



LA DROGA NASCOSTA

Valeria Addante

L'abuso in Italia di tante sostanze legali e illegali non è ormai un problema solo dei giovani, ma anche, e forse soprattutto, degli adulti. Infatti basta guardarsi attorno.

Di questo fatto sono a conoscenza gli imprenditori, i loro dirigenti, i capi del personale, ecc., che, sempre più spesso, devono risolvere questioni molto delicate sui posti di lavoro. Naturalmente lo sanno pure i sindacati, così come, più genericamente, i lavoratori: oggi non c'è più solo l'alcool, con il suo uso e abuso.

Anche chi lavora nella comunicazione in generale, nei trasporti, nel mondo della finanza, nella moda, nel complesso e variegato mondo dello spettacolo, nella politica, ecc., è al corrente della grave situazione perché osserva non solo il "mondo esterno", ma anche i colleghi e, magari, se stesso.

Ne sono sicuramente a conoscenza i farmacisti, visto che tra i farmaci più venduti ci sono anche quelli che provocano una pericolosa e devastante dipendenza. Lo sanno bene pure i medici, e gli psicologi, perché affrontano giorno e notte i problemi di tanti pazienti e, talvolta, di alcuni Colleghi.

Lo sanno infine tutti quelli che operano nelle attività sportive: è cronaca praticamente di tutti i giorni, che riguarda sia chi fa sport professionistico, sia i dilettanti, sia chi pratica sport solo a livello amatoriale. Lo sanno naturalmente gli educatori, che nel mondo dell'educazione devono ogni giorno portare avanti infinite iniziative e combattere tante battaglie.

Ma ciò che in effetti mi sorprende molto e mi fa riflettere altrettanto è, tuttavia, la sensazione di una consapevolezza strana: ciascuno cerca di fare qualcosa, vagamente, ma poi, alla fine, quando se ne è parlato e discusso fortemente, tutto finisce sempre allo stesso modo.

L'uso, le sanzioni, i danni, le conseguenze sul fisico e sulla mente delle persone: nel dibattito di questi anni, anzi di sempre, si è detto di tutto. Si è parlato anche di cose ormai vecchie, di questioni nodali trent'anni fa, quando i cinquantenni di oggi avevano appena vent'anni e il mondo era abbastanza diverso e le droghe avevano altri significati.

Ciascuno, però, parlava degli altri e così, i veri drogati, sono rimasti i giovani che, non avendo il potere di farlo, non hanno potuto negare l'evidenza.

Da anni tutti noi siamo abituati a comprare ciò che il marketing ci propone: chi vende droghe conosce le tecni-

che del marketing e le usa quasi professionalmente. Oggi, le droghe in verità rappresentano un "bene di consumo": acquistiamo ciò che rappresentano.

A quattordici anni i giovani comprano lo "sballo", nell'adolescenza l'adrenalina o l'anfetamina, attorno ai trenta si cerca di aumentare la prestazione, più avanti tutti cercano di non perderla.

Per questo il mercato avanza a passi da gigante ed i "promotori" sono, di volta in volta, i colleghi, gli amici, i compagni di scuola. Tutta gente che, durante il tempo libero, lavora in effetti per la criminalità organizzata, forse senza nemmeno pensarci e quindi senza rendersene conto.

Ed allora chiediamoci: ci va bene questa situazione? Apparentemente no. Ma tutte le emergenze e le situazioni drammatiche, se riflettiamo seriamente, riescono ad appassionarci solo fino a quando durano: pochi giorni di frenesia, poi tutto si spegne, poi ne arriva un'altra.

Proviamo a porci alcune domande. Quanto tempo dedicano i genitori ai figli per affrontare l'argomento "droghe legali e illegali"? Quale parte del bilancio delle aziende è riservato alla prevenzione sui luoghi di lavoro? Quanti manifestano la loro posizione con gli amici e con i colleghi quando li vedono abusare di farmaci, di alcool o di droghe? Quanti, invece, preferiscono far finta di simpatizzare nei confronti di un atteggiamento che non condividono, pur di non sembrare retrivi rompiscatole?

Si potrebbe continuare, ma per ognuna delle domande anzidette la risposta, purtroppo, sarebbe sempre la stessa e oscillerebbe tra il "poco" ed il "niente". Eppure a Milano, e nelle altre grandi città italiane, ci sono capitali, teste pensanti, istituti di ricerca, sedi di organi-chiave nel mondo della comunicazione e dell'educazione, come ha scritto recentemente Barbiellini Amidei: è così difficile pensare di mettere energie, risorse e intelligenze in collegamento sinergico con gli esperti del settore per costruire una strategia e un'azione preventiva vincente?

No, non sarebbe difficile: ma bisogna creare occasioni perché tutti i cittadini dedichino tempi e spazi mentali per contrastare un atteggiamento di consumo, pilotato ad arte da un gruppo di mascalzoni, che ci stanno portando via intelligenza, soldi e salute, nonostante che vendano solo illusioni.



DEVOLUTION: PERVERSIONE O RAZIONALIZZAZIONE?

Giancarlo Faletti

È noto ai più che il cosiddetto fenomeno del federalismo (o devolution, che dir si voglia) ha prodotto, pur nell'incertezza della sua definizione ed, anzi, in presenza di notevoli contrasti interpretativi tra le forze politiche che, all'unisono, se ne fanno paladine, una serie di interventi sul testo originario della Costituzione: e ciò a partire dal finire della passata legislatura (con la riforma del Titolo V della Costituzione) per giungere a quella attuale, che ha già impostato una legge di riforma costituzionale, mirante a riformare il testo licenziato dal precedente legislatore.

Per dare contezza dei termini della modifica, e per quanto interessa precipuamente i dirigenti medici, la riforma costituzionale ha interessato il sistema stesso delle attribuzioni legislative di talché:

- il vecchio testo dell'art. 117 Cost. attribuiva alle Regioni il potere legislativo in alcune materie *“nei limiti dei principi fondamentali stabiliti dalle leggi dello Stato, sempreché le norme stesse non siano in contrasto con l'interesse nazionale e con quello di altre Regioni”*. Le leggi della Repubblica potevano, peraltro, demandare *“alla Regione il potere di emanare norme per la loro attuazione”*;
- tra le materie di cui al vecchio testo dell'art. 117 Cost. era ricompresa la *“beneficenza pubblica ed assistenza sanitaria ed ospedaliera”*;
- il testo vigente dell'art. 117 Cost. (introdotto con legge costituzionale 18/10/01 n. 3) attribuisce allo Stato la competenza esclusiva a legiferare in alcune materia di interesse generale (tra cui, ad esempio, *“l'ordinamento civile”*) e, in genere, sovra nazionale; definisce alcune materia *“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”*; attribuisce alle Regioni *“la potestà legislativa in riferimento ad ogni materia non espressamente riservata alla legislazione dello Stato”*;
- tra le materie oggetto di *“legislazione concorrente”*, vi è quella della *“tutela della salute”*.

Peraltro, il Parlamento ha approvato, nell'attuale legislatura, la L. 5/6/03 n. 131 con la quale si dettano norme per l'adeguamento dell'ordinamento della Repubblica al nuovo testo dell'art. 117 Cost., in particolare delegando al Governo la predisposizione, entro due anni dalla data di entrata in vigore di questa legge (e, dunque, dal giugno 2003), di uno o più decreti legislativi *“meramente ricognitivi dei principi fondamentali che si traggono dalle leggi vigenti”* nelle materie oggetto di legislazione concorrente, attenendosi ai principi *“della esclusività, adeguatezza, chiarezza, proporzionalità ed omogeneità”*.

Nell'attesa che il Governo provveda a dare attuazione alla delega conferitagli (e sempre che questo Parlamento non si determini, a sua volta, a porre nuovamente mano al testo dell'art. 117 Cost.), il testo vigente è stato giustamente utilizzato dalla Corte Costituzionale per esaminare alcune questioni di legittimità costi-

zionale sottoposte da parte delle Regioni più sensibili alla tutela delle proprie prerogative legislative, laddove esse avessero ipotizzato una indebita invasione legislativa ad opera del legislatore nazionale.

Questo è il caso della questione affrontata dalla Corte e decisa con la sentenza n. 380/04 in data 1/12/04 e pubblicata il 14/12 successivo attinente alla dichiarata illegittimità costituzionale dell'art. 53 L. 289/02 (finanziaria 2003) in relazione all'art. 117 co. 2, 3 e 4 Cost. nella parte in cui si applica ai concorsi per l'impiego presso le Regioni o gli altri enti regionali.

La norma esaminata, il cui tenore letterale era il seguente: *“Ai medici che conseguono il titolo di specializzazione è riconosciuto, ai fini dei concorsi, l'identico punteggio attribuito per il lavoro dipendente”*, prevedeva la equiparazione, ai fini del punteggio concorsuale per i medici, del titolo di specializzazione e del lavoro dipendente prestato: secondo la Regione Marche (che ha proposto la questione), questa previsione incideva sulla materia concorsuale (limitatamente agli enti o altri soggetti operanti nel proprio ambito territoriale) che non è riservata alla competenza statale esclusiva o concorrente e, dunque, non è consentito a siffatta previsione di incidere su materia riservata alla competenza regionale esclusiva. In altri termini, ove la disciplina del rapporto di impiego presso le pubbliche amministrazioni si incroci con la materia dell'ordinamento e dell'organizzazione amministrativa regionale degli enti locali (e non presenti profili di *“tutela e sicurezza del lavoro”*), il legislatore regionale può regolare la materia direttamente o ripartirla tra le varie possibili fonti di regolamentazione interna.

La Corte Costituzionale, dopo aver definito l'ambito di applicazione della norma (*“disciplina dei concorsi per l'accesso al pubblico impiego”*), esclude che tale disciplina possa essere ricondotta:

- alle *“norme generali sull'istruzione”* (di competenza esclusiva statale), poiché *“la determinazione delle modalità di valutazione dei titoli nei pubblici concorsi attiene infatti ad un momento diverso e temporalmente successivo rispetto a quello del conseguimento del titolo stesso e non riguarda in alcun modo la rilevanza di esso in ordine alla libertà di circolazione dei medici in ambito comunitario ed al reciproco riconoscimento dei relativi diplomi, certificati ed altri titoli (cfr. D.Lgs. 17/8/99 n. 268, di attuazione della direttiva 93/16/CEE)”*;
- alla materia dell' *“ordinamento civile”* (di competenza esclusiva statale), poiché *“la disciplina dei concorsi per l'accesso al pubblico impiego – per i suoi contenuti marcatamente pubblicistici e la sua intima correlazione con l'attuazione dei principi sanciti dagli artt. 51 e 97 Cost. – è sottratta all'incidenza della privatizzazione del lavoro presso le pubbliche amministrazioni, che si riferisce alla disciplina del rapporto già instaurato”*;
- ai principi fondamentali in materia di *“tutela della salute”*,

ambiti nei quali la Costituzione riserva la potestà legislativa, esclusiva o concorrente, allo Stato. A parte l'onnicomprensivo riferimento testuale ai "concorsi", che già di per sé consente di escludere che la norma sia applicabile alle sole procedure per l'accesso a strutture sanitarie od ospedaliere, "la tutela della salute ha una correlazione del tutto generica, e comunque meramente fattuale, con la disciplina delle modalità di accesso al pubblico impiego. In ogni caso, l'obbligo di riconoscere identico punteggio a due categorie di candidati in pubblici concorsi non esprime certo un principio fondamentale a tutela della salute, ma è invece previsione dettagliata che non consente alla Regione di darne, attraverso la sua attività normativa concorrente, ulteriore svolgimento o specificazione".

La Corte precisa, allora, che la "regolamentazione dell'accesso ai pubblici impieghi mediante concorso è riferibile alla competenza esclusiva statale, sancita dall'art. 117 co. 2 lett. g) Cost., solo per quanto riguarda i concorsi indetti dalle amministrazioni statali e dagli enti pubblici nazionali" e non così, invece, per l'accesso agli impieghi presso le Regioni e gli altri enti regionali. Ne deduce che "se una disciplina normativa non può essere ricondotta nell'ambito della legislazione residuale delle Regioni, ai sensi del quarto co. dell'art. 117, sol perché non sia immediatamente riferibile ad una delle materie elencate nei commi secondo e terzo, tuttavia, nella specie, è di immediata percezione proprio l'impossibilità di collocare la disciplina in esame nei cataloghi delle competenze legislative statali esclusive o concorrenti".

Insomma, la competenza regionale, ancorché non espressamente indicata dalla norma, è derivata – per esclusione – non risultando la materia in questione (regolamentazione delle modalità di accesso al lavoro pubblico regionale, ricompresa nella materia innominata dell'organizzazione amministrativa delle Regioni e degli enti pubblici regionali) riconducibile a quella, esclusiva o concorrente, statale: beninteso, nel rispetto dei limiti costituzionali.

Il principio in questione (e la declaratoria di incostituzionalità della norma) hanno portata universale (non solo limitata, cioè, alla Regione Marche).

In questi limiti, è verosimile attendersi una legislazione territoriale non propriamente unitaria in materia concorsuale (per le aziende sanitarie regionali), con comprensibili conseguenze a proposito, ad esempio, dell'applicazione della disciplina della mobilità extra regionale, ovvero della ipotesi di partecipazione a concorsi ove i titoli di carriera e di studio (e l'attività professionale prestata) possano essere valutati con importanza e punteggio diversi.

Nello stesso solco, pare porsi un recente intervento legislativo della Regione Toscana a proposito della cd. reversibilità della scelta del regime di rapporto esclusivo introdotta dal dl. 29/3/04 n. 81, convertito con modificazioni, nella L. 26/5/04 n. 138. Come è noto, infatti, l'art. 2 septies del dl. 81/04 consentiva ai dirigenti medici di optare "su richiesta da presentare entro il 30/11 di ciascun anno, per il rapporto di lavoro non esclusivo, con effetto dal 1 gennaio dell'anno successivo". La norma aveva cura di precisare che chi mantiene la esclusività del rapporto non perde i benefici di cui alla indennità di esclusiva, mentre la non esclusività del rapporto "non preclude la direzione di strutture semplici e complesse".

La L.R. Toscana n. 56 del 22/10/04, modificando una propria disposizione ordinamentale per l'organizzazione del servizio sanitario regionale, ha, invece, previsto (all'art. 1 che introduce l'art. 50 bis LR 22/00) che "gli incarichi di direzione di struttura, sem-

plice o complessa, del servizio sanitario regionale sono conferiti ai dirigenti sanitari... in regime di rapporto di lavoro esclusivo da mantenere per tutta la durata dell'incarico": cosicché, il principio introdotto dalla legge statale è stato derogato, quanto a mantenimento dell'incarico di direzione di struttura, a cura della legislazione regionale che, evidentemente, ha ritenuto, ex art. 117 co. 4 Cost., di utilizzare, in quel senso, il potere legislativo concorrente spettategli in materia di "tutela della salute" ovvero di organizzazione amministrativa delle Regioni e degli enti pubblici regionali. Anche questa situazione è sub iudice, sia in relazione a specifica doglianza proposta da un dirigente medico, direttore di struttura complessa, che, avendo optato per il regime di non esclusiva, si è prontamente visto revocare l'incarico dirigenziale predetto, sia perché la Presidenza del Consiglio ha impugnato la norma davanti alla Corte Costituzionale.

È evidente, però, che le situazioni di conflitto sopra esposte altro non sono che la spia di un malessere più diffuso che trae origine

- tra l'altro – da interventi legislativi di modifica costituzionale adottati a colpi di maggioranza e, dunque, affatto preventivamente condivisi da ampia componente parlamentare (si tratta, pur sempre, di modifiche alla legge fondamentale dello Stato) ovvero, peggio, dalla società civile.

Sembra altrettanto evidente che questo Paese non ha affatto bisogno di invischiarsi in una stagione di conflitti tra Organismi dello Stato, il tutto a scapito della chiarezza delle competenze legislative ed a detrimento del rapporto tra cittadini ed organismi pubblici, a qualunque livello ordinamentale essi si pongano. Non vorremmo, cioè, che – a far le spese di conflitti ordinamentali – siano ancora una volta i singoli cittadini che esigono dal proprio legislatore quantomeno uno sforzo di chiarezza e di civiltà giuridica.

Di qui, per quanto in specifico interessa, quantomeno una triplice esigenza:

- da un lato, che la riforma ordinamentale subisca una decisa e decisiva svolta nel senso della perentorietà delle previsioni nel rispetto di quelle, già affermate, esigenze di "esclusività, adeguatezza, chiarezza, proporzionalità ed omogeneità".

- d'altro lato, che si ponga mano, con prioritaria accelerazione, alla redazione del TU in materia di rapporto di lavoro sanitario, in modo che si possano individuare compiutamente le materie che la legge riserva allo Stato, con disciplina unitaria a livello nazionale;

- d'altro lato ancora, che, nel corso della attuale trattativa sindacale volta alla stipula del nuovo CCNL, scaduto da oltre tre anni, si presti una particolare attenzione alla materia contrattuale della mobilità e delle attribuzioni funzionali al fine di omogeneizzare, quali requisiti necessari alla loro applicazione, quegli standard dell'area e della disciplina (titolo di specialità posseduto) e delle peculiarità di incarico dirigenziale onde evitare di premiare (o penalizzare) singoli interessati per il solo fatto di aver prestato servizio in una o altra Regione.

La personalità ed i "meccanismi" del

Paolo Bonarrio

Nel contesto del mobbing, è importantissimo mettere a fuoco la personalità del mobber, cioè di colui che decide di agire contro un'altra persona per "toglierlo di mezzo".

Le motivazioni che portano il mobber a decidere di agire contro la vittima possono essere molteplici e molto diverse tra loro.

Si può trattare del disegno di costringere un collaboratore a lasciare libero un posto, che improvvisamente "serve" a chi comanda, per assegnarlo ad un familiare che ne ha fatto richiesta, o ad un amico o ad una "amica" a cui non si può dire di no, oppure per allocarvi qualcuno raccomandato da persone che il mobber ritiene possano un giorno (o subito) avere la possibilità di ricambiarlo in maniera adeguata, o fornendogli qualcosa a cui lui tiene particolarmente. Può tuttavia trattarsi anche di una improvvisa antipatia, che il mobber inizia a nutrire nei confronti della vittima, molto spesso perché le ha chiesto di fare qualcosa (per lo più non perfettamente legale o eticamente corretta), vedendosela rifiutare.

Ancora, l'attività mobbizzante può essere una ritorsione per non avere voluto ricambiare delle avances di tipo sessuale fatte dal mobber, o per aver deciso di troncane una relazione che era in corso tra le due persone.

Infine, può trattarsi di una strategia messa in opera da un capo che vede in un Collega, o in un subordinato, un "pericolo professionale", riconoscendo in lui delle doti elevate in ambito lavorativo, oppure una maggiore capacità di leadership.

Quelli che abbiamo elencato sono solo i più frequenti casi in cui si può avere un comportamento di tipo mobbizzante, ma in realtà ne esistono tantissimi tipi e sottotipi, ma è sbagliato ritenere che sia

conseguenziale il fatto che esistano moltissimi tipi di "mobber".

Infatti esiste una premessa comune a tutti i signori sopra elencati, senza la quale non si avrebbe l'innescarsi di questo spregevole comportamento: il carnefice deve avere di base una personalità non serena (in qualche caso francamente disturbata).

Infatti una certa conflittualità è fisiologica in ogni ambiente di lavoro, ed una persona equilibrata può arrivare ad invadere, o a non vedere di buon occhio, qualcuno che ha maggiore successo o che è professionalmente più bravo, ma questo non lo porterà mai a progettare di fargli del male, sia moralmente che materialmente.

Invece il mobber comincia dapprima a provare fastidio nei confronti di questa persona, sia che si tratti di uno professionalmente più bravo o con maggiore ascendente sugli altri, sia che si tratti di uno che ha osato rifiutare di eseguire una sua disposizione (anche quando si sia trattato di rifiuto di azioni non corrette sul piano morale o legale). Successivamente, via via che trascorre il tempo senza che egli riesca ad avere successo nella sua azione espulsiva o denigratoria, il mobber comincia a provare un vero e proprio odio per la sua vittima, sia perché ha rabbia per il fatto che questa osi opporsi al suo volere, sia perché ai primi insuccessi o successi

parziali il mobber ha iniziato a coinvolgere emotivamente le altre persone che operano nello stesso ambito lavorativo. Infatti, fin dall'inizio dell'azione mobbizzante, egli non perde occasione (spesso la crea strumentalmente) per evidenziare a tutti gli errori, i ritardi, la mancata esecuzione di disposizioni da lui date, o la loro esecuzione non puntuale e fedele, e ogni altro episodio o situazione che possa contribuire a fare isolare la vittima da parte dei Colleghi o addirittura a trovare degli alleati che collaborino con lui, accelerando il processo di espulsione.

Se non riesce rapidamente nel suo intento, il mobber ha quindi dei testimoni del fatto che lui non riesce a "far fuori" una persona indesiderata, e questo potrebbe costituire un pericoloso precedente.

Allora si raggiunge rapidamente un livello di odio personale nei confronti della vittima, per cui l'azione denigratoria passa dal semplice ambiente di lavoro all'intero vissuto dello sventurato. Iniziano così a diffondersi "voci denigratorie" sulla sua moralità, su quella dei suoi familiari, sulle sue abitudini sessuali, sugli "scheletri" nei suoi armadi. Si arriva così ad inventare nei dettagli vissuti veramente incredibili, sui quali prima o poi intervengono altri ad aggiungere particolari più o meno scabrosi.

Tutto questo inizia a rendere "pesante" l'aria che la povera vittima respira, che piano piano si accorge che quando lui arriva si troncane improvvisamente discussioni, che quando cerca una cosa nessuno sa dirgli dove si trova, che le sue cose personali o suppellettili di lavoro scompaiono misteriosamente magari per riapparire altrettanto misteriosamente dopo giorni e giorni, e perfino che lo guardano in modo "strano".

mobber



È allora che la vittima inizia a stare veramente male, a sentire che tutti sono contro di lui, a perdere il controllo e ad iniziare a fare degli errori, che finiscono con l'accelerare il processo di espulsione, fornendo questa volta prove inconfutabili di quanto dal mobber preventivamente teorizzato.

Tutto questo accade in tempi medio-lunghi (molte settimane, mesi o addirittura anni) e più si prolunga l'azione mobbizzante, più la patologia di base del carnefice si amplia e si scatena, fino a minacciare la stessa incolumità fisica della vittima (dapprima solo verbalmente, più avanti anche con i fatti). Egli può divenire addirittura esplicito nella sua azione mobbizzante, fino al punto di dare l'impressione che le protezioni di cui gode siano tali da garantirgli l'immunità, nonostante i suoi comportamenti.

Un segnale del fatto che il mobber non è esattamente una persona equilibrata, dovrebbe darlo il fatto che egli non si ferma nonostante la vittima sia spesso una persona mite, umile, buona, sempre disponibile con gli altri, non di rado appartenente a categorie socialmente fragili (donne single o divorziate, padri con figli a carico, omosessuali, timidi, persone con gravi motivi di salute o crisi finanziarie). Anzi, sembra che ogni volta che un "colpo" del mobber arriva a segno, egli tragga forza da questo fatto, gliene derivi energia, vitalità e nuova voglia di colpire ancora.

Pertanto, cari amici e Colleghi, non scordatevi mai, se vi trovaste in una di queste situazioni, che il mobber non può essere trattato o combattuto con metodi normali (tutto risulterebbe addirittura controproducente), ma la strategia di difesa va costruita pensando di avere di fronte una persona mentalmente disturbata.

>> segue da pag. 36

può indurre il tecnico molto spesso in errore.

Anche la carrellata giurisprudenziale proposta dai Magistrati presenti, il dott. Cieri di Bologna, ed il dott. Ghionni, Presidente del Tribunale di Vasto, ha contribuito a far rammentare a tutti quelli che sono gli aspetti che del complessivo "agire medico" più spesso divengono oggetto dell'osservazione della Magistratura.

Significativa la raccomandazione che è stata fatta ai molti medici presenti di dedicare un congruo tempo anche allo svolgimento degli adempimenti cd. "formali" (compilazione della cartella clinica ed altri adempimenti connessi alla puntuale documentazione di tutti gli eventi e del necessario consenso del paziente), avendo cura di porre la più grande attenzione sulle forme, sui tempi e sui contenuti di tutto ciò che viene scritto o certificato.

Riteniamo in conclusione che in questa fase di necessario ed iniziale "approccio" al complesso tema del "clinical risk management", che dovrà progressivamente interessare la totalità delle aziende sanitarie del nostro Paese, risulti di grande utilità la conoscenza di quelle che sono le diverse esperienze "sul campo" nelle diverse realtà aziendali e regionali.

A questo proposito, accanto a quanto già a nostra conoscenza e relativo alle esperienze delle Regioni Emilia-Romagna, Toscana, Lombardia, Veneto, Friuli Venezia-Giulia e Piemonte (da quest'ultima Regione risulta essere stata fra l'altro licenziata di recente una legge regionale, la n. 9 del 14/05/04, che predispone proprio strumenti idonei, anche economici, per la migliore gestione dei "rischi" nelle aziende sanitarie), abbiamo appreso con piacere di come anche l'Abruzzo, grazie all'opera dell'Assessore alla Sanità Vito Dominici, condivide ormai l'urgenza di sviluppare con la massima celerità un opportuno programma di prevenzione dei rischi; a tale proposito sarebbe già in fase avanzata di studio un modello organizzativo che verrà successivamente proposto alle ASL, e che si dovrebbe tenere conto anche del binomio ospedale-area distrettuale; da ultimo le diverse ASL della Regione è stato detto che dovranno recepire il piano nel proprio atto aziendale, prevedendo anche adeguate risorse per la strutturazione di unità di "clinical risk management".

Davide Roncali

*U.O. Nefrologia e Dialisi O.C. Umberto I° - Venezia Mestre
Componente del Gruppo di Lavoro dell'Agenzia Regionale Sanitaria
del Veneto "Gestione del rischio clinico nelle Aziende Sanitarie"
Componente dell'Unità di "Risk Management"
dell'ASL 12 Veneziana*



a cura di Giovanni Russo
Con la collaborazione di circa 300 autori

ENCICLOPEDIA DI BIOETICA E SESSUOLOGIA

F.to cm 16,5x24
Volume cartonato
1880 pagine - € 75,00



CIC Edizioni Internazionali

IL DIRETTORE RISPONDE

Carlo Sizia

Ore di straordinario, strutture semplici, part-time

Il dott. L.C. ci scrive: "1. La nostra ASL non retribuisce le ore straordinarie prestate in reperibilità a chi è in debito orario, riservandosi di utilizzarle a compensazione. È lecito? Ci può essere 'travaso' tra i due istituti?"

2. La stessa ASL ha ridotto le U.O. semplici alle sole U.O. semplici dipartimentali. La durata delle stesse e la nomina dei responsabili è agganciata alla nomina e alla durata dei responsabili di Dipartimento (per questi ultimi è previsto che l'incarico duri un anno!). Tutto ciò a dispetto di quanto prevede il CCNL in quanto a durata e salvaguardia degli aspetti professionali ed economici. È impugnabile tutto ciò?"

3. È previsto il part-time per i medici dirigenti?"

1. Se le ore di lavoro straordinario prestate in risposta alle chiamate in corso di pronta disponibilità, e non retribuite, servono per compensare le ore mancanti rispetto agli obblighi contrattuali (38 ore settimanali, 4 delle quali "non assistenziali"), tale meccanismo (pur non esplicitamente previsto contrattualmente) risulta vantaggioso per la categoria perché l'ora di lavoro straordinario "pesa di meno", retributivamente, rispetto all'ora di lavoro ordinario. Lo straordinario regolarmente comandato e prestato, tuttavia, va comunque compensato (pagamento economico o recupero orario).

2. La individuazione delle strutture semplici (di tipo dipartimentale o articolazione interna di struttura complessa) dipende dalla graduazione aziendale delle funzioni, operazione che deve essere preceduta dalla concertazione aziendale con le OO.SS. mediche, che purtroppo è una "relazione sindacale debole", e quindi le aziende possono fare praticamente "quel che vogliono", magari operando la graduazione stessa direttamente nell'atto aziendale (unilaterale), di cui all'art. 3, c. 1-bis, del D.Lgs. 502/92, e successive modificazioni e integrazioni. Diverso è il caso della durata dell'incarico di struttura semplice, che non può "essere inferiore a tre anni e superiore a cinque anni" (art. 28, c. 9, del CCNL 98/2001), salvo che in corso di incarico non intervenga una valutazione negativa. Questo aspetto è pertanto contestabile e/o impugnabile legalmente da parte dei soggetti lesi nei loro diritti.

3. Il part-time è previsto per i medici dipendenti, ma con tutti i limiti di cui al CCN integrativo 10/02/2001 (acces-



so limitato al 3-5% della categoria medico dipendente ed esclusivamente dietro motivazioni socio-familiari; inibizione alle attività libero professionali intra ed extramoenia, ecc.). Non per nulla la CIMO-ASMD e la CISL-Medici non l'hanno sottoscritto, anche se il contratto stesso è ancor oggi pienamente operante

VVV

Quale approccio pensionistico per il tempo definito

Il dott. L.L. ci scrive: "Sono un medico a tempo definito e per motivi di vicinanza alla pensione, vorrei passare al tempo pieno, ma rimanendo in extramoenia. Sono in servizio dal 1976, e sempre a tempo definito. Cosa mi conviene fare?"

In merito alla miglior "ricaduta pensionistica", Le converrebbe:

1) optare (entro il 31/12/2004) per il rapporto esclusivo, con conseguente attivazione del nuovo rapporto a far data dal 1° gennaio 2005, chiedendo contemporaneamente al direttore generale di poter svolgere (nel proprio studio professionale privato) la cosiddetta "libera professione intramoenia allargata";

2) passare al rapporto a tempo pieno (sempre con richiesta da inoltrare entro il 31/12/2004), ma specificando di voler continuare nella vecchia scelta per la libera professione extramoenia.

È chiaro che nel caso 1) entrerebbe nella retribuzione pensionabile anche la voce della indennità di esclusività di rapporto (e non ci sarebbero gli abbattimenti noti), mentre nel caso 2) no (oltre che avere le penalizzazioni sulla parte fissa della retribuzione di posizione, nonché l'abbattimento del 50% sulla parte variabile della stessa e del 100% sulla retribuzione di risultato).

Dal punto di vista economico complessivo, non Le converrebbe lasciare l'extramoenia (per il rapporto esclusivo) solo:

- qualora il direttore generale non fosse disponibile a concederLe l'intramoenia allargata (la cui possibilità, per ora, è consentita legislativamente fino al 31/07/2005);
- qualora la libera professione extramoenia Le rendesse almeno 1.500-2.000 euro netti al mese.

È chiaro, infine, che quanti più anni a tempo pieno (ed

eventualmente anche a rapporto esclusivo) si saranno lavorati prima della pensione, tanto migliore sarà la misura della pensione stessa.

VVV

Quale retribuzione per gli "ex esclusivisti"?

Il dott. S.B. ci scrive: "In alcune aziende della mia Regione è stato anticipato che ai soggetti che operano per l'extra-moenia, ai sensi della legge 138/2004, verranno applicate le seguenti penalizzazioni, oltre naturalmente alla mancata attribuzione dell'indennità di esclusività di rapporto, e cioè: a) penalizzazione della parte fissa della retribuzione di posizione, in modo proporzionale al livello di provenienza (ex assistenti, ex aiuti, ex primari); b) penalizzazione della parte variabile della retribuzione di posizione nella misura del 50%; c) non attribuzione della retribuzione di risultato (taglio del 100%). Questa impostazione del problema è in sintonia con lettera e spirito della legge 138/2004?".

Fino alla stipula del nuovo CCNL di area medica (quello relativo al quadriennio 2002-2005), la retribuzione dei medici già a rapporto esclusivo che operano (entro il 30 novembre di ciascun anno) per il rapporto non esclusivo (e con effetto dal 1° gennaio dell'anno successivo) non potrà che essere quella prevista dall'art. 47 del CCNL vigente per i Colleghi, per l'appunto, non esclusivisti, cioè la retribuzione con le tre penalizzazioni economiche anzidette.

È tuttavia auspicabile:

- che il nuovo contratto di area medica riduca, o elimini del tutto, le vecchie penalizzazioni economiche che (ancor prima della legge 138/2004) avevano già un sapore gravemente illiberale, e forse anche anticostituzionale;
- che, nel frattempo, le Regioni (come è in qualche misura in loro potere) non intervengano legislativamente (come pare stia facendo la Toscana) per deliberare in senso opposto alla legge 138/2004, laddove stabilisce che "La non esclusività di rapporto non preclude la direzione di strutture semplici e complesse".

VVV

Come si applica il DPCM 8/03/2001?

Il dott. C.I. ci scrive: "Il DPCM 8/03/2001 (G.U. n. 103 del 5/05/2001), recante "Criteri per la valutazione, ai fini dell'inquadramento della dirigenza sanitaria, del servizio prestato dagli specialisti ambulatoriali, medici della guardia medica, dell'emergenza territoriale e della medicina dei servizi", riconosce come valutabile l'anzianità maturata in questi servizi a rapporto convenzionale, in caso di successivo inquadramento nel rapporto di dipendenza. Tale anzianità andrebbe, quindi, riconosciuta "esperienza professionale nel S.S.N." anche ai fini dell'acquisizione delle varie fasce economiche dell'indennità di esclusività di rapporto?

(art. 5 del CCNL 2000-2001 di parte economica).

E, considerato che l'art. 1, c. 1, sub d, dello stesso decreto riconosce come utile l'anzianità pregressa maturata da tali Colleghi nel rapporto convenzionale ai fini dell'accesso agli incarichi di struttura complessa, per chi abbia prestato servizio di guardia medica in quale disciplina, e area specialistica, potrebbe accedere?".

Dalla lettura del DPCM 8 marzo 2001, della normativa contrattuale di area medica 1998/2001, della nota ARAN 26 luglio 2000, n. 8040, del D.P.R. 484/97 e del D.M. Sanità 30/01/1998, si evince chiaramente:

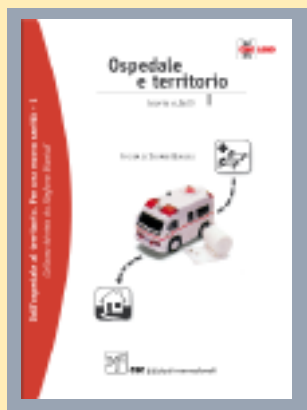
- che a coloro che sono stati inquadrati nel rapporto di dipendenza (alias: di impiego) provenendo da rapporti convenzionali (guardia medica, emergenza territoriale, medicina dei servizi, specialisti ambulatoriali) è riconosciuto economicamente, a valere dall'atto del nuovo inquadramento, "quanto già individualmente maturato allo stesso titolo (cioè retribuzione individuale di anzianità) nel rapporto di provenienza" (art. 1, c. 1, sub a, del DPCM anzidetto). Tutto ciò, quindi, non ha nulla a che vedere con l'indennità di esclusività di rapporto;
- che il rapporto di dipendenza si instaura giuridicamente solo nel momento del nuovo inquadramento ed è solo l'anzianità in tale rapporto (di dipendenza, o di impiego che dir si voglia), maturata continuativamente al 31/12/1999, che fa acquisire una delle fasce economiche dell'indennità di esclusività di rapporto, di cui all'art. 5 del CCNL 2000-2001 di area medica (2° biennio economico), come confermato dalla nota ARAN n. 8040;
- che diversa considerazione va fatta sul piano normativo (art. 1, c. 1, sub d, del DPCM in questione), in quanto l'anzianità di servizio maturata nel regime convenzionale (con relativo orario di lavoro rapportato percentualmente alle 38 ore settimanali del rapporto di dipendenza a tempo pieno) "è utilizzabile anche (cioè oltre che per la retribuzione individuale di anzianità maturata nel vecchio rapporto) ai fini dell'accesso all'incarico di direzione di struttura complessa del S.S.N.";
- che il servizio di guardia medica prestato dai Colleghi transitati al rapporto di dipendenza rientra certo (D.M. 30 gennaio 1998), ai fini dell'accesso agli incarichi di direzione di struttura complessa, nell'ambito dell'area medica e delle specialità mediche, equivalendo sostanzialmente al "Servizio di medicina e chirurgia di accettazione e d'urgenza", e suoi servizi equipollenti. Dipenderà poi dal possesso del titolo di specializzazione nella disciplina (o in disciplina equipollente), o non, la necessità di aver maturato un'anzianità di servizio di almeno cinque anni nella disciplina (o in disciplina equipollente), ovvero (in carenza di specializzazioni utili) una anzianità di servizio di dieci anni nella disciplina, fatto salvo il possesso comunque di un'anzianità di servizio dipendente (o riconosciuta come tale) di almeno sette anni (art. 5 D.P.R. 484/97)".

DALL'OSPEDALE AL TERRITORIO PER UNA NUOVA SANITÀ

COLLANA DIRETTA DA STEFANO BIASIOLI
IN COLLABORAZIONE CON



ASSOCIAZIONE
SINDACALE
MEDICI
DIRIGENTI



OSPEDALE E TERRITORIO

teoria e fatti

A cura di
Stefano Biasioli

Volume di
104 pagine
f.to cm. 15 x 21
brossurato

€ 12,00

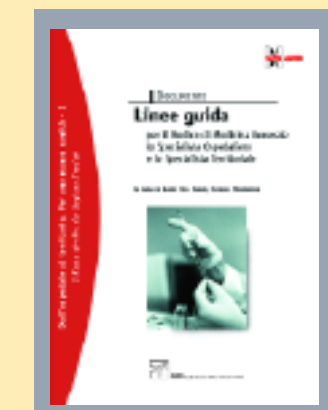
DOCUMENTI

Le linee guida "vicentine" valutazioni, schede, servizi

A cura di
Luigi Dal Sasso

Volume di
246 pagine
f.to cm. 15 x 21
brossurato

€ 15,00



DOCUMENTI

Linee guida per il medico di medicina generale lo specialista ospedaliero e lo specialista territoriale

A cura di
Luigi Dal Sasso
e Chiara Marangon

Volume di
152 pagine
f.to cm. 15 x 21
brossurato

€ 13,00

DOCUMENTI

La normativa su "ospedale e territorio"

A cura di
Stefano Biasioli
e Luciano Mulas

Volume di
392 pagine
f.to cm. 15 x 21
brossurato

€ 20,00

