE

Da troppi anni il problema del “disagio medico” attanaglia la categoria creando sfiducia, frustrazioni ed ansia: il tentativo di individuarne le cause più profonde e di risolverle è stato ed è ancora uno degli obiettivi più importanti di politica sindacale che la nostra Associazione ha riproposto con forza a partire dall’ultimo Congresso di Orosei.

Alcuni risultati sono stati conseguiti, ma frequentemente non hanno avuto a livello periferico la necessaria e compiuta applicazione, accrescendo in tal modo la delusione e la sensazione di impotenza anche fra i quadri dirigenziali.

Sarebbe ingiusto, riduttivo e miope attribuirne la responsabilità solamente all’impreparazione o all’inadeguatezza di alcuni livelli periferici. Più avanti saranno esaminate le cause che rendono sempre più difficile il lavoro di Medici che hanno scelto di operare in un Servizio sanitario nazionale pubblico e solidale. Ma fin d’ora preme sottolineare come il “disagio” e la conseguente disaffezione dei Medici sia funzionale ad un disegno, che ha avuto avvio con la riforma aziendalistica delle Asl nel 1992, volto ad introdurre elementi sempre più forti di privatizzazione, cui ora si aggiungono altrettanto forti elementi di devoluzione, che rischiano di condurre alla disarticolazione della Medicina Pubblica: in tale scenario, il controllo politico sui Medici, ultimo baluardo a tutela dell’interesse dei malati, risulta essenziale e per ottenerlo sono state imposte condizioni organizzative, economiche e normative che causano condizioni crescenti di disaffezione e di abbandono della Medicina Pubblica e della sua “mission”.

Il “disagio medico” pertanto è la conseguenza di un problema politico di fondo, che ci deve spingere a riproporre con forza la “questione medica”, attraverso:

- *un’azione di sensibilizzazione della pubblica opinione;*
- *un’azione di sensibilizzazione politica e di revisione legislativa;*
- *una coerente e forte azione contrattuale.*

Scopo di questa tesina è quello di analizzare le cause del disagio medico e comprendere le reali esigenze dei Colleghi e di formulare proposte di indirizzi correttivi, che siano praticabili in sede legislativa e contrattuale, alla luce dei nuovi scenari politici.

CONDIZIONI DI LAVORO

Premessa

La professione medica, ancor più se esercitata come dipendenti delle Asl, ha tradizionalmente operato sulla base di spinte motivazionali ed aspettative ideali che spesso finiscono per rendere la professione totalizzante.

Si può, pertanto, comprendere il senso di frustrazione che nasce dal degrado delle condizioni di lavoro in cui sempre più spesso si è costretti ad operare.

Il disagio colpisce l'intera categoria ed è aggravato da altri fattori quali: la durata degli studi universitari e post universitari, la scarsa capacità professionalizzante di questi studi, l'età elevata di accesso al lavoro, l'età media dei medici dipendenti e la distribuzione per classi di età.

Le dimensioni del problema e le inevitabili ricadute sul cittadino sofferente ne fanno un problema sociale di prima grandezza, di cui tutti dovrebbero farsi carico ed a maggior ragione l'Anaa Assomed.

Qualche dato chiarisce la rilevanza del problema (dati Prometeo 1999):

Composizione della categoria

A.	
Anno	Età media dei medici dipendenti Asl
1997	41,9
2002	44,5
2007	47,1
2012	49,8

B. Distribuzione per classi di età dei medici ospedalieri

Classi di età	1997		2002		2007		2012	
	Medici	%	Medici	%	Medici	%	Medici	%
Fini a 30 a.	20.861	21,0	12.838	13,0	11.199	11,5	9.769	10,2
Da 30 a 40 a.	24.413	24,6	18.036	18,3	11.100	11,4	9.683	10,1
Da 40 a 45 a.	26.590	26,8	21.564	21,9	15.931	16,3	9.804	10,2
Da 45 a 50 a.	14.249	14,3	23.992	24,3	19.457	19,9	14.575	15,0
Da 50 a 55 a.	5.061	5,1	13.363	13,5	22.500	23,0	18.247	19,0
Da 55 a 60 a.	4.177	4,2	4.855	4,9	12.819	13,1	21.584	22,5
Oltre 60 a.	4.001	4,0	4.032	4,1	4.687	4,8	12.374	12,9
Totale	99.351	100,0	98.679	100,0	97.692	100,0	95.836	100,0

L'analisi dei dati sopra elencati consente le seguenti considerazioni:

- fin dal 1999 viene prevista una riduzione costante con gli anni del numero dei medici dipendenti; tale previsione, alla luce delle ipotesi formulate dall'attuale Governo, sembra addirittura sottostimata;
- l'età media dei medici dipendenti delle Asl è elevata e tenderà ad elevarsi sempre di più nei prossimi anni;

- nel 2002 i medici ospedalieri di età superiore a 50 anni saranno il 22,5%, nel 2007 il 40,9%, nel 2012 il 54,4%.

Lo spostarsi della curva dell'età in modo così massiccio e rapido e la riduzione del numero complessivo determineranno forti scompensi sia relativi alla capacità di fornire risposte adeguate sia sul piano previdenziale.

Di conseguenza, è facile prevedere che il grado di frustrazione si accentui ulteriormente nei prossimi anni se non si istaurano dei correttivi.

IMPATTO DELLE INNOVAZIONI NORMATIVE SULLE CONDIZIONI DI LAVORO

Le condizioni di lavoro sono state profondamente influenzate dalle normative che si sono succedute dal 1992 ad oggi, alcune contenenti aspetti negativi ed altre potenzialmente favorevoli e condivise dall'Anaa Assomed, ma spesso applicate in modo distorto o del tutto disattese.

Aspetti negativi

- l'introduzione del processo di aziendalizzazione delle vecchie Usl (dlgs 502/92);
- l'introduzione di una figura dal potere monocratico quale il Direttore Generale (dlgs 502/92);
- il processo di razionamento della spesa sanitaria introdotto dalle Leggi Finanziarie negli anni novanta e solo recentemente apparentemente mitigato dal nuovo accordo Stato-/Regioni dell'8/8/2001;
- l'affidamento ai Direttori Generali di obiettivi prioritari di tipo economico (dlgs 502 – 517 e Leggi Finanziarie);
- l'abolizione, sancita dal dlgs 502, dei vecchi Decreti 128 – 130 – 132 del 1969 (Decreti Mariotti), che fornivano indirizzi precisi e vincolanti sulla classificazione degli ospedali, la loro organizzazione interna minimale in reparti e posti letto e l'organizzazione del lavoro dei medici, senza che fossero sostituiti per anni da nuovi indirizzi, razionali ed organici;
- la derubricazione dell'istituto dell'organizzazione del lavoro dei medici dalle materie oggetto di contrattazione (dlgs 29 del 1993), solo recentemente attenuata dall'introduzione contrattuale della consultazione non vincolante;
- l'introduzione di forti elementi privatistici, fra cui anche l'istituto del recesso, in tutti i contratti del Pubblico Impiego e soprattutto in quello dei dirigenti medici (dlgs 29/93 e successive modifiche).

Aspetti positivi

- l'affidamento della qualifica di dirigente a tutti i medici dipendenti delle Asl (dlgs 29 e 517/93), senza che fosse coerentemente prevista una reale autonomia di gestione;
- l'abolizione dell'articolazione delle carriere in qualifiche e la sostituzione con un unico

livello della dirigenza medica (dlgs 229/99), articolato in posizioni funzionali troppo spesso non sufficientemente valorizzate;

- l'introduzione del principio e di una metodologia organica di verifiche periodiche dell'operato di tutti i dirigenti medici (dlgs 229/99 e 286/00), troppo spesso gravate da un'impostazione burocratica e farraginoso;
- l'introduzione del modello di organizzazione dipartimentale e del principio del "governo clinico" (dlgs 229/99), purtroppo largamente disatteso in molte Asl.

Ulteriori influenze negative sulle condizioni di lavoro derivano da normative nazionali e regionali, che hanno determinato:

- la crescente obsolescenza ed inadeguatezza della dotazione tecnologica, conseguente ad una politica miope di risparmio che a livello nazionale si è manifestata con una carenza di finanziamenti in conto capitale e, a livello aziendale, con una povertà di investimenti;
- l'assenza di indirizzi programmatori nazionali e regionali coerenti e validi sulla rete ospedaliera, sulla tipologia di ospedali e sulla dotazione minima delle U.O.;
- la frequente dispersione di risorse professionali e tecnologiche in piccoli ospedali (rischiosi per i pazienti e per chi ci lavora), in assenza per troppi anni di decisioni politiche su un loro definitivo adeguamento ovvero su una rapida trasformazione o chiusura.

CRITICITÀ PRESENTI

Le difficoltà che nascono dalle modifiche in corso nella composizione anagrafica della categoria e dalle normative prima richiamate rischiano di mettere in crisi la visione che il medico ha della propria professione.

I fattori di crisi maggiormente percepiti sono:

- A. L'impossibilità di far sentire la propria voce di professionisti in un'azienda dominata da pseudo manager, veri burocrati attenti solo al risparmio sul personale medico e professionale e agli ordini dei loro padrini politici.
- B. La carenza di organici adeguati ai compiti che ci vengono richiesti e di supporti strutturali, strumentali e di collaboratori professionali.
- C. L'organizzazione del lavoro che non rispetta e non valorizza la autonomia e la capacità

professionale di tutti i medici, marginalizzando nei fatti gran parte della categoria.

- D. La difficoltà di far sentire la propria voce, sia a livello regionale che a livello aziendale, attraverso le organizzazioni sindacali che ciascuno si è liberamente scelto.
- E. Il livello retributivo insufficiente nella parte cosiddetta fissa, che serve a compensare il lavoro base, ed ancor più carente e sperequato tra le varie realtà regionali ed aziendali per le parti variabili, che dovrebbero invece consentire i sistemi premianti, indispensabili in ogni sistema aziendale.
- F. L'attacco continuo che viene portato alla categoria medica, attraverso meccanismi gratuitamente punitivi di colpe per lo più inesistenti.
- G. La valorizzazione spesso artificiosa ed interessata di altre categorie, che vedono crescere inopinatamente il loro ruolo autonomo nell'organizzazione ospedaliera.
- H. Il mancato riconoscimento ai medici di veri spazi di autonomia gestionale che finisce per ampliare a dismisura il ruolo del personale amministrativo delle aziende, sempre più ridondante e dominato dal solo intento di controllare e limitare la attività professionale medica.
- I. Il ruolo meramente ancillare lasciato ai Dirigenti medici del Ssn nella funzione formativa, tuttora affidata agli universitari in un monopolio di cui si sono dimostrati incapaci e che risulta anacronistico ed estraneo alla cultura europea più moderna.

È ormai possibile esprimere un giudizio complessivo sullo stato di applicazione delle norme e sulle conseguenze che ne sono derivate per la categoria.

Preliminarmente occorre rilevare come il susseguirsi frenetico di norme, conseguenza del frequente modificarsi del disegno politico generale sulla sanità, che non appare affatto concluso, la farraginosità delle disposizioni, la mancata applicazione dei contenuti contrattuali ad esse correlate hanno finito per confondere ancor di più il quadro di riferimento nel quale i medici debbono operare.

I medici, nel loro complesso, hanno compreso la necessità di accettare la sfida dell'aziendalizzazione per superare il sistema precedente, fondato sul piè di lista e sulla gestione partitica delle

strutture sanitarie, avviato inevitabilmente al collasso economico.

Ma si deve registrare che il controllo politico sui direttori generali non ha nulla da invidiare alle degenerazioni tristemente note dei vecchi Comitati di gestione, e semmai appare peggiorato perché almeno in quelli una sorta di controllo democratico era garantito dalla presenza di più soggetti a cui chieder conto, mentre gli attuali direttori generali rispondono spesso solo a chi li ha nominati.

Ancor più devastante è stata la scelta di non affidare alcun reale potere decisionale ai medici. Scelta scellerata, sottoprodotto di una cultura aziendalista che ha premeditato la sostanziale esclusione dei medici da ogni reale funzione nel governo clinico dell'Azienda e ridotto il ruolo dirigenziale ad un gravame di responsabilità ed appesantimenti burocratici, per determinare un pesante condizionamento al libero esercizio della professione ed indicare alla pubblica opinione i medici come i responsabili di tutto quanto non funziona nel sistema.

Alcune innovazioni introdotte nel dlgs 229/99, relative alla nuova organizzazione dipartimentale, avrebbero potuto consentire alla categoria di intervenire nelle scelte dell'azienda, ma, come nel caso dei Collegi di direzione, sono state in larghissima parte inapplicate, o peggio sono state realizzate come mera emanazione della volontà della direzione generale, senza alcuna garanzia di reale partecipazione al governo clinico delle aziende.

La categoria, ed in particolare i medici ospedalieri che di tutte queste disfunzioni sono il bersaglio privilegiato, è bloccata in mezzo al guado: non può e non vuole tornare sulla sponda di partenza, nel rifugio di una mitizzata professione pura, slegata da ogni vincolo di responsabilità sulle compatibilità economiche, improponibile e destinata a portare al fallimento il servizio sanitario, ma non riesce a vedere la sponda di approdo, tenuta lontana da antiche diffidenze del legislatore ma anche e soprattutto dalla mancanza di volontà di chi gestisce oggi le aziende di condividere il potere gestionale e di fornire, insieme alle responsabilità, anche le risorse necessarie a soddisfarle.

IL RUOLO ED I LIMITI DELL'AZIONE SINDACALE NELLA DEFINIZIONE DELLE CONDIZIONI DI LAVORO

Un esame del ruolo rivestito dal sindacato medico a partire dal 1993, anno della prima riforma del pubblico impiego (dlgs 29/93) non può essere condotto al di fuori del contesto politico generale che si è manifestato in questi anni.

Sono stati anni duri, che hanno visto la profonda crisi e la scomparsa dei grandi partiti tradizionali, il progressivo ridimensionamento delle rappresentanze sindacali confederali, o almeno una perdita della loro forza di rappresentatività unitaria, l'affermazione di regole rigide per la contrattazione nazionale, con il vincolo del rispetto del tasso di inflazione programmato sancito dal patto sul lavoro del luglio 1993.

In questo scenario anche il sindacalismo medico non si è potuto sottrarre alla crisi di rappresentatività e l'Anaa Assomed, pur restando ancora il sindacato medico più rappresentativo, ha pagato il suo prezzo.

La prima riforma del Pubblico Impiego (dlgs 29/93) ha colto i quadri dirigenziali dell'Anaa di sorpresa.

L'Associazione, impegnata a contrastare sull'impervio terreno legislativo le impostazioni più marcatamente aziendalistiche introdotte dal dlgs 502/93, si era trovata nella prima contrattazione nazionale (Ccnl 1994/97) di fronte a modifiche profonde del ruolo del sindacato, coerenti con il disegno di riforma del Pubblico Impiego, ma anche dettate da una sorta di furore ideologico, tipico del neofita, che aveva pervaso in tale occasione l'Aran.

In particolare due elementi negativi venivano affermati:

1. la sostituzione, in molte materie di interesse vitale per i medici, della contrattazione con una concertazione o molto più spesso con una consultazione che non obbligava più l'Amministrazione a raggiungere l'accordo con le Oo. Ss.
2. l'affermazione dell'orario minimo di lavoro, quale debito minimo dei dirigenti medici, oltre il quale gli stessi erano obbligati a lavorare per raggiungere gli obiettivi fissati nel budget, senza ulteriori forme di retribuzione.

Coerentemente con questa perdita di ruolo e di immagine del sindacalismo in generale e del

sindacalismo autonomo in particolare, si sono venuti ad affermare altri principi, quali l'espulsione del rappresentante sindacale dalle commissioni concorsuali e le norme sulle iscrizioni e le revoche al sindacato ed ha preso corpo il tentativo di alcuni sindacati confederali di inserirsi nella rappresentatività del fronte medico, sfruttando i legami trasversali con i referenti politici regionali, nuovi padroni dei direttori generali.

Tutto questo, unito all'incapacità da parte della coscienza collettiva della categoria di intravedere e comprendere il disegno politico generale (mirante a ridurre il ruolo e l'operatività della medicina pubblica ed a ridurre il consenso nei riguardi dei sindacati) ed all'impreparazione di gran parte dei quadri sindacali al nuovo ruolo dato al sindacato, ha limitato per lungo tempo la capacità dei medici di opporsi al degrado delle condizioni di lavoro.

Tuttavia, l'esperienza non del tutto felice della riforma aziendalistica, la consapevolezza che essa non è riuscita a spezzare il legame forte tra direzione delle aziende e potere politico tipica dei vecchi comitati di gestione, l'affermazione risoluta dei sindacati medici di non voler più accettare nell'organizzazione del lavoro regole del gioco apparentemente moderne e meritocratiche, ma in realtà arbitrarie e discriminatorie, hanno frenato momentaneamente l'attuazione delle impostazioni politiche più negative ed hanno consentito di superare, con il secondo Ccnl (1998/2001), parte di quanto stabilito dal dlgs 29/93 e dallo stesso dlgs 229/99.

Con il Ccnl, infatti, si è ottenuto (almeno nei presupposti nazionali) che:

- fosse reintrodotta al livello aziendale la contrattazione su varie materie che prima ne erano prive, comprese "le implicazioni derivanti dagli effetti delle innovazioni organizzative, tecnologiche e dei processi di esternalizzazione, disattivazione o riqualificazione e riconversione dei servizi sulla qualità del lavoro, sulla professionalità e mobilità dei dirigenti";
- fosse reintrodotta un livello regionale di confronto sindacale su alcune materie contrattuali;
- fosse affermato che l'orario di lavoro è di 38 ore, di cui solo 34 per l'assistenza e che esso deve garantire le prestazioni possibili sulla base dei carichi di lavoro, mentre eventuali prestazioni aggiuntive possono essere richie-

ste, ma devono essere retribuite con voci salariali aggiuntive, come la retribuzione di risultato o la libera professione aziendale, sulle quali è necessaria la contrattazione con le Oo.Ss.

Ma quanto ottenuto non è stato sufficiente a ridurre in modo significativo il degrado delle condizioni di lavoro e quindi il senso di frustrazione vissuto dalla categoria, tanto più che alcuni aspetti positivi introdotti con il dlgs 229/99 spesso non hanno trovato applicazione o hanno trovato un'applicazione parziale e penalizzante (ad es.: l'organizzazione dipartimentale, il governo clinico, la libera professione intra moenia, ecc.) ed il contratto è stato applicato frequentemente in modo limitato o distorto.

Di fronte a questo quadro il sindacalismo medico non ha saputo contrapporsi con la necessaria vigoria ed in modo unitario, perché:

- non è riuscito a costruire in modo diffuso al livello periferico quadri sindacali preparati ed adeguati al nuovo ruolo;
- molto spesso è stato lasciato solo da una base demotivata;
- è apparso a volte preoccupato di alienarsi entrate politiche, ritenute necessarie per poter ottenere risultati, ma spesso dimostratesi scorciatoie illusorie;
- alcuni si sono dimostrati incapaci di far seguire alla protesta una proposta corretta e percorribile e di esercitare un ruolo politico indipendente e propositivo.

L'Anaa, forte della sua indipendenza dai condizionamenti politici, ha tentato e sta ancora tentando più degli altri di invertire la tendenza negativa sulle condizioni di lavoro, ma ha dovuto fare anch'essa i conti con l'insensibilità alle istanze sociali presente in modo trasversale nei partiti e con la scarsa collaborazione di parte delle altre Oo.Ss. di categoria.

Malgrado tutto, qualche successo si è ottenuto e di conseguenza il consenso dei medici sta tornando ad aumentare (gli iscritti sono aumentati in modo costante nel 2001) ed i partiti, anche quelli più lontani dalle posizioni dell'Anaa, le riconoscono il ruolo di legittima rappresentante della categoria. Naturalmente non ci si può accontentare, perché il problema delle condizioni di lavoro resta la sfida più importante che siamo chiamati ad affrontare.

PROPOSTE DI CORREZIONE DELLE CRITICITÀ

Essendo, come già visto, i fattori generali che hanno determinato il degrado delle condizioni di lavoro dei medici dipendenti delle Aziende Sanitarie molteplici e posti su diversi piani, le azioni per correggerli devono essere altrettanto vaste e condotte su più livelli, senza aspettarsi risultati in tempi brevi.

Sarebbe, anzi, un successo se si riuscisse a breve termine a diffondere, anche al di fuori della categoria, la conoscenza e la sensibilizzazione su questo problema per ottenere nel medio termine una netta inversione di tendenza.

Nel decidere cosa può essere fatto dal sindacalismo medico, e dall'Anaa in particolare, è necessario tenere conto di due elementi:

1. **del mutato scenario politico**, che non ha ancora prodotto atti concreti, ma continua ad annunciare proposte potenzialmente stravolgenti degli attuali riferimenti normativi. Il cambiamento del governo nazionale è stato preceduto da severe critiche, dell'attuale maggioranza, alla cosiddetta "Riforma Bindi", con annunci di profonde modifiche della stessa o addirittura di un suo completo rigetto, ma fino ad ora sembra messa in discussione, peraltro in modo confuso e contraddittorio, solo la reversibilità dell'opzione per il rapporto esclusivo.

Più gravide di conseguenze si annunciano la ventilata riforma del pubblico impiego, per la quale il Governo ha ottenuto la delega e la possibile devoluzione di ulteriori poteri alle regioni, ivi compresa la contrattazione.

In particolare risultano potenzialmente letali per la stessa sopravvivenza della medicina pubblica e tali da aggravare ancor di più le attuali condizioni di lavoro:

- la sostanziale privatizzazione della proprietà delle aziende, attraverso il meccanismo delle fondazioni, con il correlato passaggio della contrattazione alla disciplina privatistica;
- l'affermazione, per ora limitata ad alcune regioni, ma potenzialmente estendibile a tutte, di un ruolo autonomo della regione sia nei meccanismi di selezione e di carriera dei dipendenti del servizio sanitario, sia nella stipula dei contratti di lavoro.

2. **della volontà e della capacità dei quadri sindacali** a tutti i livelli di condividere le azioni necessarie, inevitabilmente dure e difficili.

L'Anaa Assomed deve avanzare le proposte, come sempre ha fatto fino ad ora, senza preclusioni di natura ideologica, ma con la chiarezza che le deriva dalla scelta compiuta a favore dell'esistenza di un servizio sanitario che assicuri la tutela della salute, nei suoi livelli **necessari**, in modo **uniforme** sul territorio nazionale e senza differenze legate al reddito.

L'Associazione, pertanto, deve evidenziare come la privatizzazione del rapporto e la devoluzione dei contratti a livello regionale rende impossibile realizzare questo obiettivo, che lo stesso Governo ha affermato di condividere quando ha legato il nuovo piano di finanziamento del Ssn alla realizzazione su scala nazionale dei Lea.

E' necessario far emergere questa contraddizione, cercando anche le convergenze necessarie tra quanti, nell'attuale maggioranza hanno maggiore sensibilità per una visione sociale e solidale nella tutela della salute.

La stagione politica sindacale che si apre deve vedere l'Anaa impegnata su più fronti, secondo **le seguenti linee di azione:**

A) AZIONE DI SENSIBILIZZAZIONE DIFFUSA SULLE CONDIZIONI DI LAVORO

Questa azione deve essere diretta sia all'interno, sia all'esterno della categoria.

I medici molto spesso, pur vivendo sulla propria pelle il problema delle condizioni di lavoro non gratificanti, non hanno coscienza organica dell'insieme dei fattori generali che l'hanno generato e finiscono con l'attribuirne gran parte della responsabilità all'insipienza sindacale e/o a particolari problemi locali.

Spesso rispondono in modo emotivo, lasciano prevalere la rassegnazione o tentano di trovare una soluzione, ritagliandosi nicchie di momentanea sopravvivenza, ovvero fuggendo dalla Medicina Pubblica considerata colpevole di aver generato le proprie frustrazioni.

La conoscenza diffusa dei fatti contribuirebbe, invece, a creare le condizioni per una reazione più organica ed organizzata, premiando con il consenso chi ha avuto la forza e la lucidità di porre il problema alla ribalta.

Ai vertici sindacali, a tutti i livelli, spetta il difficile compito di dare nei giusti modi e nei giusti tempi organicità veste organica questa denuncia sociale.

Contestualmente l'azione di sensibilizzazione deve essere rivolta ai cittadini, attraverso le istituzioni sociali che li rappresentano ed i mass media, ed ai politici.

L'ideale sarebbe che su questa azione fin dall'inizio ci fosse l'unità sindacale, ma questa appare oggi più un'aspirazione che una realtà; una maggiore compattezza potrebbe nascere dal basso e non essere imposta utopicamente dall'alto.

In ogni caso, l'Anaa dovrà cimentarsi, se necessario da sola, nell'impresa della denuncia sociale e del movimentismo, conscia che, se riuscirà, sarà gratificata dalla categoria, che le riconoscerà la primogenitura e quindi la leadership.

Il consenso diffuso e la visibilità sociale e politica finiranno per indurre le altre Oo.Ss., inizialmente meno sensibili a questa azione, ad accodarsi, realizzando così nei fatti una maggiore compattezza del mondo sindacale di categoria.

B) AZIONE SUL VERSANTE LEGISLATIVO

L'azione sul versante legislativo, sempre difficile, risulta oggi ancor più complicata perché sono state preannunciate modifiche dello scenario legislativo inerente al Pubblico Impiego ed alla Sanità, ma ancora non sono state formalizzate ed ancora non si è in grado di comprendere appieno le implicazioni profonde e potenzialmente devastanti, conseguenti all'attuazione del federalismo e della devolution.

Ciononostante, alcuni indirizzi generali e prioritari possono essere individuati fin d'ora.

Prioritariamente risulta necessario:

- ❑ modificare il modello di dirigenza, da quello burocratico-ministeriale attuale, antitetico alla cultura ed alla preparazione medica, a quello tecnico-professionale più consono ad un aziendalismo corretto ed equilibrato;
- ❑ riconoscere ai medici il reale potere di gestire il budget affidato alle articolazioni aziendali, mettendoli in grado di rispondere realmente degli obiettivi assegnati, mediante l'utilizzo delle risorse umane, economiche e strumentali secondo la propria capacità. Solo a questa condizione, inoltre, può divenire realistico ed efficace il sistema delle verifiche, che altrimenti, restando le cose come stanno, appare

solo un inutile ed ulteriore appesantimento burocratico, totalmente sganciato da ogni significato di riconoscimento dei meriti e delle capacità dei professionisti.

- ❑ individuare e far rispettare indirizzi programmatici, nazionali e regionali, omogenei fra di loro, corretti sul piano tecnico ed organici, sulla rete ospedaliera, sulla tipologia di ospedali e sulla dotazione minima delle U.O., superando definitivamente lo sperpero di professionalità che si realizza nei piccoli ospedali, inadeguati e pericolosi per le loro carenze;
- ❑ aumentare in modo adeguato lo stanziamento nazionale e regionale in conto capitale, per l'adeguamento tecnologico e strutturale degli ospedali;
- ❑ ridurre lo strapotere dei Direttori Generali ed il loro asservimento ai condizionamenti politici, attraverso l'introduzione all'interno delle Aziende Sanitarie di un Consiglio di Amministrazione, nel quale sia garantita la presenza di una componente medica elettiva;
- ❑ varare una politica occupazionale per i giovani medici mirante a ridurre l'invecchiamento della classe medica all'interno delle Aziende e le sempre più frequenti gravi carenze di organico e gli eccessi nei carichi di lavoro. A tal fine dovrà essere evitato l'abuso legislativo del blocco del turn over e dovrà essere contrastata ogni velleità legislativa di innalzamento (anche volontario) dell'età pensionabile. Dovrà essere prevista anche la possibilità di una diversa modalità di accesso al lavoro nel Ssn, mediante la stipula di **contratti a tempo determinato di formazione lavoro**, di durata correlabile al completamento del ciclo formativo specialistico e quindi di durata massima di un quinquennio, equiparabili al titolo di specializzazione ai fini dell'accesso successivo nel Ssn. Le difficoltà di accoglienza di questa proposta, facilmente prevedibili per l'opposizione di un certo potere universitario pronto a difendere il suo monopolio formativo specialistico, dovrebbero essere mitigate dal fatto che questa possibilità è prevista dal Dpef 2002-2006. L'attivazione di questi contratti dovrebbe essere decisa in concertazione con le Oo.Ss., come previsto dallo stesso Dpef.

C) AZIONE SUL VERSANTE CONTRATTUALE

Un'azione forte dovrà essere esercitata anche sul versante contrattuale, nella consapevolezza del fatto che il contratto nazionale è uno strumento normativo con il quale si possono modificare anche impostazioni legislative e dettare regole valide per l'intera categoria, favorendo e sollecitando le innovazioni legislative che si reputano necessarie.

Vanno affermati alcuni indirizzi generali e prioritari, quali:

1. individuare con precisione, a livello contrattuale, i criteri, validati scientificamente e vincolanti, di misurazione dei carichi di lavoro, evitando le enunciazioni fumose che regolarmente non sono rispettate a livello periferico. A livello aziendale, pertanto, la quantità di prestazioni attese da ciascun professionista e/o da ciascuna U.O. dovrà essere la conseguenza del calcolo dei carichi di lavoro;
2. prevedere per eventuali richieste di lavoro aggiuntivo o un adeguamento dell'organico o l'accettazione individuale ad espletarlo con una retribuzione aggiuntiva, mediante l'istituto contrattuale della libera professione su richiesta ed a favore dell'azienda;
3. prevedere meccanismi di riconoscimento economici, pensionistici, di carriera per i lavori usuranti, ricomprendendo tra questi la partecipazione ai turni di guardia medica divisionale ed interdivisionale;
4. prevedere la possibilità dell'esenzione a domanda dai turni di lavoro notturno per i medici che hanno compiuto più di 55 anni di età, in ossequio agli specifici orientamenti europei in materia;
5. prevedere norme più chiare e vincolanti sull'utilizzo della pronta disponibilità, escludendola nel caso in cui si superi e sostituendola con turni di guardia; abolire definitivamente la pronta disponibilità sostitutiva della guardia nei reparti clinici con posti letto;
6. rivalutare economicamente l'indennità di pronta disponibilità, in modo congruo ed adeguato alla caratteristica usurante del servizio;
7. prevedere una rivalutazione economica congrua delle condizioni di lavoro disagiati, fin quando non saranno eliminate, anche attraverso l'introduzione ex novo di una indennità di disagio;

8. Accentuare l'autonomia dei dirigenti medici nella gestione degli aspetti più propriamente professionali del rapporto di lavoro;
9. Introdurre un effettivo affidamento e la gestione di risorse in capo ai responsabili di strutture complesse e semplici;
10. Rendere possibile a tutti i dirigenti medici l'espressione in autonomia e responsabilità delle proprie indicazioni tecnico professionali sulle scelte strategiche delle aziende;
11. Innovare e modificare le parti dell'attuale Ccnl relative al sistema di valutazione dei dirigenti e di verifica. In particolare, si dovrà a questo proposito:
 - semplificare l'affollamento inutile e ripetitivo di verifiche professionali e gestionali;
 - definire linee guida più precise ed oggettive sulle procedure e sull'oggetto delle verifiche, siano esse professionali che gestionali;
 - prevedere Collegi Tecnici che possano intervenire nel merito del sapere e del saper fare professionale e, pertanto, non siano distorti nel giudizio da condizionamenti aziendalistici;
 - rivedere anche i Nuclei di valutazione, superando le attuali variopinte soluzioni aziendali attraverso la definizione delle competenze, del numero e delle modalità di individuazione dei componenti, uno dei quali deve essere designato dalle Oo. Ss. Mediche.

LIVELLI E CONTENUTI DELLA CONTRATTAZIONE

Premessa

Una delle conseguenze della Riforma del Pubblico Impiego, introdotta con il dlgs 29/93, è stata, oltre all'introduzione del concetto giuridico di Contratto Collettivo Nazionale, anche la riduzione dei tradizionali 3 livelli di contrattazione (nazionale, regionale ed aziendale) a 2 soli: nazionale ed aziendale.

La logica che ispirò tale mutamento legislativo fu quella di accentuare in qualche modo il potere di governo delle Aziende Sanitarie (si era ai tempi del furore ideologico aziendalista).

Da tutto questo ne derivò che:

a livello nazionale, attraverso il Ccnl, sarebbero stati definiti gli aspetti relativi al trattamento economico fondamentale e la normativa generale; a livello aziendale, attraverso il Contratto Integrativo, sarebbero stati definiti gli aspetti attuativi del Contratto Nazionale e contrattate alcune materie non specificamente regolamentate a livello nazionale;

al livello regionale sarebbe stato lasciato un ruolo marginale, quasi di osservatorio, senza alcun potere di controllo e di intervento.

Fin dall'inizio l'Anaaò denunciò come tale scelta fosse pericolosa sul piano dei risultati concreti, foriera di ingiustizie e disuguaglianze e complessivamente penalizzante per la categoria: si creavano, infatti, i presupposti perché in ogni Regione sorgessero tante repubbliche quante sono le Aziende, tutte svincolate, nell'interpretazione del Ccnl, da qualsivoglia regolamentazione regionale in virtù della loro autonomia gestionale.

Purtroppo non riuscimmo ad evitare tutto questo, malgrado gli sforzi, anche se riuscimmo a mantenere una forma di contrattazione regionale attraverso l'introduzione di stanziamenti aggiuntivi a livello regionale per i fondi di risultato.

I fatti hanno confermato quanto paventato.

Il contratto fu applicato in modo del tutto difforme, parziale o addirittura non applicato, non solo fra le diverse Regioni ma anche all'interno della stesse.

Questo fatto, unito al degrado delle condizioni di lavoro, contribuì in modo notevole a creare due situazioni all'interno del sindacalismo medico e dell'Anaaò in particolare:

- accentuò fra gli iscritti il senso di disagio e di frustrazione, che in alcuni è purtroppo sfociato in sfiducia e disaffezione nei riguardi dei sindacati;
- suscitò fra i quadri aziendali un sentimento di impotenza, che ha finito con il condizionare in alcuni le motivazioni e l'impegno.

Con il Ccnl dell'8/6/2000 si è iniziato a correggere questo aspetto negativo, implementando il livello regionale attraverso l'istituto contrattuale della concertazione, obbligatoria su alcune materie contrattuali e prevedendo la possibilità di estendere la concertazione stessa anche ad altre materie per decisione delle parti.

Questa norma ha creato i presupposti per tentare di ridurre le disomogeneità interpretative ed ha contribuito, insieme ai buoni contenuti economici e normativi contrattuali, ad invertire la rotta ed a ricreare condizioni di consenso fra gli iscritti, ma non ha certamente risolto il problema alla sua radice.

Resta, pertanto, urgente ed imprescindibile per l'Anaaò Assomed modificare l'attuale scenario.

CRITICITÀ ESISTENTI

Le esperienze vissute nell'applicazione dei due Ccnl hanno evidenziato molteplici elementi di criticità, fra i quali:

- la rinuncia da parte dell'Aran ad esercitare un reale controllo sull'operato delle aziende, anche quando palesemente difforme dalle regole concordate a livello nazionale;
- l'assenza di un livello istituzionale regionale di confronto sindacale, mirante a fornire alle Aziende indirizzi attuativi del contratto concertati e coerenti con il dettato normativo ed in grado di favorire l'espressione e la salvaguardia delle specificità regionali;
- l'assenza di una reale volontà di controllo da parte delle Regioni sull'operato in materia contrattuale delle aziende;
- la mancata applicazione, da parte delle Regioni, di penalizzazioni nei confronti dei Direttori Generali inadempienti;

- la difficoltà per i quadri aziendali ad interpretare ed attuare Contratti Nazionali fortemente innovativi rispetto al passato,
- la frequente impreparazione degli stessi, spesso attivi nel sindacato nei ritagli di tempo, ad affrontare una contrattazione dagli elevati contenuti tecnici e giuridici;
- la difficoltà ad affrontare una contrattazione spesso dura ed a volte pericolosa.

SCENARIO LEGISLATIVO

Prima di formulare proposte di correzione delle molteplici criticità denunciate è necessario esaminare lo scenario legislativo che si sta delineando da parte del Governo e del Parlamento.

La conoscenza e la comprensione di quanto sta succedendo o di quello che potrebbe succedere, indipendentemente dal giudizio, sicuramente può essere di aiuto nell'avanzare proposte di soluzioni percorribili.

Tuttavia, non è ancora disponibile, per il momento, uno scenario legislativo compiuto. Di alcuni provvedimenti esistono solo annunci, di altri sono noti gli indirizzi che vorrebbe perseguire il Governo.

Per quanto riguarda la “Riforma Bindi”, come noto, è stata proclamata dall'attuale maggioranza, dopo le tante critiche avanzate in passato, la volontà di modificarla profondamente. Da alcune anticipazioni si può sospettare che l'opera di modifica non riguardi solo alcuni aspetti da tutti criticati e che il risultato finale possa essere ancor più penalizzante.

Per quanto riguarda le possibili ricadute contrattuali, si dovrebbe:

- introdurre per molti medici la possibilità di lavoro a rapporto libero professionale;
- estendere a tutti i dipendenti il principio dell'esclusività di rapporto;
- rendere possibile la libera professione negli studi privati per le attività mediche, negando l'esercizio delle attività chirurgiche anche all'interno delle strutture;
- riconoscere ai Direttori Generali la discrezionalità nell'attivazione degli spazi separati e distinti per l'esercizio della libera professione all'interno delle strutture;
- modificare il rapporto di lavoro dei medici dipendenti in un rapporto di diritto privato.

Per quanto riguarda la riforma del Pubblico Impiego ben poco si sa, ma è nota la volontà di:

- ridurre gli spazi contrattuali per i Sindacati,
- tentare di derubricare la concertazione con le Oo.Ss. ad una semplice consultazione.

Per quanto riguarda la Riforma federalista e la Devolution in sanità, le ricadute contrattuali sono facilmente prevedibili:

- con il trasferimento di gran parte dei poteri dallo Stato alle regioni e con l'acquisizione da parte delle Regioni dell'autonomia finanziaria in sanità e della possibilità di scegliersi il modello sanitario preferito, il livello nazionale di contrattazione rischia di essere superfluo o di restare residuale;
- gli spazi contrattuali tolti al livello nazionale dovrebbero essere affidati agli altri due livelli, regionale ed aziendale, anche se non è chiaro quale dei due finirebbe per prevalere.

PROPOSTE

In mancanza di uno scenario legislativo compiuto, qualsiasi proposta venga avanzata al momento non potrà essere precisa, ben articolata e quindi esaustiva.

Tuttavia, si possono fin d'ora individuare delle linee di indirizzo generale circa i livelli ed i contenuti della contrattazione, che non siano in antitesi con lo scenario legislativo che si sta delineando e che correggano i fattori di criticità.

Gli obiettivi che si dovrebbero perseguire sono essenzialmente:

1. mantenere i livelli di contrattazione nazionale ed aziendale;
2. introdurre un livello di contrattazione regionale, armonicamente correlato ed in equilibrio con il livello nazionale ed aziendale;
3. omogeneizzare il più possibile l'applicazione del Contratto Nazionale in tutte le aziende;
4. incrementare il potere di contrattazione della categoria e delle organizzazioni sindacali che la rappresentano;
5. correggere l'attuale debolezza contrattuale del livello aziendale.

L'introduzione di un livello regionale da anni costituisce uno degli obiettivi fondamentali dell'Anaa Assomed.

Oggi la sua realizzazione sarebbe ancor più giustificata, rispetto al passato, dal processo in corso in sanità di trasferimento di competenze economiche e normative dallo Stato alle Regioni.

Esso costituisce un momento strategico importante per la realizzazione dell'auspicato incremento del potere contrattuale delle Oo.Ss. mediche.

Il mantenimento di un livello di contrattazione nazionale costituisce anch'esso un obiettivo strategico importante per l'Associazione e d'altro canto non sarebbe in antitesi con il processo federalista in corso.

L'opportunità e la legittimità di tale richiesta si basa sulle seguenti considerazioni:

- con le sentenze n. 355 e 359 del 1993, relative al ricorso inoltrato dalle Regioni per chiedere la piena devoluzione della sanità in occasione dei dlgs 502 del 1992 e 29 del 1993, la Corte Costituzionale ha ritenuto compatibile la sussistenza di una disciplina nazionale per il personale della sanità per evidenti caratteri di uniformità, essendo il servizio sanitario "nazionale";
- il Ccnl ed il quadro normativo legislativo nazionale, nel futuro contesto caratterizzato dalle diversità organizzative, garantirebbero il trattamento minimo economico e giuridico esattamente come i livelli essenziali di assistenza, la cui necessità è stata riconfermata nel recente accordo Stato-Regioni, del resto, leggi nazionali regolano il rapporto di lavoro privato senza che ciò comporti per le imprese una diminuzione del loro ruolo di datori di lavoro;
- l'impegno del Governo, in particolare della Funzione pubblica, di semplificare le numerose disposizioni sul pubblico impiego, contenute in leggi e Dpr, succedutesi negli anni, rafforzerebbe il ruolo che uno strumento agile, come il Ccnl, potrebbe assumere per valorizzare appieno il processo di privatizzazione del rapporto di lavoro dei dipendenti pubblici, riempiendolo di significativi e depurandolo degli aspetti burocratico amministrativi che lo hanno fino ad ora soffocato.

La presenza di due livelli di contrattazione significativi, nazionale e regionale, rischierebbe di ridimensionare fortemente il livello aziendale, in antitesi con il processo di aziendalizzazione in atto, se fosse realizzato spostando la titolarità

della contrattazione di alcune materie dal livello aziendale a quello regionale.

A ciò si può ovviare mediante l'affidamento al livello regionale di un ruolo di garanzia della realizzazione da parte delle aziende delle misure stabilite a livello nazionale e di contrattazione di obiettivi specifici che rispondano alle peculiarità di ciascuna regione.

Si può, pertanto, proporre di:

Affidare al livello nazionale, attraverso il Ccnl:

- la definizione degli aspetti del trattamento economico, per le evidenti implicazioni che porrebbero sulla individuazione del finanziamento del fondo sanitario;
 - Servizi minimi essenziali in caso di sciopero;
 - Orario di lavoro;
 - Trattamento economico componente fondamentale: posizione (individuazione del range e di una quota fissa), risultato (individuazione del range);
 - Contratto Individuale;
 - Risoluzione;
 - Recesso;
 - Risoluzione consensuale;
 - Tipologia degli incarichi e criteri di affidamento e revoca;
 - Modalità e tempi per verifiche/valutazioni;
 - Definizione degli standard quali-quantitativi per l'aggiornamento professionale;
 - Relazioni sindacali (definizione tempi, modalità, rappresentatività e composizione delle delegazioni per le trattative decentrate);
 - Sostituzioni;
 - Aspettativa;
 - Part Time;
 - Comando.

Affidare al livello regionale il compito di permettere, all'interno del quadro normativo nazionale generale, la migliore espressione delle specificità regionali, attraverso:

- la contrattazione sulla quantità economica da stanziare per il fondo aggiuntivo regionale, sui correlati obiettivi e sui criteri generali per il suo utilizzo;
- la predisposizione concertata di linee guida per la contrattazione aziendale, tese a ga-

rantire standards omogenei su aspetti normativi ed economici, con specifica individuazione delle risorse destinate;

- la definizione, anch'essa concertata, di indirizzi generali sull'organizzazione del lavoro dei dirigenti medici nelle aziende sanitarie;
- il controllo vincolante sull'applicazione tempestiva e corretta dei contratti nelle aziende, con conseguenti interventi correttivi e penalizzazione dei direttori generali in caso di accertata responsabilità.

Affidare al livello aziendale:

- la contrattazione delle stesse materie contrattuali già previste dal precedente Ccnl con l'obbligo però di rispettare gli indirizzi generali attuativi e i tempi di realizzazione concertati a livello regionale;
- la concertazione dei criteri generali attuativi inerenti l'organizzazione del lavoro medico.

ALLEGATO

RELAZIONI SINDACALI

PREMESSA

L'attuale normativa contrattuale prende in esame:

- le metodologie di relazioni;
- i soggetti sindacali e la titolarità delle prerogative;
- le procedure di raffreddamento dei conflitti.

Un modello corretto ed equilibrato di relazioni sindacali rappresenta un valore strategico nell'organizzazione delle Aziende sanitarie.

OBIETTIVI E STRUMENTI

Il sistema delle relazioni sindacali, nel rispetto delle distinzioni delle responsabilità delle aziende e degli enti del comparto e dei sindacati, è riordinato in modo coerente con l'obiettivo di valorizzare le competenze e le disponibilità professionali ed umane degli operatori del Ssn.

Le aziende e gli enti e le Oo.Ss. fondano i loro rapporti sul comune obiettivo prioritario di sostenere un Ssn equo ed efficace, basato sui principi dell'universalismo, dell'eguaglianza e della solidarietà, nonché dell'efficienza, richiesta dall'esigenza di rispettare gli obiettivi di risanamento della finanza pubblica.

In tale contesto, l'adozione della contabilità generale di tipo economico patrimoniale e della contabilità analitica per centri di costo, consente di realizzare accordi tra le aziende e la dirigenza, compresi quelli relativi alle risorse umane, che perseguono elevati livelli di qualità assistenziale.

VALUTAZIONE DELLO STATO DI APPLICAZIONE DEL DETTATO CONTRATTUALE

L'analisi sullo stato di applicazione del dettato contrattuale, le criticità emerse e le correlate responsabilità sono state ampiamente trattate nelle precedenti sezioni, ove pure sono state indicate le proposte generali di correzione.

Vengono di seguito indicate in modo analitico le proposte di modifica dell'attuale dettato contrattuale, elaborate a partire dal testo di alcuni degli articoli in vigore.

Si consente in tal modo a quanti vogliano intervenire in modo compiuto di suggerire modifiche e/o implementazioni, che potranno essere utilizzate nella prossima trattativa contrattuale.

PROPOSTE DI CORREZIONE DEL TESTO CONTRATTUALE

Modelli relazionali

- a) contrattazione collettiva a livello nazionale;
- b) contrattazione collettiva integrativa, che si svolge a livello di azienda o ente, sulle materie e con le modalità indicate dal presente contratto;
- c) concertazione, consultazione ed informazione. L'insieme di tali istituti realizza i principi della partecipazione che si estrinseca anche nella costituzione di Commissioni Paritetiche;
- d) interpretazione autentica dei contratti collettivi;
- e) sistema delle relazioni sindacali a livello regionale.

Contenuti della Contrattazione

Contrattazione collettiva integrativa aziendale

1. In sede aziendale le parti stipulano il contratto collettivo integrativo utilizzando le risorse dei fondi di cui agli artt. 50, 51, 52.

2. In sede di contrattazione collettiva integrativa sono regolate le seguenti materie:

A. individuazione delle posizioni dirigenziali i cui titolari devono essere esonerati dallo sciopero, ai sensi della legge 146 del 1990, secondo quanto previsto dall'accordo sulle norme di garanzia dei servizi pubblici essenziali relativi all'area dirigenziale.

B. Criteri generali per:

- la definizione della percentuale di risorse di cui al fondo dell'art. 52 da destinare alla realizzazione degli obiettivi aziendali generali

affidati alle articolazioni individuate dal dlgs 502/1992 (quali dipartimenti, distretti, presidi ospedalieri), dalle leggi regionali di organizzazione e dai regolamenti aziendali, ai fini dell'attribuzione della retribuzione di risultato ai dirigenti;

- l'attuazione dell'art. 43 legge 449/1997;
- articolo 5, comma 2 ex Ccnl;
- le modalità di attribuzione ai dirigenti cui è conferito uno degli incarichi previsti dall'art.27, comma 1, lettere b) e c) della retribuzione collegata ai risultati ed agli obiettivi e programmi assegnati secondo gli incarichi conferiti;
- lo spostamento di quote di risorse tra i fondi di cui agli artt. 50, 51, 52.;
- l'applicazione delle norme definite a livello nazionale e regionale in materia di orario e organizzazione del lavoro, l'organizzazione e disciplina delle articolazioni aziendali, nonché la consistenza e la variazione delle dotazioni organiche nonché la definizione delle modalità attraverso cui viene identificata la corrispondenza tra orario di lavoro contrattuale e obiettivi definiti nella contrattazione di budget annuale;
- la mobilità dei dirigenti sia intra che interaziendale. Per questa seconda fattispecie, in applicazione di normative di riferimento definiti su base nazionale;
- procedure di contrattazione del budget;
- programmi annuali e pluriennali dell'attività di formazione manageriale e aggiornamento dei dirigenti;
- pari opportunità, con le procedure indicate dall'art. 7 anche per le finalità della legge 10 aprile 1991, n. 125;
- criteri generali sui tempi e modalità di applicazione delle norme relative alla tutela in materia di igiene, ambiente, sicurezza e prevenzione nei luoghi di lavoro, con riferimento al dlgs n. 626 del 1994 e nei limiti stabiliti dall'accordo quadro relativo all'attuazione dello stesso decreto;
- implicazioni derivanti dagli effetti delle innovazioni organizzative e tecnologiche e dei processi di disattivazione o riqualificazione e riconversione dei servizi sulla qualità del lavoro, sulla professionalità e mobilità dei dirigenti;
- l'applicazione delle norme relative alla assegnazione dei fondi specifici, in materia di

assicurazione del rischio professionale e dirigenziale.

3. Fermi restando i principi di comportamento delle parti indicati nell' art. 3, comma 1 e nell'art. 10, sulle materie previste dal presente articolo, decorsi inutilmente centoventi giorni dalla stipula del Ccnl, a richiesta di una delle parti, la trattativa viene assunta dal tavolo di contrattazione integrativa regionale.

4. I contratti collettivi integrativi non possono essere in contrasto con vincoli e limiti risultanti dai contratti collettivi nazionali e regionali e si svolgono sulle materie stabilite nel presente articolo. Le clausole difformi sono nulle e non possono essere applicate.

SISTEMA DELLE RELAZIONI SINDACALI A LIVELLO REGIONALE

1. Ai fini di garantire l'omogeneità degli atti aziendali di diritto privato, di cui al comma 1 bis dell'art. 3 del d.lgs. 502/92 e successive modifiche e l'applicazione omogenea dei dettati contrattuali nazionali nelle Aziende ed Enti del territorio, è istituito il livello regionale di relazioni sindacali.

2. Le materie oggetto di contrattazione sono:

- a) criteri generali per l'attribuzione delle risorse aggiuntive previste dalla contrattazione nazionale;
- b) determinazione e criteri generali per l'attribuzione di ulteriori risorse regionali destinate ad obiettivi specifici, tenuto conto prioritariamente di:
 - Emergenza intra ed extra ospedaliera;
 - Pronta disponibilità;
 - Guardia;
 - Assistenza domiciliare integrata;
- c) criteri e modalità di perequazione dei fondi Aziendali destinati alla retribuzione di posizione dei Dirigenti, in conseguenza dell'applicazione integrativa dei livelli previsti dalla contrattazione nazionale;
- d) criteri applicativi dell'istituto della mobilità;
- e) criteri per la formazione continua e l'aggiornamento professionale;
- f) criteri relativi alle implicazioni derivanti dagli effetti delle innovazioni organizzative e tecnologiche e dei processi di disattivazione o riqualificazione e riconversione dei servizi sulla qualità del lavoro, sulla professionalità e mobilità dei dirigenti;

g) criteri per l'organizzazione e piena attuazione dell'istituto della libera professione intramoenia anche per conto dell'azienda o per conto terzi paganti, ricomprendendo in questa fattispecie anche le sperimentazioni cliniche.

2. La contrattazione collettiva integrativa regionale deve concludersi entro 90 giorni dalla data della stipula del Ccnl, mediante la sottoscrizione di un apposito accordo quadro.

4. La realizzazione di forme consortili aziendali in ambito regionale per la tutela assicurativa per i dirigenti medici e veterinari del Ssn.

INFORMAZIONE, CONCERTAZIONE, CONSULTAZIONE E COMMISSIONI PARITETICHE

1. Gli istituti dell'informazione, concertazione e consultazione sono così disciplinati:

A) Informazione

L'azienda o l'ente, allo scopo di rendere trasparente e costruttivo il confronto tra le parti a tutti i livelli delle relazioni sindacali, informa preventivamente, periodicamente e tempestivamente, i soggetti sindacali di cui all'articolo 9, comma 2, sugli atti di valenza generale, di programmazione aziendale e delle sue articolazioni, anche di carattere finanziario, oltre a quelli concernenti il rapporto di lavoro, l'organizzazione degli uffici e la gestione complessiva delle risorse umane. Nel caso di materie per le quali il presente Ccnl prevede la contrattazione collettiva integrativa o la concertazione e la consultazione, l'informazione è preventiva.

B) Concertazione

I soggetti di cui alla lett. A), ricevuta l'informazione, possono attivare, mediante richiesta scritta, la concertazione sull'applicazione dei criteri previsti dal Ccnl, inerenti alle seguenti materie:

- modalità di costituzione di tutti i fondi economici previsti dal Ccnl;
- affidamento, mutamento e revoca degli incarichi dirigenziali;
- articolazione delle posizioni organizzative, delle funzioni e delle connesse responsabilità ai fini della retribuzione di posizione;
- gli effetti di ricaduta dei sistemi di valutazione dell'attività dei dirigenti sul trattamento economico.

La concertazione inoltre può essere attivata sulle seguenti materie:

- adozione dell'atto aziendale di diritto privato di cui all'art. 3, comma 1 bis, dlgs 229/99;
- adozione del piano attuativo locale di cui all'art. 2 quinquies dlgs 229/99;
- organizzazione dipartimentale;
- iniziative per l'innovazione tecnologica delle articolazioni aziendali;
- processi di dismissione, esternalizzazione e trasformazione;
- modalità applicative del "Codice di Comportamento" di cui all'art. 58 bis del dlgs 29/1993;
- modalità di effettuazione dei controlli sui programmi di attività e sull'appropriatezza e la qualità delle prestazioni (art. 8 octies dlgs 229/99).

La concertazione si svolge in appositi incontri, che iniziano entro le quarantotto ore dalla data di ricezione della richiesta e si conclude nel termine tassativo di trenta giorni dalla data della relativa richiesta; dell'esito della concertazione è redatto verbale che, su richiesta di una delle parti, viene inviato all'Assessorato Regionale alla Sanità.

C) Consultazione

1. La consultazione regionale si svolge obbligatoriamente su:

- Piano sanitario regionale;
- Disciplina dell'organizzazione del Distretto e dell'Ufficio di coordinamento delle attività distrettuali;
- Definizione dell'integrazione delle prestazioni socio sanitarie;
- Regolamentazione del Dipartimento di prevenzione;
- Criteri generali sull'organizzazione dei Dipartimenti, nonché le modalità di partecipazione all'individuazione dei direttori di Dipartimento;
- Definizione della composizione e dell'attività del Collegio di direzione;

Direttive regionali relative ai contratti a tempo determinato ex articolo 15 septies del dlgs 229/99;

- Passaggio alla dipendenza dei Medici di guardia medica e dei Medici dei servizi;
- Procedure di autorizzazione e di accreditamento delle strutture private;
- Scelta degli indicatori su cui basare le verifiche della qualità delle prestazioni erogate.

2. La consultazione aziendale si svolge obbligatoriamente su:

- opzione riguardo al ricorso della mobilità, intra o/e extra aziendale, o procedura condorsuale per la copertura di posti vacanti;
- definizione dei rapporti contrattuali con le strutture private o accreditate (Art. 8 quinquies, comma 2, dlgs 229/29);
- casi di cui all'art. 19 del dlgs 19 settembre 1994, n. 626.

Allo scopo di assicurare una migliore partecipazione del dirigente alle attività dell'azienda o ente è prevista la possibilità di costituire a richiesta Commissioni bilaterali ovvero Osservatori per l'approfondimento di specifiche problematiche, in particolare concernenti l'organizzazione del lavoro in relazione ai processi di riorganizzazione delle aziende o enti ovvero alla riconversione o disattivazione delle strutture sanitarie nonché l'ambiente, l'igiene e sicurezza del lavoro e le attività di formazione.

Tali organismi, ivi compreso il Comitato per le pari opportunità di cui all'art. 7, hanno il compito di raccogliere dati relativi alle predette materie - che l'azienda o ente è tenuto a fornire - e di formulare proposte in ordine ai medesimi temi.

La composizione dei citati organismi che non hanno funzioni negoziali, è di norma paritetica e deve comprendere una adeguata rappresentanza femminile.

È costituita una Conferenza nazionale con rappresentanti dell'Aran, della Conferenza permanente per i rapporti Stato-Regioni e delle organizzazioni sindacali firmatarie del contratto, nell'ambito della quale almeno una volta l'anno, sono verificati gli effetti derivanti dall'applicazione di esso con particolare riguardo agli istituti concernenti la produttività, le politiche della formazione e dell'occupazione e l'andamento della mobilità.

I SOGGETTI SINDACALI E TITOLARITÀ DELLE PREROGATIVE

Soggetti sindacali:

composizione delle delegazioni

La delegazione trattante di parte pubblica è costituita come segue:

a) *In sede Regionale:*

- dall'Assessore Regionale alla Sanità o suo delegato;

- da una rappresentanza dei Direttori Generali delle Aziende o Enti;

In sede Aziendale:

- dal titolare del potere di rappresentanza dell'azienda o ente o da un suo delegato;
- dai rappresentanti dei titolari degli uffici interessati.

1. La delegazione trattante di parte sindacale è composta:

a) *In sede Regionale:*

- dai componenti di ciascuna delle rappresentanze sindacali della Dirigenza;

b) *In sede Aziendale:*

- da componenti di ciascuna delle rappresentanze sindacali di cui all'art. 8;
- dai rappresentanti delle organizzazioni sindacali di categoria territoriali firmatarie del presente Ccni.

3. Le aziende e gli enti possono avvalersi, nella contrattazione collettiva integrativa, dell'assistenza dell'Agenzia per la rappresentanza negoziale delle pubbliche amministrazioni (Aran); le Oo.Ss. possono avvalersi, analogamente, delle loro rispettive rappresentanze di categoria, regionali e nazionali.

CLAUSOLE DI RAFFREDDAMENTO

1. Il sistema delle relazioni sindacali è improntato ai principi di responsabilità, correttezza, buona fede e trasparenza dei comportamenti ed orientato alla prevenzione dei conflitti.
2. Nel rispetto dei suddetti principi, entro il primo mese del negoziato relativo alla contrattazione collettiva integrativa, le parti non assumono iniziative unilaterali né procedono ad azioni dirette. La contrattazione collettiva integrativa si svolge in conformità alle convenienze e ai distinti ruoli delle parti, al fine di raggiungere l'accordo con le modalità previste dall'art. 4.
3. Analogamente si procede durante il periodo in cui si svolgono la concertazione o la consultazione, le medesime parti non assumono iniziative unilaterali sulle materie oggetto delle stesse.

UNIVERSITÀ

A cura del gruppo di lavoro

BRUNO INNOCENTI (COORDINATORE),
OTTAVIO AMATRUDA, MARIO FIGUS, PIERROBERTO MIOLI,
ALBERTO SENSI, COSTANTINO TROISE, GUIDO TUVERI

FEBBRAIO 2002

Nella nostra storia sindacale i rapporti col mondo universitario hanno rappresentato un nodo doloroso e spesso inestricabile, all'interno del quale i medici ospedalieri si sono sentiti dischiminati e strumentalizzati.

Il peso delle Facoltà di Medicina sia dentro agli ospedali che all'interno dell'intero Ssn è progressivamente e inarrestabilmente cresciuto, come ne è prova l'evoluzione normativa documentata nelle Tabelle 1-5.

Dalla legge del 17 luglio 1890 che per prima cercava di disciplinare i rapporti tra Università e gli ospedali retti da opere pie (stabilendo tra l'altro il principio che le Università dovessero pagare agli ospedali un'indennità per l'utilizzo degli stessi a fini didattici) si è giunti al Decreto Legislativo 517/99 di riordino dei rapporti tra Università e Ssn, con il quale si porta ad un punto di probabile non-ritorno l'operazione di occupazione del Ssn.

La storia dei rapporti tra Facoltà di Medicina e Ospedali del Ssn è, fin dall'inizio, storia di frizioni, conflittualità latente o manifesta, contenziosi infiniti tra due istituzioni fortemente caratterizzate e in aperta concorrenza su molti fronti clinici, come si evince anche attraverso la lettura della loro evoluzione normativa.

Nell'ultimo decennio la situazione di conflitto si è acuita a causa della radicale trasformazione che ha interessato il Ssn teso a recuperare, attraverso il processo di aziendalizzazione, efficacia, efficienza ed economicità in un quadro di risorse predeterminate e finite.

Le nuove logiche, infatti, sostanzialmente accettate dal mondo ospedaliero sono entrate in conflitto con la diversa e triplice missione della Facoltà di Medicina, di cui i Policlinici, a gestione diretta e non, sono strumento, amplificando le differenze tra le due istituzioni.

Il nuovo corso all'insegna della aziendalizzazione, ed il nuovo sistema di finanziamento della assistenza ospedaliera, ha determinato uno squilibrio di norme e quindi di azioni amministrative e gestionali tra sistema sanitario e universitario

aggravato da alcune peculiarità di quest'ultimo, quali la mancata identificazione del prodotto universitario, la assenza di un sistema di accreditamento fondato su requisiti minimi strutturali e di personale, la mancanza di sistemi di tariffazione del prodotto e la assenza di sistemi obiettivi di valutazione degli *outcomes* che poco si conciliano con le novità delle "Aziende".

Di fronte al nuovo scenario l'Università ha continuato a comportarsi, nella indifferenza quando non complicità di amministratori e politici, come variabile indipendente del sistema nella logica della privatizzazione dei profitti e della socializzazione delle perdite.

Conflitti e problemi tra Università e Ospedale derivano certo da finalità diverse ma anche da scelte generali e ritardi. La normativa che si è succeduta negli anni non ha ricercato, e non è riuscita a trovare, soluzioni rispettose dei due ordinamenti e nuovi modelli gestionali nei quali inserirli.

La crescita dell'offerta formativa medica, derivante anche dalla istituzione dei Diplomi prima e dei Corsi di Laurea breve delle professioni sanitarie poi, ha prodotto il moltiplicarsi delle sedi di insegnamento senza adeguare la capacità didattica alle necessità formative e mantenendo l'apporto del personale ospedaliero in posizione di scarsa rilevanza qualitativa e quantitativa, senza alcun vero riconoscimento di carattere istituzionale.

Nelle Facoltà di Medicina, e soprattutto nel triennio clinico convenzionato, la mancanza di personale è cronica a fronte del fatto che esse assorbono circa il 40% delle risorse umane del mondo universitario e questo è dovuto sia al carico assistenziale sia all'espansione del triennio clinico. Quest'ultimo elemento è conseguenza dell'allargamento e della settorializzazione delle conoscenze con conseguente necessità d'approcci multispecialistici alle singole patologie ma soprattutto di esigenze di politica interna alla Facoltà che hanno portato alla proliferazione di unità operative e posizioni apicali.

La carenza di personale e la scarsità di strutture assistenziali hanno in pratica costretto le istituzioni universitarie ad utilizzare surrettiziamente personale e strutture del Ssn, senza però che tale innesto producesse una nuova forma organizzativa e giuridica che superasse la rigidità dei due sistemi.

E' mancato quindi uno sforzo normativo che individuasse nuove tipologie per gli ospedali nei quali insiste il triennio clinico della Facoltà di Medicina tali da consentire la costituzione di un diverso modello che non fosse il policlinico o l'ospedale consentendo la armonizzazione degli stati giuridici preesistenti del personale afferente.

L'Università controlla anche (dlgs.502 ,art.6 comma 2) il reclutamento nel Ssn attraverso specializzazioni, ma la previsione normativa di dover rispondere, attraverso le convenzioni Università-Regioni, alle esigenze della formazione degli stessi in strutture del Ssn è stata sostanzialmente disattesa portando ad ulteriori contenziosi tra Ssn e Facoltà mediche essendo noto che gli specializzandi costituiscono un'importante, ancorchè occulta, risorsa delle strutture universitarie

La scarsità di risorse degli ultimi anni ha acuito i contrasti riducendo gli spazi e gli strumenti disponibili per la mediazione, e la pace sociale, laddove ottenuta, è stata pagata al costo di duplicare le funzioni e le unità operative a prescindere dalle necessità e dagli indici di utilizzo, moltiplicando i centri di costo e di responsabilità per soddisfare gli appetiti di carriera degli universitari, e sacrificando, in conclusione, l'economia gestionale.

La crescita incontrollata delle Facoltà di Medicina porta di per sé ad una progressiva occupazione degli spazi, e delle carriere, ospedalieri con una politica colonizzatrice che sembra non conoscere ostacoli ed una diffusione metastatica ormai legittimata a livello giuridico nelle Linee guida dei rapporti convenzionali di recente approvazione governativa.

Il problema attuale che ci troviamo di fronte è che la assenza di norme che stabiliscano in maniera chiara e trasparente quanta e quale assistenza, espressa in posti letto, numero e tipologia di unità operative, dotazione di personale, sia necessaria all'esplicazione della funzione didattica e di ricerca in rapporto al numero degli studenti del Corso di Laurea rende indefiniti e minacciosi i confini della presenza universitaria entro le strutture del Ssn.

Per di più le diverse modalità di acquisizione del personale e di conferimento degli incarichi di direzione rendono frustrante la convivenza, e le modalità di nomina del Direttore Generale delle Aziende Miste privano il personale ospedaliero di un riferimento politico-gestionale *super partes* e libero da condizionamenti.

Appare ormai evidente che le conflittualità sono difficilmente risolvibili se si resta nell'ambito delle regole vigenti che non appaiono in grado di accontentare nessuno, né l'istituzione del dipartimento misto, ancora oggi scarsamente operativo e configurato dal Dlgs 517/99 come l'ennesimo luogo di asimmetria del potere, appare sufficiente a uniformare comportamenti legati a differenti stati giuridici e diverse ambizioni di carriera.

Poichè la necessità di un assetto unitario istituzionale non può risolversi nel riassorbimento di una tipologia nell'altra, diviene indispensabile individuare un nuovo modello organizzativo capace innanzitutto di delimitare gli spazi assistenziali per la formazione medica e per il bisogno didattico di assistenza rompendo l'equazione docente convenzionato=primario=unità operativa che finora ha portato a una crescita incontrollata del numero delle unità operative e dei posti letto a direzione universitaria, senza l'introduzione di modalità o parametri di verifica dell'assistenza erogata e senza alcun possibilità di controllo della spesa.

La rottura del binomio docente convenzionato-reparto è forse l'elemento più innovativo del dlgs 517 che però ha clamorosamente fallito l'obiettivo urgente e irrinunciabile di definire regole certe, e

non eludibili attraverso interpretazioni di favore, che consentano una definizione qualitativa e quantitativa delle necessità assistenziali finalizzate alla didattica e alla ricerca.

Inoltre l'ultima normativa ha evitato di proporre una ridefinizione del ruolo del personale ospedaliero medico nei complessi misti che raggiunga l'obiettivo di affiancare al compito assistenziale anche una funzione finalmente riconosciuta nell'ambito didattico e della ricerca, che preveda la destinazione a tali incombenze di parte del monte orario e la corresponsione di una quota retributiva dedicata, e di consentire attraverso un innesto di nuove professionalità ospedaliere nei corsi di laurea un supporto quanti e qualitativo orientato al "saper fare".

La via più praticabile nella generalità del territorio nazionale rimane, forse, quella dei complessi misti con il modello della **scuola di formazione** ove prioritaria diventa la necessità di armonizzare e far convergere la normativa universitaria e quella ospedaliera che si scontrano con l'inevitabile mancato sincronismo e con le differenze di compiti e responsabilità

La analisi della situazione porta a ritenere indispensabile iniziare una discussione su quelle che potrebbero essere i futuri luoghi della didattica medica, e cioè delle "istituzioni" del tutto particolari e nuove, sia per l'inquadramento giuridico-normativo del personale sia per le modalità del suo reclutamento.

Si potrebbero chiamare "**Ospedali d'Insegnamento e Ricerca**" o "**Scuole di Medicina**" ed al loro interno si dovrebbe realizzare un modello integrato d'insegnamento clinico, di ricerca medica e d'assistenza. Allo scopo si potrebbe ipotizzare la costituzione di una struttura di derivazione ministeriale e/o regionale dedicata esclusivamente alle problematiche della formazione clinica del personale medico e delle professioni connesse all'assistenza.

Un "Consiglio della Scuola" potrebbe avere competenze nella definizione dei programmi del corso degli studi, della previsione del numero degli accessi (laurea, specialità, diplomi, scuole speciali ed altro), anche sulla scorta di dati forniti dalle regioni e nel rispetto dei piani sanitari nazionali e regionali.

Un elemento di fondamentale differenziazione con la situazione attuale dovrebbe essere, per il personale afferente alle "Scuole di Medicina", il riconoscimento e la relativa retribuzione di differenti funzioni che potrebbero essere prevalentemente o didattiche o di ricerca o d'assistenza o, infine, di management.

Necessariamente tutte le funzioni su definite devono poter essere valutate quantitativamente e qualitativamente ed a tutte deve essere riconosciuta pari dignità. Ne deriva che l'orario settimanale potrebbe essere suddiviso a seconda del peso delle diverse funzioni e che nel caso di cumulo orario e di più funzioni, svolte dalla stessa persona e verificabili, queste dovrebbero essere retribuite. Per quanto concerne gli aspetti giuridico-normativi del personale, il nuovo stato giuridico delle "Scuole di Medicina" deve ricomprendere sia l'attuale personale universitario sia quello oggi a carico del Ssn, ambedue impegnati a realizzare l'insegnamento clinico, la ricerca medica e l'assistenza.

In mancanza di una ipotesi realistica relativa alla istituzione in tempi brevi di un Ospedale di Insegnamento per il quale sono necessarie modifiche istituzionali ed organizzative non facili che presuppongono la riforma della politica della formazione e della ricerca e la contestuale fine del monopolio delle Università in questo campo, nonché scelte sindacali non semplici, una soluzione più pragmatica potrebbe essere rappresentata dal prevedere che l'apporto assistenziale universitario si realizzi all'interno di strutture quali gli Irccs, non direttamente dipendenti dal Ssn ma normate da riferimenti nazionali, in un rapporto trilaterale Università-Stato-Regione. Tale processo, che unifica almeno il sistema della

ricerca al quale si fornisce un contenitore unico, potrebbe essere favorito dalla prevista trasformazione di tali Enti in Fondazioni, governate da un Consiglio di Amministrazione espressione di una pluralità di soggetti, comprendente anche l'Università, che superi la attuale monocraticità della figura del Direttore Generale, nonché dalle caratteristiche di maggiore affinità e permeabilità esistente tra funzioni e stato giuridico del personale, riflette modelli esistenti quali quello della Facoltà di Pavia .

L'Ircs diverrebbe così l'Azienda di riferimento per la Facoltà di Medicina per la ricerca e la assistenza profittando anche del diminuito numero di studenti.

Per quanto riguarda la attività didattica e la risposta da dare alle necessità del sistema si tratta di costruire un sistema formativo per Specializzazioni e Lauree brevi nel quale il Ssn ed il suo personale abbiano riconosciuto un proprio ruolo. Oggi diviene indispensabile ragionare su un modello didattico che non può più essere quello tradizionale delle facoltà, insufficienti per logiche e dimensioni a far fronte alla continua espansione di una domanda formativa a carattere eminentemente pratico, ma che deve prendere in considerazione un nuovo contenitore ove la preparazione teorica sia immediatamente embricata nella attività pratica con un rapporto docente discente diretto e capillare in cui le funzioni tutoriale sul campo accompagnino e completino le conoscenze teoriche acquisite in aula

Il nodo da sciogliere è nella quantificazione del valore della formazione e nella valutazione del risultato ottenuto in modo da controllare la resa del finanziamento aggiuntivo attribuito

Una forza sindacale moderna deve capire che non è più possibile procedere costruendo meccanismi di contenimento o di difesa ma con proposte che individuino alleati e percorsi normativi praticabili accanto ad un uso intelligente del tradizionale bagaglio sindacale.

Tabella 1

Legge 17 luglio 1890

sulle istituzioni pubbliche di assistenza e beneficenza

Regio Decreto-legge 10 febbraio 1924 n.549

Legge n. 132 - 12 febbraio 1968

(cosiddetta legge Mariotti)

Dpr 129 - 27 marzo 1969

detta norme per l'ordinamento delle cliniche universitarie

Tabella 2

Leggi di equiparazione economica del personale universitario:

Legge n. 213 -25 marzo 1971 (cd. De Maria)

Legge n. 200 16 maggio 1974

Tabella 3

Legge n. 833 - 28 dicembre 1978 Istituzione del servizio sanitario nazionale: artt. da 39 a 42

Decreto interministeriale 9 novembre 1982

Decreto interministeriale 9 novembre 1982

Decreto interministeriale 12 maggio 1986

Decreto interministeriale 12 maggio 1986

Tabella 4

Aziendalizzazione

Legge 421/92

Decreti legislativi 502/92-517/93

Legge 417/98

Convenzioni regionali e attuative locali

Legge delega n. 419/98

Decreto delegato n. 229/99

Tabella 5

Decreto legislativo 517/99

riordino dei rapporti tra università e Ssn"

Linee-guida per i protocolli di intesa regionali dal dl 517/99

Protocolli di intesa regionali

PREVIDENZA

(ENPAM – INPDAP – ONAOSI – FONDI INTEGRATIVI)

A cura del gruppo di lavoro

CLAUDIO TESTUZZA (COORDINATORE)
MARCO BENEDETTI, GIAMPIERO BENETTI
GIORGIO CAVALLERO, GIANCARLO MARINANGELI, GIAN MARIO SANTAMARIA

FEBBRAIO 2002

PREMESSA

In un contesto demografico in forte cambiamento, in cui l'introduzione di riforme pensionistiche si conferma politicamente problematica, il progressivo invecchiamento dei componenti la categoria dei medici dipendenti dal servizio sanitario non accompagnato da un proporzionale rinnovo degli organici, pone l'attenzione sul futuro pensionistico dei sanitari interessati.

Il sistema previdenziale attuale, imperniato sul cosiddetto sistema a "ripartizione", permette di avere sicurezza del trattamento previdenziale dei più anziani solamente qualora si assista ad un costante reintegro della forza lavoro con personale più giovane: "le pensioni dei padri vengono pagate dai figli".

La forza lavoro dei medici, già ospedalieri, oggi Asl, si è assestata, nel tempo, in circa 110 mila unità. La grande maggioranza degli ingressi si è avuta nel decennio 1970/80, con la riforma ospedaliera del 1969. Oggi quei sanitari giungono al limite d'età e di servizio, per richiedere il trattamento pensionistico.

Da una uscita media di circa 2000/2500 unità all'anno, si ritiene che si passerà, nei prossimi anni, ad un incremento dei pensionati, intorno alle 5000 unità per anno.

Il turn-over della categoria non è compensato, nel medio periodo, da un pari ingresso di nuovi assunti che, per la riduzione delle strutture sanitarie, si assestano intorno alle 1500/1800 unità anno.

Questo comporterà un cambiamento dell'attuale rapporto attivi/pensionati, che per l'ex Cassa pensioni sanitari (C.P.S.), ora confluita nell'Inpdap, l'istituto previdenziale dei dipendenti pubblici, è di 2,5 (circa 110.000 medici dipendenti, rispetto a circa 40.000 pensionati) condizione che, allo stato attuale, consente, anche grazie alle risorse accumulate negli anni passati (+ 18 mila miliardi), di avere una sicurezza dei trattamenti previdenziali (vedi schede allegate).

L'unitarietà dei bilanci dell'Inpdap, con il travaso dei fondi fra casse (dalla CPS alla Cpdel), pone la preoccupazione di un depauperamento, non compensato, degli attivi accumulati dalla categoria.

Il cambiamento strutturale del metodo di calcolo previdenziale, da retributivo (riferimento all'ultimo stipendio in godimento) al contributivo (calcolato sugli effettivi versamenti prodotti nel tempo), non sembra poter incidere solo nel breve periodo, avendo escluso, da tale ultima metodologia, più restrittiva, coloro che al 1995 avessero almeno 18 anni di contribuzione. Tuttavia il trattamento pensionistico con il sistema contributivo coinvolgerà in futuro i sanitari giovani con pensioni marcatamente ridotte.

I trattamenti pensionistici, specie per i pensionati degli ultimi anni, grazie agli aumenti contrattuali, sono stati incrementati. Se la media dei trattamenti si aggira intorno ai 35/40 milioni anno, i sanitari, pensionatisi nell'ultimo biennio, raggiungono livelli medi intorno ai 100 milioni per anno.

Si può rilevare che la pensione obbligatoria pubblica è, allo stato attuale, costituita da un trattamento congruo che, rapportato all'alta percentuale dei contributi (33%) e correlata agli ultimi contratti di lavoro, consente di avere buoni trattamenti previdenziali, almeno nel breve periodo.

Da Fondazione Onaosi - Rilevazione dei contribuenti obbligatori al 31/12/2000 per età (medici dipendenti 90% circa)

Anno di Nascita	Età	Numero contribuenti
1974	26	178
1973	27	489
1972	28	883
1971	29	1321
1970	30	1846
1969	31	2514
1968	32	3317
1967	33	4103
1966	34	4787
1965	35	5475
1964	36	6121
1963	37	6635
1962	38	7056
1961	39	7647
1960	40	7941
1959	41	7668
1958	42	7319
1957	43	6913
1956	44	6264
1955	45	5464
1954	46	4750
1953	47	3726
1952	48	3012
1951	49	2613
1950	50	2240
1949	51	1716
1948	52	1553
1947	53	1598
1946	54	1366
1945	55	1349
1944	56	1265
1943	57	1209
1942	58	1203
1941	59	1130
1940	60	1050
1939	61	1081
1938	62	1134
1937	63	1131
1936	64	1124
1935	65	1005
1934	66	196
1933	67	106
1932	68	53
1931	69	45
1930	70	21
	Totale	129717
	età media	42,38

Il medico dipendente contribuisce, poi, alla costituzione della sua liquidazione, Tfs, con un contributo annuo del 2,5 per cento dell'80 per cento del suo stipendio.

Mentre per gli assunti dal gennaio 2001 il Tfs è stato trasformato in Tfr (trattamento di fine rapporto, a totale carico del datore di lavoro), per i più anziani le norme hanno previsto, ma non ancora attuato, il passaggio "a domanda" con l'obbligo di iscrizione ad un fondo di categoria.

Il medico dipendente, inoltre, per la sua obbligatorietà d'iscrizione all'Ordine, provvede ad un versamento annuo a favore dell'Enpam (fondo generale quota A) che produce un trattamento di vecchiaia (a 65 anni) davvero modesto e che, nonostante il sensibile aumento del contributo, non sembra poter realizzare un maggiore incremento.

Il medico dipendente, in ragione dei proventi relativi alla libera professione, anche ove svolta in intra-moenia, è obbligato ad un ulteriore versamento, sempre all'Enpam (fondo generale quota B), del 12,5% (riducibile, a richiesta, al 2%) di tali proventi. Il trattamento previdenziale prevedibile per tale contribuzione si realizza mediante il metodo assicurativo d'accumulo, con interesse medio annuo composto dell'1,75%, leggermente inferiore agli attuali interessi assicurativi, ridottisi fortemente negli ultimi anni.

PROSPETTIVA

La riduzione marcata dei trattamenti con il sistema contributivo (copertura pensionistica intorno al 60% degli ultimi stipendi in godimento); l'introduzione del "tetto retributivo-contributivo"; l'inversione del rapporto attivi-pensionati, nel medio periodo; il depauperamento della Cassa sanitari a causa dei "prestiti" alle altre casse previdenziali pubbliche; il multiplo e dispersivo sistema dei contributi (quattro sistemi previdenziali!); le

modifiche strutturali delle retribuzioni, impongono un'attenta e consapevole valutazione del futuro previdenziale della categoria.

Si ritiene, inoltre, che, anche per quanto riguarda il più favorevole sistema di calcolo retributivo, accanto la sua ventilata eliminazione, anche per coloro che ne fossero, in passato, rimasti esclusi (>18 anni al 1995) si potrà verificare una diminuzione delle aliquote di rendimento del precedente sistema (oggi del 2% per anno di contribuzione), condizione già presente in rapporto ai livelli di retribuzione.

Le proposte governative attuali, “delega” per la previdenza, se pur previste in forma progressiva per i dipendenti pubblici (fra cui i medici dipendenti delle Asl), non modificano sostanzialmente il quadro di riferimento attuale.

Concessione del riconoscimento del diritto alla pensione d'anzianità e prolungamento dei termini del pensionamento di vecchiaia, con incentivi (modesti), potranno essere valutati, nei loro riflessi verso la categoria, solo al compimento del decreto legislativo di recepimento.

Più utile appare la maggiore defiscalizzazione delle attività finanziarie dei fondi, sia chiusi che aperti.

Permane la preoccupazione, anche per il versante pensionistico, della ventilata privatizzazione del rapporto d'impiego con l'istaurarsi di attività libero-professionali, anche in sede ospedaliera, che determinerebbero, da un canto, il depauperamento della Cps, e, dall'altro, difficoltà ed onerosità dei trattamenti in ricongiunzione.

IPOTESI DI INTERVENTO

Fermo restando la necessità di una previdenza obbligatoria che, ancorché ridotta nei suoi importi, garantisca un trattamento pensionistico a termine della vita lavorativa, si tratta

di verificare quali istituti meglio possano garantire questa condizione o, parimenti, sondare quali forme di previdenza integrativa o complementare debbano essere utilizzate per ridare, complessivamente, ai pensionati lo stesso tenore di vita proprio del periodo di attività lavorativa.

Rileviamo che la generalità degli ordinamenti pensionistici dei quindici paesi dell'Unione Europea è caratterizzata da una forte componente pubblica, a garanzia della pensione di base, ormai universalmente, definita “primo pilastro”. In Gran Bretagna, Olanda, Danimarca, e da poco anche in Germania, esiste anche una componente privata molto sviluppata, costituita da un “secondo pilastro” (previdenza complementare gestita da fondi pensione che trovano origine in accordi fra lavoratori e datori di lavoro o per adesione collettiva), e dal “terzo pilastro” (assicurazioni individuali).

Lo schema esistente nei paesi UE sembra rispondere più compiutamente all'esigenza dei lavoratori:

si passerebbe ad un sistema misto a due pilastri per diversificare il rischio.

La previdenza del primo pilastro, per quanto si riferisce, in particolare, alla quota realizzata con il sistema retributivo a ripartizione, si può ritenere debba continuare ad essere attribuita ad un ente pubblico.

Accanto a questo sistema obbligatorio pubblico, prevalente per la maggiore e verosimile garanzia di copertura economica, dovrà essere introdotto un sistema a capitalizzazione, mediante la costituzione di una previdenza complementare, retta dalla categoria, nel caso del fondo cosiddetto “chiuso”, oppure indirizzata alla adesione collettiva (per le scelte di migliore offerta e di più corretta gestione). Si ritiene che si renda, quindi, necessario prevedere, soprattutto per i più giovani e comunque per tutti i medici, l'utilizzo della previdenza integrativa di cui l'Associazione, in primis, potrebbe farsi carico o gestendo, in proprio,

tale meccanismo previdenziale (fondi di categoria) o promuovendo accordi con sistemi finanziario-assicurativi (convenzione previdenza individuale). Si rammenta che queste forme presentano la deducibilità (circa 10 milioni) ai fini Irpef.

Tutti gli iscritti hanno, poi, naturalmente a disposizione la possibilità di rivolgersi al cosiddetto “terzo pilastro”, gestendo in proprio i fondi integrativi o rivolgendosi direttamente al mercato.

La semplificazione e razionalizzazione dei contributi, un maggior spirito di imprenditorialità nella prospettiva della propria previdenza dovrebbero divenire, nel tempo, gli obiettivi portanti del sistema previdenziale dei medici dirigenti.

La previdenza gestita dall’Enpam è un elemento ulteriore del sistema pensionistico che interessa il medico dipendente (fondo generale quota A e B). Per la sua gestione è auspicabile una maggiore incidenza delle proposizioni proprie della categoria che ricerca una maggiore chiarezza sulla operatività finanziaria dell’Ente, a garantire il futuro dei medici dipendenti per la quota parte di pertinenza.

Alcuni aspetti sono stati già auspicati dall’Associazione, come la riapertura della contribuzione ridotta per coloro che contribuiscono contemporaneamente ad altra previdenza obbligatoria, e altri potrebbero essere proposti come, ad esempio, di indirizzare il contributo Enpam ad un vero e proprio fondo integrativo.

Le schede allegate cercano di dare una informativa del sistema previdenziale della Fondazione.

Infine, un accenno elogiativo va rivolto all’Onaosi che ha dimostrato nel tempo, a fronte di una modesta contribuzione, una serie di interventi assistenziali di alto interesse e di particolare sensibilità. Interventi che si prevede possano allargarsi ad altre situazioni di disagio che possono colpire i sanitari.

Sarebbe auspicabile che la contribuzione obbligatoria per i dipendenti possa essere allargata anche alla maggioranza dei medici, con rapporto di lavoro convenzionato.

OSPEDALITÀ PRIVATA ACCREDITATA

A cura del gruppo di lavoro

FABIO FLORIANELLO (COORDINATORE),
MOHAMMED ALKILANI, STEFANO SPAGNOTTO

FEBBRAIO 2002

INDICE

1. Introduzione	3
2. Strutture, posti letto, personale, ricoveri, servizi emergenza–urgenza: 1995/99	3
3. Riferimenti Legislativi	5
4. I Medici dell’ospedale privata	8
5. L’impegno Anaa Assomed nel settore	10
6. Sintesi Conclusiva	11

1. INTRODUZIONE

L'Ospedalità Privata accreditata nel corso degli ultimi anni è andata progressivamente aumentando il proprio ruolo nell'ambito del Ssn.

Una presenza che si riassume in 869.724 ricoveri effettuati nel 1995 e 1.563.181 nel 1999, contro 7.876.685 e 11.158.575 rispettivamente effettuati negli stessi anni dall'ospedale pubblica. (fonte Ministero della Salute-1999).

Ad una prima lettura i dati numerici indicano l'assenza di spostamenti di ricoveri dal Pubblico al Privato, bensì un incremento generalizzato a favore di entrambe le organizzazioni.

Ma la verifica sui dati percentuali fornisce, al contrario, indicazioni diverse.

Il "Privato" passa infatti dal 9,9 % sul totale dei ricoveri nel 1995 al 12,4 % nel 1999, mentre il "Pubblico" passa rispettivamente dal 90,1 all'87,6 %. Tale spostamento percentuale è ancora più evidente se si valutano i dati relativi alle diverse tipologie di ricovero (ordinaria, riabilitativa e lungodegenza) come riportato successivamente.

Si è andato delineando, dunque, nel corso dell'ultimo quinquennio uno spazio significativamente maggiore per l'Ospedalità Privata accreditata, fenomeno che si può osservare nell'ambito di tutte le regioni.

2. STRUTTURE, POSTI LETTO, PERSONALE, RICOVERI, SERVIZI EMERGENZA- URGENZA (1995/1999)

1. Le Strutture: il numero di Case di Cura Accreditate al 31/12/1999 è di 531 (erano 528 nel 1995) per un totale di 53.341 Posti letto. Di queste 436 sono associate Aiop (p.l. 43.462) e

40 Aris e Fondazione Don Gnocchi (p.l. 3.714) per un totale di p.l. 51.578.

Aiop, Aris e Fondazione Don Gnocchi costituiscono dunque le Associazioni più rilevanti nell'ambito dell'Ospedalità Privata Accreditata. Le strutture non accreditate sono 106.

- Le strutture pubbliche sono 813 al 31/12/1999 ed erano 1068 nel 1995 (fonte Ministero della Salute-1999).

2. Il personale in servizio presso le Case di Cura Accreditate al 31/12/1999 è di 62.825 unità, di cui 52.830 dipendenti e 9.995 a rapporto professionale.

I Medici dipendenti sono 3.841, mentre sono 7.385 a rapporto di collaborazione coordinata e continuativa.

- Nel sistema pubblico il personale dipendente nelle strutture di ricovero di Asl e Ao è di 464.957 con 82.859 medici, per un totale di 98.290 Medici dipendenti del Ssn al 31/12/99 (fonte Ministero della Salute-1999).

3. I ricoveri sono stati 1.563.181 nel 1999 pari al 12,4 % , articolati in 1.264.046 ricoveri acuti (790.987 nel 1995) in regime ordinario, 119.728 acuti in day hospital (19.239 nel 1995), 106.087 riabilitazione in regime ordinario (49.391 nel 1995) e 9.137 day hospital, 41.417 lungodegenza (10.107 nel 1995), 22.766 neonati.

Il totale complessivo delle giornate di degenza ammonta a 14.515.264.

- Nel sistema pubblico nello stesso periodo i ricoveri sono stati 11.158.575 (87,6%) di cui 8.363.835 acuti, 2.343.330 d/h, 125.120 riabilitazione e 37.563 riabilitazione d/h, 40.958 lungodegenza, 248.769 neonati. Giornate complessive di degenza 71.195.988.

**OSPEDALITÀ PRIVATA ACCREDITATA E PUBBLICA:
VALORI NUMERICI A CONFRONTO**

STRUTTURE OSPEDALIERE	Privato Accreditato 1995	Privato Accreditato 1999	Pubblico 1995	Pubblico 1999
	<i>N. STRUTTURE</i>	528	531	1.068
<i>POSTI LETTO</i>		53.341		255.247
<i>TIPOLOGIA RICOVERI:</i>				
Acuti ordinari	790.987	1.264.046	6.748.394	8.363.835
Acuti D/H	19.239	119.728	1.035.834	2.343.330
Riabil. Ordinari	49.391	106.087	71.700	125.120
Riabil. D/H	-	9.137	-	37.563
Lungodegenza	10.107	41.417	20.757	40.958
Neonati	n.r.	22.766	n.r.	248.769
TOTALE	869.724	1.563.181	7.876.685	11.158.575
Gg degenza	-	14.515.264	-	71.195.988
Medici		11.226		82.859
N.Medici/N.ricoveri		0,72		0,74
Spesa Corrente	5.361 mld	6.153	46.233	52.389
Spesa Ospedaliera Tot. 58.201 (1995) 67.165 (1999)				

(fonte Ministero della Salute-1999)

**OSPEDALITÀ PRIVATA ACCREDITATA E PUBBLICA:
VALORI PERCENTUALI A CONFRONTO**

	Privato Accr. 1995	Pubblico 1995	TOTALE	Privato Accr. 1999	Pubblico 1999	TOTALE
<i>TIPOLOGIA RICOVERI</i>	%	%	%	%	%	%
Acuti ordinari	10.5	89.5	100	13.1	86.9	100
Acuti D/H	1.8	98.2	100	4.9	95.1	100
Riabil. Ordinari	40.8	59.2	100	45.9	54.1	100
Riabil. D/H				19.6	80.4	100
Lungodegenza	32.7	67.3	100	50.3	49.7	100
Neonati	n.d.	n.d.		8.4	91.6	100
Totale	9.9	90.1	100	12.4	87.6	100

4. I servizi per l'emergenza sono presenti in 64 strutture su 531 (pari al 12%), articolati in 13 Dea e 51 Ps; le unità di Rianimazione sono 30 pari al 5,6 % sul totale delle strutture.

I Centri trasfusionali sono presenti in 3 strutture (pari allo 0,6%) ed i Centri Dialisi in 35 strutture (6,6 %). Camere iperbariche 13 (2,5% sul tot. delle strutture) con 114 posti (pari allo 0,22% del totale p.l. di degenza ordinaria)

- Nel sistema pubblico sono presenti Dea/Ps nell'86,7% delle strutture, Rianimazioni nel 41,7%, Centri Trasfusionali nel 43,1% Centri Dialisi nel 49% e camere iperbariche nel 4,7% con 198 posti (pari allo 0,085 % del totale p.l. di degenza ordinaria) (fonte Ministero della Salute-1999).

5. La spesa sanitaria corrente per l'ospitalità convenzionata (che comprende oltre alle case di cura accreditate, gli istituti in convenzione obbligatoria quali Irccs pubblici e privati, ospedali religiosi classificati, cliniche e policlinici universitari) per il 1999 ammonta a 14.776 mld. La spesa riguardante le sole case di cura accreditate è di 6.153. mld. Era di 5161 mld nel 1995 (fonte Ministero della Salute-1999).

3. RIFERIMENTI LEGISLATIVI

Nell'ordinamento sanitario italiano è stata sempre ammessa, accanto alle istituzioni pubbliche, la presenza di organizzazioni (profit o non profit) autorizzate dallo Stato ad erogare prestazioni sanitarie, diagnostiche e/o terapeutiche.

Regio Decreto 27 luglio 1934 n. 1265

All'art. 193 stabilisce che per l'esercizio di una casa di cura debba essere richiesta autorizzazione al Prefetto sentito il parere del Consiglio Provinciale di sanità sia per i risvolti in materia di pubblica sicurezza che per l'aspetto più propriamente terapeutico.

Legge 12 febbraio 1968 n.132

Pone le case di cura sotto la vigilanza del Min. Sanità. L'autorizzazione viene rilasciata dal Medico Provinciale (art 52), è prevista la presenza di un D.S. responsabile (art 53) che risponde al medico provinciale dell'organizzazione tecnico-funzionale e del buon andamento dei servizi igienico-sanitari, dei turni di guardia medica (art 53 c.2), ecc.

Alle regioni è demandato specifico compito per regolamentare le case di cura dal punto di vista legislativo ed amministrativo (art. 43, 44).

D.M. 30 giugno 1975

Per la prima volta si stabiliscono i requisiti strutturali, tecnici, igienico-sanitari e del personale delle case di cura convenzionate

D.M. 5 agosto 1977

Definisce i requisiti tecnici, le norme costruttive, i requisiti di carattere tecnico-sanitario, il personale sia medico che di supporto sanitario, amministrativo e tecnico fissati dalla 132/68) che tra l'altro poneva come obiettivo "*una adeguata e continua assistenza ai malati in rapporto alla qualità e quantità delle prestazioni richieste*".

Legge 833/1978

La riforma sanitaria 833/1978, istitutiva del Ssn, nel demandare alle Regioni e alle Usl tutti i poteri inerenti alla programmazione, organizzazione e gestione dell'intero sistema di tutela della salute (articolo 25) assegnava ai privati un ruolo puramente integrativo o al più complementare del servizio pubblico.

In altre parole, fermo restando il principio della libera iniziativa privata, l'inserimento organico delle strutture e degli operatori nel sistema erogativo dell'assistenza sanitaria veniva di norma subordinata alle esigenze del servizio pubblico, individuate dalla pianificazione sanitaria, nazionale e regionale.

Lo strumento giuridico adottato dalla 833/1978 per realizzare la collaborazione e la partecipazione dei privati al perseguimento degli obiettivi del Ssn era quello della "convenzione" con la Regione o l'Usl, secondo un modello già sperimentato dagli enti mutualistici ai loro fini istituzionali.

La stipula della "convenzione" aveva carattere obbligatorio in base agli articoli 41 e 42 per le istituzioni sanitarie riconosciute ad esercitare l'assistenza ospedaliera, quali gli ospedali classificati e gli Irccs di diritto privato. mentre era correlata alle esigenze accertate dal piano sanitario regionale nei confronti delle case di cura private e dei centri di riabilitazione (articolo 44).

Dpcm 27 giugno 1986

Con tale atto di indirizzo e coordinamento dell'attività amministrativa delle Regioni venivano stabiliti i requisiti minimi cui dovevano rispondere tutte le Case di Cura private: presenza di un Direttore Sanitario avente determinati requisiti, di un Responsabile per raggruppamento funzionale con requisiti, di un numero di Medici da rapportarsi ai posti letto ed alla quantità-qualità delle prestazioni, di un servizio di analisi, di radiodiagnostica, di anestesia con rispettivo Responsabile.

Dlgs. 502/1992 e 517/1993

Il dlgs 502/1992 e 517/1993 abbandona lo strumento della "Convenzione" basato su schemi o accordi di carattere collettivo sostituendolo con "appositi rapporti" fondati sulla corresponsione di una tariffa predeterminata a fronte della prestazione resa.

Tali rapporti sono intrattenuti dall'Usl con tutti i presidi privati disponibili ad operare alle condizioni tariffarie stabilite dalle Regioni, sulla base di criteri generali fissati a livello nazionale, ampliando così la possibilità per il cittadino di scegliere il luogo di cura e creando condizioni di maggiore competitività all'interno del sistema sanitario in termini di qualità

delle prestazioni erogate.

L'art. 8, c.4 del dlgs 502 prevedeva già l'emanazione di criteri generali attraverso un apposito atto di indirizzo e coordinamento, mentre l'art 8, c.7 introduce il concetto di "accreditamento" delle istituzioni che erogano prestazioni sanitarie. Le Regioni e le Asl debbono adottare provvedimenti necessari per l'instaurazione dei nuovi rapporti con i soggetti erogatori fondati appunto sul concetto dell'accreditamento delle istituzioni, sulla modalità di pagamento a prestazione e sull'adozione del sistema della verifica e revisione delle attività svolte e delle prestazioni erogate.

Legge 549 28/12/1995

Art. 2 c.7: *"il termine fissato dall'art. 8 c 7 ultimo periodo del dlgs 502 per la cessazione dei rapporti convenzionali..... e l'instaurazione dei nuovi rapporti fondati sul criterio dell'accreditamento, sulla modalità di pagamento a prestazione e sull'adozione del sistema di verifica e revisione della qualitàè prorogato..."*.

Legge 662/1996

In base alle disposizioni contenute in tale legge (articolo 19) viene stabilito il principio in base al quale le istituzioni sanitarie private, ai fini dell'accreditamento di cui all'art. 8 c.7 dlgs 502 debbono documentare la capacità di garantire l'erogazione delle proprie prestazioni nel rispetto tra l'altro delle incompatibilità previste dalla normativa vigente in materia di rapporto di lavoro del personale del Ssn e con piante organiche a regime. L'accertata insussistenza della capacità di garantire le proprie prestazioni comporta la revoca dell'accreditamento e la risoluzione dei rapporti costituiti.

Dpr 14/1/1997

Definisce i "requisiti strutturali, tecnologici ed organizzativi minimi per l'esercizio delle attività sanitarie da parte delle strutture pubbliche

e private" e la periodicità dei controlli (almeno quinquennali) sulla permanenza dei requisiti stessi.

Tale atto di indirizzo comprende precisi criteri e principi tendenti:

- a garantire il perseguimento degli obiettivi definiti da Piano Sanitario Nazionale;
- a prevedere l'obbligo di controllo della qualità delle prestazioni erogate;
- a prevedere l'articolazione delle strutture in relazione alla tipologia delle prestazioni erogabili.

E a tal fine le Regioni classificano le strutture in:

- strutture che erogano prestazioni di tipo ospedaliero
- strutture che erogano prestazioni in regime ambulatoriale
- strutture che erogano prestazioni in regime residenziale

Dlgs 229/1999

Articolo 8-quater: "Accreditamento"

la regione rilascia alle strutture autorizzate (art 8-ter) che ne facciano richiesta l'accREDITAMENTO istituzionale subordinatamente alla loro rispondenza ai requisiti richiesti "ulteriori" di qualificazione, alla loro funzionalità rispetto agli indirizzi di programmazione regionale e alla verifica positiva dell'attività svolta e dei risultati raggiunti.

Con atto di indirizzo, sentiti l'Agenzia per i servizi sanitari ed il Csn, saranno definiti i criteri generali uniformi per la definizione dei requisiti "ulteriori" di qualificazione per l'esercizio delle attività sanitarie per conto del Ssn, nonché la verifica periodica di tale attività, la valutazione della rispondenza delle strutture a l fabbisogno e funzionalità della programmazione regionale, le procedure e i termini per l'accREDITAMENTO delle strutture che ne facciano richiesta, ivi compresa la possibilità di un riesame dell'istanza in caso negativo

Articolo 8 quinquies:

"Accordi Contrattuali"

le prestazioni erogate dai soggetti accreditati debbono svolgersi nel rispetto di specifici accordi contrattuali. a tal fine le regioni definiscono l'ambito di applicazione degli accordi e individuano i soggetti interessati con specifico riferimento a:

- individuazione delle responsabilità riservate alla Regione e di quelle attribuite alle Asl nella definizione degli accordi contrattuali e nella verifica del loro rispetto

- indirizzi per la formulazione dei programmi di attività delle strutture interessate con l'indicazione delle attività da potenziare e da depotenziare secondo le linee della programmazione regionale e nel rispetto delle priorità indicate dal Psn

- determinazione delle attività relative alle alte specialità e alla rete dei servizi di emergenza

- criteri per la remunerazione delle strutture ove queste abbiano volumi di prestazioni eccedenti il programma preventivo concordato, tenuto conto del volume complessivo di attività e del concorso allo stesso da parte di ciascuna.

Gli accordi definiti con le strutture pubbliche ed equiparate e la stipulazione di contratti con quelle private debbono indicare:

1. obiettivi di salute
2. volume massimo di prestazioni che le strutture delle medesima Asl si impegnano ad assicurare
3. requisiti del servizio da rendere (accessibilità, tempi di attesa, continuità assistenziale)
4. il corrispettivo preventivato a fronte delle attività concordate
5. il debito informativo delle strutture erogatrici per il monitoraggio degli accordi pattuiti e le procedure per il controllo della appropriatezza e qualità delle prestazioni rese.

4. I MEDICI DELL'OSPEDALITÀ PRIVATA

A. Qualificazione Giuridica

L'espressione "Medici dell'Ospedalità Privata" si riferisce agli effetti della disciplina contrattuale del rapporto di impiego ai sanitari dipendenti di:

- Case di cura private
- Irccs di diritto privato
- Strutture riconosciute Presidi di Usl (art 43* L. 833/1978)
- Centri di riabilitazione associati ad Aiop, Aris, Fondazione Don Gnocchi-ProJuventute.

**istituti o enti che non abbiano ottenuto la classificazione ai sensi della 132/1968, ma che abbiano un ordinamento dei servizi riguardo ad organici, servizi e strutture corrispondente a quello degli ospedali gestiti direttamente dalle Usl, possono ottenere dalla regione di essere considerati presidi di Usl*

Nei confronti dei medici che prestano la loro opera professionale nel settore privato "convenzionato" con il SSN (oggi "accreditato"), la più recente giurisprudenza della Suprema Corte ha ritenuto che essi svolgano una "pubblica funzione" a favore degli assistiti aventi diritto alle prestazioni a carico del servizio stesso, in quanto concorrono alla formazione di una volontà dello Stato nella tutela della salute del cittadino.

Ne consegue che nell'esercizio di tali funzioni essi sono da qualificare come "pubblici ufficiali" con riguardo non già alla natura del rapporto di lavoro bensì alla funzione esercitata (Cassazione Sez. VI pen. 3 marzo 1990 n. 3055).

E' infatti determinante la circostanza che le case di cura, per effetto della convenzione configurabile come concessione di pubblico servizio, sono assoggettate alle regole dello stesso e sono tenute a garantire le prestazioni sanitarie in condizioni di uniformità rispetto alle strutture pubbliche, alle quali pertanto sono assimilabili per quanto riguarda la natura della funzione svolta.

B. I Contratti di Lavoro

Le tipologie di contratto attualmente adottate, ammesse dal Dpcm 27 giugno 1986 (v. rif. Leg.), sono due come di seguito indicato. Il Ccnl è

aspramente criticato dai medici sia per quanto riguarda l'impostazione generale che per gli aspetti peculiari; l'Acnl, al di là dei singoli aspetti, appare largamente inapplicato.

Si riportano di seguito le linee fondamentali relative ad entrambi i Contratti.

1. Contratto dei Medici Dipendenti (Ccnl) firmato nel 1999, valore quadriennale 1998/2001 e sottoscritto da un'unica associazione sindacale (Cimop) ammessa per rappresentatività dalle associazioni rappresentative delle istituzioni sanitarie aderenti ad Aiop, Aris e Fondazione Don Gnocchi. Tale contratto riguarda i medici delle case di cura private, degli Irccs di diritto privato, delle strutture riconosciute "presidi" di Usl ai sensi dell'art. 43 c.2, L. 833/1978 e dei centri di riabilitazione.

Da questo Ccnl sono esclusi i Medici che operano in regime di dipendenza presso gli Ospedali classificati gestiti da enti ecclesiastici riconosciuti ai sensi dell'art. 1 c.5 L. 132/68 per i quali è stato stipulato un apposito contratto 1998/2001 (firmato il 5/2/2001) tra Aris e Anmril quale unica associazione rappresentativa dei medici del settore.

Principali istituti contrattuali

- Tempo pieno e definito (rispettivamente per 38 ore e 30 ore/sett.),
- differenziazione tra lavoro supplementare (fino a 40 ore per il TP e 35 ore per il TD) e lavoro straordinario oltre tale orario,
- qualifiche distinte in assistente, aiuto, responsabile di raggruppamento e/o di servizio e direttore sanitario,
- quattro articoli riguardanti i "doveri del personale medico" con una "elencazione non esaustiva dei casi che potranno dar luogo all'adozione del provvedimento di licenziamento per mancanze",
- trattamento economico tabellare scadente,
- possibilità di effettuare libera professione intramoenia,
- possibilità di esercitare libera professione al di fuori della struttura sanitaria, "purchè non in altre strutture di ricovero, previa valutazione della insussistenza di situazioni di

incompatibilità"

- cessazione del rapporto di lavoro per licenziamento o dimissioni (con preavviso di tre mesi con "facoltà della parte che riceve la disdetta di troncare il rapporto di lavoro sia all'inizio che nel corso del preavviso senza obbligo di indennizzo"), morte, collocamento a riposo per raggiunti limiti di età seconda la normativa vigente.
- nessun accenno a formazione ed aggiornamento.

2. Contratto del Medici a rapporto di collaborazione coordinata e continuativo, o regime libero-professionale (Acnl) firmato nel 1997 dalla sola Anaaò con le associazioni rappresentative delle istituzioni sanitarie aderenti ad Aiop, Aris e Fondazione Don Gnocchi (il precedente risale al 1988 e fu firmato solo da Cimop).

La legittimità del contratto libero-professionale è avallata dagli artt. 2229 e segg., c.c., relativi all'esercizio e prestazioni d'opera delle professioni intellettuali.

Principali istituti contrattuali

- "il Medico deve curare le esigenze scientifiche e deontologiche della professione sanitaria coordinandole con le esigenze assistenziali dei pazienti, ricoverati e non, con quelle derivanti dal fine istituzionale e dalle necessità organizzative delle Istituzioni",
- ogni Istituzione ha facoltà di indicare gli obiettivi che intende raggiungere mediante la collaborazione del Medico a rapporto libero-professionale,
- il Medico ha ampia facoltà di incrementare la propria attività libero-professionale
- le "funzioni" sono: Direttore Sanitario, Responsabile, Medico Aiuto, Medico Assistente
- il recesso deve essere comunicato dal recedente almeno due mesi prima,
- in caso di assenza o impedimento il Medico può farsi sostituire da altro medico da lui designato e provvederà a corrispondere il compenso previsto

- una commissione paritetica regionale (Associazioni datoriali e Anaaò) provvede a dirimere le controversie derivanti dalla applicazione del presente Accordo
- per l'esame e la soluzione di seconda istanza è costituita una commissione paritetica Aiop/Aris e Anaaò
- retribuzione corrispondente ad una misura percentuale non inferiore all'8 % sul fatturato a Drg generato dai posti letto complessivamente accreditati e ripartiti nel modo indicato
- la retribuzione avviene non oltre 15 gg. dall'incasso delle somme fatturate e comunque in acconto periodico non inferiore al 60% entro e non oltre 40 gg. dalla effettuazione delle prestazioni. Il restante importo viene corrisposto solo all'atto dell'avvenuta liquidazione da parte della struttura pubblica
- in favore dei Medici compresi nella sfera di applicazione del presente accordo viene istituito un fondo pensionistico integrativo (in aggiunta all'Enpam) presso la Caimop alimentato con un versamento aggiuntivo (effettuato dalle singole strutture) pari al 6% di quanto corrisposti nell'anno,
- il presente Accordo, ai fini della applicabilità, deve essere esplicitamente proposto e sottoscritto dalla struttura ed accettato dal medico

C. La Sindacalizzazione

Le Associazioni operanti in questo settore sono le seguenti:

- Cimop la più rappresentativa con circa un migliaio di iscritti
 - Anaaò con circa 200 iscritti
 - Altre associazioni con poche decine di iscritti.
- Assai basso appare, dunque, il livello di sindacalizzazione che si aggira intorno al 10% da porsi in relazione alla tipologia dell'offerta sindacale: Anaaò ha deciso solo di recente di rappresentare gli interessi dei colleghi del settore, mentre Cimop appare una associazione troppo in sintonia (e quindi solo formalmente rappresentativa) con la controparte datoriale la cui maggioranza si riconosce in Aiop, Aris e Fondazione Don Gnoc-

chi. Queste ultime adottano nei confronti delle Associazioni Mediche una strategia che può essere collocata tra l'intolleranza ed il misconoscimento, con un atteggiamento spesso ostentatamente volto a scoraggiare le iscrizioni.

5. L'IMPEGNO ANAAO NEL SETTORE

A. I limiti dell'azione pregressa

-1997: firma dell'Acnl (contratto del regime lib.prof.) con Aiop, Aris, Don Gnocchi.

Il Contratto è praticamente sconosciuto ai Medici ed è rimasto inapplicato: ad esempio è rimasta lettera morta la nomina di una Commissione Nazionale e Regionale per l'applicazione del Contratto stesso, la nomina di un componente Anaaò nel Consiglio di Amministrazione Caimop (cassa pensioni dei medici dell'ospedale privata), ecc.

-1998/1999: richiesta ad Aiop di convocazione per il Ccnl (Medici dipendenti), negata dalla stessa Aiop per insufficiente rappresentatività

-settembre 2000: 1° contatto "ufficioso" tra un Componente della Segreteria Nazionale ed il Direttore Generale Aiop per preparare l'incontro delle delegazioni ufficiali

-marzo 2001: 1° incontro ufficiale tra le 2 delegazioni, concluso con un accordo alla apertura delle trattative.

-aprile/novembre 2001: pressioni su Aiop per apertura trattative cui viene risposto in novembre con una accertata (o in corso di accertamento) scarsa rappresentatività Anaaò e quindi difficoltà a tale apertura

-primavera-autunno 2001: inizio di collaborazione con Dirigenza Medica con argomenti dedicati e pagina dedicata nel sito Web Anaaò.

-giugno 2000: azione sindacale a Forlì contro il licenziamento di 7 medici dipendenti

-novembre 2001: 1° incontro con i Medici del settore a Cagliari.

B. Le linee programmatiche

La riaffermazione della rappresentatività Anaaò, nel settore, è strettamente correlata con l'apertura delle trattative contrattuali, forzando le pretestuose resistenze opposte dalla controparte Aiop, Aris e Fondazione Don Gnocchi.

I punti programmatici irrinunciabili, di seguito riportati, dimostrano ancora una volta la serietà degli argomenti posti all'attenzione:

- la modifica delle attuali qualifiche professionali,
- una diversa organizzazione del lavoro,
- il superamento della attuale impostazione contrattuale fondata esclusivamente sui doveri del medico,
- la riaffermazione del ruolo centrale del medico nell'effettuazione di qualsiasi prestazione diagnostico-terapeutica,
- formazione ed aggiornamento quali momenti essenziali ai fini del mantenimento di una corretta concorrenza sanitaria,
- il perseguimento della qualità nelle strutture, nei comportamenti e nelle procedure in ogni attività sanitaria,
- il miglioramento della condizione retributiva.

C. La revisione dello Statuto

In relazione alle linee programmatiche enunciate appare necessario procedere ad alcune modifiche statutarie che di seguito vengono proposte.

- **Livello Ospedaliero:** elezione di un Segretario di Ospedale o, in alternativa, di una rete di Ospedali.
- **Livello Regionale:** presenza di un Referente del settore a livello di Segreteria Regionale, eletto dagli iscritti o, in alternativa, nominato dal Segretario Regionale e partecipante alle attività della Segreteria stessa.
- **Livello Nazionale:** presenza di un Coordinatore/Referente eletto o, in alternativa, nominato dal Segretario Nazionale e partecipante alle attività della Segreteria Nazionale.

6. SINTESI CONCLUSIVA

A. Legislazione

Il percorso legislativo riguardante l'ospedale privata, dalla autorizzazione (1934) alla vigilanza sui principi dell'organizzazione e sull'andamento igienico-sanitario (1968) ai requisiti strutturali, tecnici e di personale (1975/76), ai requisiti minimi (1986) alla convenzione (1978) fino all'attuale accreditamento (1992/1993/1999) ed il passaggio da un ruolo puramente integrativo o complementare della ospedalità pubblica a quello di competizione, identifica la volontà dei diversi legislatori, avvicinandosi nel tempo, di "uniformare" i due settori ospedalieri, pubblico e privato.

Un elemento critico appare la perdurante difficoltà di procedere ad una chiara definizione delle regole di accreditamento. In particolare la rivendicazione da parte delle regioni di individuare "gli ulteriori requisiti", pone più di un dubbio sulla reale volontà di rendere uniformi, su tutto il territorio nazionale, tali regole.

B. Strutture ed Attività

L'aumento del numero di strutture ospedaliere private accreditate, la contemporanea diminuzione delle strutture pubbliche, l'incremento delle attività di ricovero verificatesi nell'ambito delle prime, resosi più evidente soprattutto nell'ultimo quinquennio, dimostra l'irreversibilità dello spazio acquisito dal settore, mentre la presenza diversificata nell'ambito delle diverse tipologie di ricovero (acuti, riabilitazione, lungodegenza), le alte specializzazioni, la perdurante carenza di servizi dedicati all'emergenza, evidenzia il tentativo di ritagliare (o ritagliarsi) un ruolo che, se non ancora completamente definito, sembra volersi differenziare per efficienza ed efficacia.

C. Personale Medico

- Il numero di Medici impegnati nel settore è di oltre 11.000: circa 3500 impegnati come dipendenti e circa 7500 come collaboratori

coordinati e continuativi (regime libero professionale);

- vi è una sostanziale variabilità degli organici nelle diverse discipline specialistiche, anche se il rapporto n. medici/n. ricoveri totali è praticamente sovrapponibile a quello riscontrato nel pubblico, con evidenti carenze soprattutto in ambito di emergenza-urgenza;
- i Contratti di lavoro presentano notevoli carenze ed anomalie e sono spesso inapplicati,
- vi è una più che aperta tendenza alla "contrattazione individuale" quale unica forma di relazione con il Medico, saltando o ignorando i Contratti Nazionali;
- i Medici sono complessivamente ignari della esistenza di tali Contratti;
- le "qualifiche" sono coerenti con la perdurante, accentuata organizzazione piramidale che affida una sostanziale centralità alla figura del responsabile di reparto ed un ruolo marginale alle altre figure mediche;
- la formazione e l'aggiornamento, una diversa organizzazione del lavoro, la retribuzione (elevata per pochissime figure, estremamente bassa per la maggioranza) appaiono istituti diffusamente sottratti ai principi di una libera contrattazione con i Medici.

D. Anaa Assomed

- L'interesse Anaa per l'ospedale privata accreditata è tuttora noto solo ad una minoranza degli 11.000 Medici del settore;
- quando informati, i medici dimostrano grandissimo interesse nei confronti della nostra Associazione, di cui è apprezzata la serietà e la capacità propositiva di rappresentare gli interessi professionali;
- vi è però un diffuso timore ad esplicitare l'iscrizione per l'atteggiamento non propriamente favorevole delle Amministrazioni (le iscrizioni avvengono preferibilmente con rimessa diretta alla nostra Segreteria);
- inoltre il non aver dato seguito al Contratto Acln/1997 (regime libero professionale per oltre 7.500 medici), sia con adeguata propa-

ganda, sia con la relativa applicazione decentrata ha danneggiato notevolmente l'immagine Anaa che deve oggi dimostrare di aver deciso in modo definitivo il recupero dell'interesse per il settore privato, superando la definizione di sindacato dei medici pubblici;

- ❑ l'apertura delle trattative contrattuali sarebbe una testimonianza certa del nuovo e recuperato interesse, darebbe notevole visibilità alla Associazione e motivo di incoraggiamento a nuove iscrizioni (che peraltro lentamente progrediscono);
- ❑ non si è in grado, tuttavia, di portare al momento "condizionamenti decisivi" nei confronti di Aiop, Aris e Fondazione Don Gnocchi ai fini di una apertura immediata delle trattative. Il numero degli iscritti non è ancora tale da permettere incisivi stati di agitazione;
- ❑ un ricorso alla magistratura potrebbe rendere molto visibile l'Associazione, a condizione di coniugarlo con l'iniziativa e lo sviluppo di una vera e propria azione sindacale;
- ❑ incontri, riunioni, media e, se possibile, un convegno di livello nazionale appare una appropriata strategia per conseguire un ulteriore incremento di consenso, di rappresentatività e quindi una maggior forza sindacale.

E' tuttavia da sottolineare che una maggior forza sindacale non può prescindere da:

- regole certe di accreditamento pubblico/privato
- adozione del sistema della verifica e revisione delle attività svolte, delle prestazioni erogate e della loro appropriatezza,
- analoghi rimborsi tariffari per analoghe prestazioni
- analogo stato giuridico dei medici
- analoghi requisiti di assunzione,
- progressivo, ma reale avvicinamento delle normative contrattuali.

MEDICI DIPENDENTI DEL MINISTERO DELLA SALUTE

A cura del gruppo di lavoro

CONCETTA MIRISOLA (COORDINATORE),
MARIANO ALESSI, GUIDO DITTA, GIUSEPPE PLUTINO

FEBBRAIO 2002

DIRIGENZA SANITARIA NEL MINISTERO DELLA SALUTE: QUALE FUTURO?

La dirigenza sanitaria nel Ministero della Salute è nata in applicazione dell'art.18, comma 8 del Dlgs 502/92 e successive modificazioni, con l'emanazione del Dpcm 13.12.1995 che ha equiparato ai due livelli della dirigenza sanitaria tutto il personale del Ministero appartenente ai profili professionali di medico, veterinario, chimico, farmacista, biologo e psicologo.

In particolare è stato collocato nel II livello dirigenziale il personale già inquadrato nella dirigenza del Ministero, e nel I livello tutto il restante personale sanitario (ex 7°, 8° e 9°) dei profili professionali suindicati.

Il Ccnl integrativo della dirigenza del comparto Ministeri, siglato il 30.9.1997 e scaduto nel dicembre 1997, ha recepito quanto previsto dai provvedimenti sopracitati, armonizzando le norme del Ccnl del 9.1.1997 con quelle del Ssn.

Il D.M. 29 ottobre 1997 ha individuato il personale appartenente ai ruoli del Ministero della Salute alla data del 1° ottobre 1997 al quale compete il trattamento giuridico ed economico previsto dal CC integrativo del Ccnl 9 gennaio 1997, sottoscritto in data 30 settembre 1997.

Con Dpcm 16 giugno 1998 è stata rideterminata la pianta organica di cui al Dpcm 16 marzo 1996, effettuata a seguito del mutato stato giuridico ed economico del personale del ruolo sanitario.

L'amministrazione di fatto non ha dato piena applicazione al contratto soprattutto per quel che attiene la stipula del contratto individuale e l'incarico di funzione ai dirigenti di I livello.

L'intervento del Ruolo Unico delle Amministrazioni dello Stato (DPR 26 febbraio 1999, n.150, emanato ai sensi dell'art.23, comma 3, del Dlgs 3 febbraio 1993, n.29) ha reso ulteriormente singolare lo scenario in cui opera la dirigenza sanitaria del Ministero della Salute.

Infatti, l'Amministrazione ha trasmesso alla Presidenza del Consiglio solo i nominativi dei dirigenti sanitari di II livello, creando, di fatto, una illegittima "spaccatura" del personale dirigenziale sanitario che sottende alla scomparsa della dirigenza sanitaria stessa, in assenza di idonea e apposita norma, e nonostante le garanzie di cui alla legge 59/97.

A riprova della dicotomia creatasi, con Dm 17 maggio 2001 sono stati individuati gli uffici dirigenziali non generali del Ministero della Salute attribuibili ad appartenenti al ruolo unico dei dirigenti delle amministrazioni dello Stato (compresi quindi gli ex dirigenti sanitari di II livello). Sono stati esclusi dal provvedimento i dirigenti di primo livello in quanto non inquadrati nel suddetto ruolo unico.

Con separato decreto ministeriale del 17 maggio 2001 l'Amministrazione ha conferito ai dirigenti sanitari di I livello incarichi di mera attività di collaborazione professionale (il cui significato è poco comprensibile!!!).

Tali provvedimenti appaiono ancor più anacronistici in considerazione del Dlgs 19 giugno 1999, n. 229, che, all'art. 15, ha previsto la collocazione della dirigenza sanitaria in un unico livello.

Sul versante contrattuale il personale sanitario di I e II livello (inserito nell'area I di contrattazione dirigenziale) è in attesa dell'applicazione del contratto (scaduto nel dicembre 2001) in quanto sono ancora in corso, presso l'Aran, le trattative dell'apposita sezione di riferimento.

A causa dei provvedimenti legislativi sopravvenuti nel corso di questi ultimi anni, la configurazione della dirigenza sanitaria del Ministero della Salute, dopo la stipula del Ccnl del 1997, ha subito notevoli modificazioni che da un lato hanno provocato la spaccatura della categoria e dall'altro costituiscono un problema per la con-

clusione del contratto (l'atteggiamento ostile dell'Amministrazione ha dato un notevole contributo in tal senso).

A tale proposito l'Aran con la nota del 30 agosto 2001, sottolineando l'esistenza, nei fatti, di una spaccatura della dirigenza sanitaria, ha proposto per i dirigenti sanitari l'applicazione di due diverse tipologie contrattuali:

1. per gli ex II livelli dovrebbe essere applicato il contratto dell'Area 1 del comparto Ministeri, in quanto già Dirigenti dello Stato;
2. per gli ex I livelli l'unico contratto applicabile è quello del Ssn, con opportune norme di raccordo che definiscano in maniera inequivocabile, anche per il futuro, la totale (mobilità, progressione di carriera, esclusività di rapporto ecc.) applicabilità del suddetto contratto ai dirigenti sanitari del Ministero della Salute.

A fronte della già complessa situazione, un nuovo capitolo sta per essere scritto sulla dirigenza statale. E' in avanzata fase di stesura, infatti, presso la Camera dei Deputati, un nuovo disegno di legge sul riordino della dirigenza statale, che ha lo scopo di rivedere i meccanismi relativi al conferimento degli incarichi dirigenziali (scomparsa del Rud e istituzione, in ogni singola amministrazione, del ruolo dei dirigenti articolati in due fasce I e II, distinto in modo da garantire la necessaria specificità tecnica) e di favorire gli scambi di esperienze (dirigenti) e l'interazione tra pubblico e privato.

L'applicazione dell'emananda legge, porterebbe all'inclusione del personale sanitario del Ministero della Salute nella seconda fascia dirigenziale (sia ex Rud corrispondente agli ex II livello, sia dirigenti ex I livello), riportando unitarietà nella categoria e facilitando la contrattazione.

SOPRAVVIVERÀ LA “ DIRIGENZA SANITARIA” NEL MINISTERO DELLA SALUTE?

Noi ci crediamo, ma tanti problemi (accesso alla dirigenza, progressione di carriera, incarichi, mobilità, formazione...), ormai da tempo, aspettano soluzioni!!

MEDICI IN PENSIONE

A cura del gruppo di lavoro

PAOLO QUONDAM (COORDINATORE),
ALFONSO BIZZARRI, LAMBERTO MAFFEI,
RENATO MONTANARO, CLAUDIO TESTUZZA

FEBBRAIO 2002

Negli ultimi anni l'Associazione si è impegnata in maniera consistente sul versante previdenziale, sia verso l'aspetto legislativo che verso quello contrattuale ed economico.

Questo impegno ha prodotto risultati importanti, inimmaginabili solo pochi anni fa: i colleghi che vanno in pensione in questi mesi accertano come gli incrementi sugli importi del trattamento pensionistico e della liquidazione, comprendendo ora tutte le voci possibili, siano davvero significativi.

Questo risultato è sicuramente positivo per il presente, ma restano aperte grosse preoccupazioni per il futuro e frustranti recriminazioni per il passato. Chi, infatti, dei nostri colleghi è andato in pensione negli anni ottanta, subisce un trattamento economico non esaltante, se non umiliante. Chi invece vi andrà in futuro non ha nessuna certezza di mantenere il tenore di vita che aveva nel periodo lavorativo.

Negli anni passati non c'è stato, nei medici, un forte interesse ai problemi previdenziali. Oggi ascoltiamo le legittime lamentele dei colleghi che, non informati della possibilità di riscatto per pensione e liquidazione del periodo di studio, si vedono riconosciuto un trattamento economico vistosamente inferiore a quello che sarebbe spettato in caso di riscatto. Oltre tutto è da notare come il riscatto richiesto per tempo avrebbe comportato oneri economici enormemente inferiori a quelli, insostenibili, oggi richiesti.

E quanti colleghi hanno lasciato decorrere i termini per il riconoscimento di una malattia dipendente dal servizio?

La capacità e l'attualità di un Sindacato, che dell'informazione ha sempre fatto la sua arma migliore, si misura anche dalla capacità di recepire le nuove istanze che provengono dalla categoria che rappresenta. Non basta però che di questi argomenti si sia a conoscenza, occorre una partecipazione attiva degli interessati, una sollevazione continua che possa esprimere, anche con i numeri degli Associati, le istanze che emergono.

L'Anaa-Assomed ha già predisposto, e ora deve perseguire, una vera e propria **campagna di**

iscrizione per tutti i medici, già appartenenti all'Associazione o anche mai iscritti, che siano già o che stiano andando in pensione. La loro rappresentatività sarà estesa a tutte le tematiche di interesse per la categoria (e l'esperienza raccolta in tanti anni di lavoro sarà certo utile) ma potrà, anche, focalizzare gli aspetti più significativi di chi vive l'esperienza di medico in pensione.

Gli argomenti da trattare all'interno, e poi da proporre all'esterno, con quella forza che è necessaria per ottenere risultati, sono tanti, e tanti altri saranno suggeriti da chi ne vive l'esperienza.

Perequazione delle pensioni, loro agganciamento alla dinamica delle retribuzioni, abolizione del divieto di cumulo e della vergognosa limitazione delle pensioni di reversibilità, sono solo alcune delle situazioni che vanno risolte nell'immediato.

Non mancano, poi, problemi più ampi e più conflittuali, come ad esempio il trattamento fiscale della pensione.

L'Anaa-Assomed deve affrontare tutto ciò, e vuole dare ai suoi iscritti, pensionati o ancora in servizio, voce pubblica a tutte le istanze che la categoria rappresenta o rappresenterà.

Le azioni finalizzate a questi obiettivi potrebbero svolgersi nel seguente modo:

PROMOZIONE

- Articoli su Dirigenza Medica ed Iniziativa Ospedaliera (Validità culturale dei Medici Anaa-Assomed in pensione, L'Anaa-Assomed per i Medici pensionati);
- nelle pagine del giornale sarà stampato un tagliando staccabile e da spedire (senza affrancatura) per la iscrizione annuale che si realizzerà con l'invio agli interessati di una delega per l'Inpdap a trattenere direttamente sulla pensione la quota di 4,00 € mensili per 13 mensilità (pari a £ 100.686);
- agli iscritti "pensionati" saranno offerti tutti i servizi Anaa-Assomed: stampa, copertura assicurativa, consulenza, partecipazione seminari, ecc;
- su Dirigenza Medica sarà iniziata una rubrica "Pensioni, ieri, oggi, domani", su argomenti

specifici e risposte a quesiti di carattere generale;

- dell'iniziativa verrà data notizia su Il bisturi e Il sole 24 ore sanità.

ATTIVITA'

- Istituzione di un "ufficio previdenza" presso le sedi di Roma, Milano e Napoli con referenti
- Collaborazione con un funzionario Inpdap (ex CPS) e un funzionario Enpam per informazioni
- Pratiche degli iscritti, informazione su tematiche previdenziali.

Tematiche di interesse previdenziale

- Agganciamento delle pensioni alla dinamica stipendiale (rinnovo contratti)
- perequazione al 100% degli importi della pensione
- costituzione di fondi pensione integrativi: "chiusi" di categoria, o "aperti" finanziari.
- Anticipazione sul trattamento di fine servizio (liquidazione)
- eliminazione del divieto di cumulo delle pensioni di anzianità con i redditi da lavoro
- eliminazione delle restrizioni di cumulo delle pensioni di reversibilità con il reddito del superstite
- possibilità di contribuzione volontaria anche se iscritti contemporaneamente all'Enpam
- allungamento dei tempi di richiesta per le malattie da causa di servizio ed estensione ai pensionati o superstiti
- riduzione degli interessi sulla rateazione dei riscatti e ricongiunzioni
- riduzione dei tempi per l'attribuzione della pensione "definitiva"
- estensione della "totalizzazione" anche al calcolo delle pensioni di anzianità.
- riproposizione dal 1.1.2002 della possibilità di opzione del sistema "contributivo"
- trasformazione dell'attuale imposizione fiscale Irpef sulle pensioni con una trattenuta equivalente all'imposta sui capitali, fissa al 12,5%.

Problematiche Enpam

- Riapertura dei termini per la richiesta del contributo ridotto al fondo generale (quota A)
- possibilità di crediti e sovvenzioni per l'impianto dello studio professionale.
- possibilità di mutui e facilitazioni bancarie per l'abitazione e lo studio
- istituzione dell'indennità di cessazione dell'attività
- contribuzione aggiuntiva e volontaria (fino al 18% del reddito) a favore della quota B fondo generale e relativo ai redditi da libera professione
- partecipazione come Anaaò alle riunioni dell'Adepp (Assistenza Enti Previdenza Privati)
- collegamento con il settore previdenza Cida, con l'Anla e istituzione di un "ufficio previdenza" Fnomceo
- collegamento con il settore previdenza Cida, con l'Anla e istituzione di un "ufficio previdenza" Fnomceo.