

ESPERIENZE APPLICATIVE DEL CONTRATTO

Graduazione delle funzioni dirigenziali

Carlo Sizia



Iniziamo, con questo numero de "Il Medico ospedaliero e del territorio", la pubblicazione di una serie di articoli sulla applicazione (o cattiva applicazione) del CCNL '98/2001 di area medica.

L'idea mi è stata suggerita dall'esperienza maturata (sono ormai tre anni e mezzo) come responsabile nazionale del "Servizio-quesiti" della CIMO-ASMD. Durante tale periodo ho risposto a 1.700 quesiti (1.600 risposte scritte; 100 risposte verbali).

Quasi il 10% dei quesiti riguardava problemi connessi alla questione degli incarichi dirigenziali: graduazione delle funzioni, attribuzione, mutamento, revoca degli incarichi. Mi rendo conto che dai quesiti è probabile che emerga più la "patologia" applicativa del contratto, che la sua "fisiologia", tuttavia ritengo che essi testimonino comunque la difficoltà applicativa di istituti contrattuali molto significativi per la nostra qualifica "dirigenziale", oltre che per la nostra vita di lavoro.

Partiamo dalla graduazione delle funzioni dirigenziali.

Propedeutica rispetto all'attribuzione degli incarichi è l'operazione della **graduazione delle funzioni dirigenziali** ai fini della determinazione della retribuzione di posizione.

Tale operazione era stata pensata dal CCNL '94/97 (art. 51) come scelta tipicamente "aziendale", pur nel rispetto delle articolazioni interne delle aziende, come disciplinate da disposizioni sanitarie organizzatorie sopraordinate (cioè di livello regionale o nazionale).

Lo stesso contratto aveva indicato 13 criteri o parametri attraverso cui individuare e graduare le funzioni dirigenziali stesse, e cioè: complessità della struttura; grado di

autonomia della struttura o funzione; affidamento e gestione di budget; consistenza delle risorse umane, finanziarie e strumentali affidate; importanza e delicatezza della funzione; svolgimento di funzioni di coordinamento, indirizzo, ispezione, vigilanza, verifica; grado di competenza specialistico-funzionale o professionale; utilizzo di metodologie e strumentazioni innovative; affidamento di programmi di ricerca, aggiornamento, tirocinio e formazione; produzione di entrate proprie; rilevanza degli incarichi di struttura complessa; eventuale ampiezza del bacino di utenza e capacità di rispondere positivamente alle prestazioni richieste; valenza strategica della struttura rispetto agli obiettivi aziendali.

Rispetto a tale operazione (individuazione e graduazione delle funzioni), destinata (come fine ultimo) a consentire alle aziende l'attribuzione ad ogni posizione dirigenziale prevista nel proprio assetto organizzativo di un valore economico (ricompreso nell'ambito di un "range" tra un minimo ed un massimo), distinto in quattro fasce funzionali-retributive (quelle di cui artt. 56 e 57 del vecchio CCNL), il sindacato aveva un minimo potere di interlocuzione (poteva solo essere informato e, su propria richiesta, incontrare l'amministrazione).

Il nuovo e vigente contratto (art. 6, c. 1, sub B, e art. 26) attribuisce invece al sindacato il potere di concertare con l'azienda i criteri generali inerenti alla "articolazione delle posizioni organizzative, delle funzioni e delle connesse responsabilità ai fini della retribuzione di posizione", nonché alla "periodica revisione" della stessa graduazione delle funzioni.

Senonché, dopo il D.Lgs. 229/99, che ha modificato il

D.Lgs. 502/92, bisogna considerare:

- che l'organizzazione e il funzionamento delle aziende sanitarie "sono disciplinati con atto aziendale di diritto privato, nel rispetto dei criteri stabiliti con la legge regionale di cui all'art. 2, comma 2-sexies. L'atto aziendale individua le strutture organizzative dotate di autonomia gestionale o tecnico-professionale, soggette a rendicontazione analitica" (art. 3, comma 1-bis, del D.Lgs. 502/92, come modificato dal D.Lgs. 229/99);
- che l'atto aziendale stesso (come si evince dall'art. 27, commi 4 e 10 e dall'art. 28, c. 4, del CCNL '98/2001) può modificare l'assetto delle funzioni e degli incarichi di cui all'art. 27 dell'attuale contratto (che si richiama a quello di cui agli artt. 56 e 57 del CCNL '94/97) e stabilisce il numero degli incarichi di struttura semplice conferibili, come individua tipo e numero delle strutture complesse; –che in materia di atto aziendale non è riconosciuto alle OO.SS. mediche alcun potere di interlocuzione a livello aziendale, quindi nessuna funzione di contributo o partecipazione, e che non è neppure previsto un tavolo regionale di confronto in merito;
- che la stessa concertazione, tra le tipologie di relazioni sindacali decentrate, è comunque uno strumento debole perché i suoi tempi sono contingentati (deve concludersi tassativamente entro 30 giorni dalla sua attivazione, che deve essere specificamente richiesta), perché non è necessario che si concluda con un'intesa scritta e sottoscritta dalle Parti, bastando un verbale che registri le rispettive posizioni, perché al termine le Parti "riassumono i propri distinti ruoli e responsabilità", come a dire che il sindacato può anche proporre, ma è l'amministrazione che dispone.

Con le premesse normative anzidette, il mio osservatorio registra quanto segue:

- che le Regioni italiane sono largamente inadempienti rispetto al loro obbligo (art. 2, comma 2-sexies, D.Lgs. 502/92) di disciplinare "i principi e criteri per l'adozione dell'atto aziendale";
- che, laddove hanno provveduto ad emanare qualche provvedimento (che oggi non è più necessario abbia forza di legge regionale), non si sono limitate a dare indirizzi (di propria competenza) in materia di assetto e articolazione organizzativa delle aziende sanitarie, ma hanno anche invaso le competenze aziendali emanando linee-guida in materia di attribuzione degli incarichi e di valutazione dei dirigenti;
- che la gran parte delle aziende sanitarie, a loro volta, non ha ancora adottato l'atto aziendale di competenza, essen-

dosi al più limitate ad elaborarne "bozze";

- che la individuazione e graduazione delle funzioni dirigenziali viene per lo più interpretata come un atto autoritario e unilaterale delle amministrazioni aziendali, sottratto al contributo delle OO.SS. delle categorie interessate. Faccio poi notare quanto sia teorica la previsione dell'art. 26 del vigente contratto, quando dispone che la graduazione delle funzioni sia "effettuata dalle aziende con le modalità indicate nel comma 2 (i 13 criteri prima elencati, di cui all'art. 51 del CCNL 5 dicembre 1996) e, cioè, indipendentemente dalla situazione relativa al rapporto di lavoro dei dirigenti assegnati alla struttura (ad esempio: rapporto esclusivo o no) o – per quelli già di 1° livello – dalla originaria provenienza da posizioni funzionali o economiche del D.P.R. 384/90 (ad esempio: responsabilità di modulo)".

Ma è proprio questo modo di procedere che impedisce, poi, all'opposto di quel che dichiara di voler fare l'art. 26, di collocare correttamente (alias: oggettivamente) "ciascun incarico nelle fasce previste dagli artt. 56 e 57 del CCNL 5 dicembre 1996 (che sono le stesse 4 fasce previste nell'art. 27 del vigente contratto)".

Ed allora vediamo che vengono spesso individuate (nella graduazione) funzioni dirigenziali di "responsabilità di Unità organizzativa" (parametro B2), che poi non possono essere attribuite (infatti sono formalmente "congelate") perché i dirigenti che sarebbero in grado di assolvere all'incarico non possono riceverlo (o vederselo confermato), essendo a rapporto non esclusivo, e quindi vengono "degradati" ad incarico parametro C1.

Questo modo di normare "tartufescamente" la graduazione delle funzioni realizza, a mio giudizio, un solo risultato: far sì che un dirigente medico svolga di fatto funzioni superiori (regolarmente previste nella graduazione, e teoricamente "congelate"), pur essendo retribuito come se svolgesse funzioni sottordinate nella graduazione aziendale delle stesse (è quel che avviene per tanti "responsabili di fatto" di strutture semplici, ma a rapporto di lavoro non esclusivo, o di tanti ex responsabili di moduli, non riconosciuti "struttura semplice" a pieno titolo). ■

LA NOVITÀ SUGLI IRCCS

Ivo Spagnoli

La Legge 3/2003, che reca “Disposizioni ordinarie in materia di pubblica amministrazione”, pone le basi, agli artt. 42 e 43, del riordino normativo degli IRCCS, delegando il Governo ad emanare entro 6 mesi (3 agosto 2003) un decreto legislativo ad hoc

La suddetta disposizione legislativa rappresenta un indubbio passo in avanti verso quella “pax normativa” che gli IRCCS attendono ormai da 10 anni.

Infatti si assiste al superamento delle confuse proposte della passata legislatura, che prevedevano un anacronistico mix tra Organi di indirizzo strategico e Organi gestionali degli Istituti.

Ma quale delusione vedere che due lustri di elucubrazioni parlamentari (e non) hanno partorito non già una organica legge di riforma, ma ben due articoli in una chilometrica normativa riguardante i più disparati settori della pubblica amministrazione!

E quindi, ancor prima di entrare nell'esame dei due articoli anzidetti, le perplessità investono soprattutto la “ratio” adottata per legiferare sull'argomento.

La delega confina a mero momento consultivo l'esame del prossimo decreto legislativo da parte delle Commissioni parlamentari, senza alcuna loro potestà emendativa reale.

Altro aspetto gravido di prossimi scontri istituzionali è la scarsa considerazione mostrata verso le Regioni, a maggior ragione tenendo conto dell'ormai famoso Titolo V della Costituzione riformata.

Infatti, sia al comma 1, lettera b), riguardante la scelta del direttore scientifico, sia al comma 2, riguardante il parere sul futuro decreto legislativo, l'art. 42 della legge 3/2003, qui in esame, prevede di assumere solo il “parere” delle Regioni, e non anche di attivare una concertazione con esse, atto quest'ultimo certamente più rispettoso delle prerogative costituzionali riconosciute alle Regioni.

Sicuramente questo “strappo” produrrà, come già preannunciato da alcune Regioni, un ricorso alla Consulta, con le inevitabili ricadute gestionali su chi “tiene in mano” comunque il cerino più corto: gli operatori e gli utenti/pazienti degli IRCCS.

Ed ora qualche commento puntiforme sull'articolato.

Come già espresso in una indagine del CENSIS dello scorso anno, il cambiamento gestionale che deriva dall'intervento dei privati, ed il conseguente auspicabile apporto di nuovi finanziamenti, viene visto con favore dalla maggioranza dei direttori scientifici degli IRCCS. D'altra parte gli stessi hanno espresso anche perplessità a

causa dei prevedibili alti costi di trasformazione degli attuali Istituti in Fondazioni rispetto ai benefici attesi.

A nostro parere le criticità maggiori sono:

1. le incerte ricadute di carattere giuridico e normativo legate agli aspetti pratici della trasformazione in Fondazioni, specie per quanto riguarda lo stato giuridico del personale. Infatti nell'ambito del personale degli IRCCS verrebbe a configurarsi una situazione eterogenea, parte soggetta a diritto pubblico e parte a diritto privato. Quali le garanzie di omogeneità gestionale? C'è inoltre il rischio concreto che chi volesse rimanere “pubblico” possa decidere di emigrare verso altre strutture, disperdendo in tal modo il patrimonio professionale specifico degli IRCCS. Si creerebbero anche evidenti sperequazioni previdenziali tra il personale dipendente pubblico (soggetto all'INPDAP) ed il restante personale avente status privatistico (soggetto all'INPS), con redditività contributiva differente;

2. un altro punto della legge che desta perplessità e preoccupazione (come anche rilevato a suo tempo dalla Conferenza dei Presidenti delle Regioni), è la riconosciuta possibilità per le fondazioni di concedere in *outsourcing* anche attività di assistenza sanitaria (cioè prestazioni clinico-diagnostiche). Tale fatto è estremamente pericoloso perché rappresenta un vulnus alla indispensabile unitarietà metodologica di indirizzo e di gestione del paziente. E trattare, da un punto di vista gestionale, attività di assistenza sanitaria allo stesso modo di “servizi” come la mensa e la lavanderia (per i quali è più che legittimo l'*outsourcing*), è certamente un atto a valenza economicistica, ma non è certamente consono all'esercizio quotidiano di intelligente attenzione alla ricerca biomedica e di pieno coinvolgimento degli operatori dipendenti nella pratica clinica verso la Persona, obiettivi che rimangono le priorità istituzionali degli IRCCS.

La CIMO-ASMD auspica comunque che gli IRCCS trovino finalmente un assetto istituzionale definito e credibile, assetto che ricercano tra mille difficoltà dal lontano 1992, ed è disponibile ad un confronto propositivo specifico che, fino ad oggi, è purtroppo completamente mancato.)

SAREMO I “MANOVALI” DELLA MEDICINA?

P. Muzzetto

La rivoluzione copernicana degli studi universitari è cominciata dall'istituzione dei diplomi universitari ed è proseguita col riordino dei piani di studio e dei calendari dei nuovi Corsi di laurea (brevi, semibrevi o lunghi).

Si dice che sia stato per adeguarci alle altre realtà universitarie delle Nazioni più evolute.

Un altro passo, insomma, per stabilizzarci al tavolo dell'Unione europea. Così facendo, si arriva a prevedere diplomi per una formazione prettamente professionale ed altri, per i quali è stabilita una maggior durata del Corso formativo, per conseguire una specializzazione ed anche, all'apice della scala, un dottorato di ricerca.

Qualche anno fa, l'autore di tanti celebrati romanzi, il prof. Umberto Eco, docente universitario al pari di rinomato scrittore, espresse sul tema dei dottorati di ricerca parole ricche di arguzia e lucida intelligenza, stigmatizzando un malcostume noto, fatto di improvvisazione e superficialità tipicamente italiane, che poi non sortisce i risultati sperati.

In una realtà come quella del nostro Paese, in cui il ruolo del medico è subordinato a tutti, ora anche agli “infermieri-dottori” di nuova istituzione, quale sarà il destino dei laureati in medicina di vecchia generazione? E quale quello dei novelli diplomati nei nuovi Corsi di laurea in medicina e chirurgia?

Un caro Collega, analizzando con tanto accoramento la situazione in cui si opera nel settore pubblico, diceva, pensando ad alta voce: “continueremo a fare i manovali della medicina fino a 65 anni”.

Tutto ciò fa specie, e fa pensare, perché una situazione come l'attuale, in cui la chiusura delle carriere, la “lotta di religione” fra le istituzioni che gestiscono la salute e tra queste ed i medici dell'extramoenia, la caduta di stile nell'esercizio della professione, come nei rapporti tra gli stessi medici e fra ospedale ed Università, sta mortificando sempre più la funzione propria del medico.

La logica perversa dei DRG e la programmazione astratta “a tavolino”, nell'impegno e nella prospettiva di “razionalizzare” un settore comunque dispendioso, stanno producendo effetti sulla cui entità potremo ragionare compiutamente solo fra qualche anno.

È diffusa la constatazione che da professionisti quali si era – e non si parli per carità di “dirigenti”, appiattiti come siamo in un ruolo svuotato di contenuti e sovraccaricati di responsabilità individuali solo nelle avversità – sempre più si sta passando alla condizione di “operai del settore sanitario”, qualifica costruita per i medici collaboratori, o tuttalpiù di “impiegati”, per coloro cui sia affidato il compito di coordinamento.

Quale sarà il destino degli ammalati in tutto questo stravolgimento? Saranno affidati, si sente dire, ai nuovi dottori laureati in scienza infermieristica – quel che avviene già nelle lungodegenze purtroppo insegna – e, forse, a quelli in scienza medica.

Breve o lunga che sia, pare proprio che in campo sanitario si stia attuando una vera e propria contro-rivoluzione copernicana: compiti vaghi, ruoli incerti, molta insoddisfazione, pochi compensi.

Per chi il vantaggio di queste rivoluzioni? Non certo per il medico, sempre più inascoltato “manovale della medicina”.

Un monito ed una richiesta a chi ci tutela – o dovrebbe tutelarci – a livello contrattuale: non si abbia paura ad ammettere che i provvedimenti (anche legislativi) che sul piano sanitario hanno caratterizzato questi ultimi anni sono stati assai deludenti!

È necessario quindi pensare e lavorare perché si inverta la tendenza a mortificare e denigrare il medico, in particolare proprio il medico ospedaliero. Quando si parla, ad esempio, di mala-sanità, si dovrebbe, molto spesso e più propriamente, dire mala-amministrazione o mala-gestione, per sviare la cattiva immagine che ricade a pioggia su tutta la nostra categoria che, pur avendo talvolta delle responsabilità, non le può avere certamente tutte insieme.

È giunto finalmente il tempo in cui il medico veramente responsabile (del suo ruolo professionale, come del suo ruolo sociale) dica “basta” alla pressione della politica, quella con la “p” minuscola, sempre più padrona della “res sanitaria” del nostro Paese.

Date pure al medico ciò che è del medico (a partire dal riconoscimento dello specifico “ruolo medico”), ma rifiutiamo ciò che al medico si attribuisce impropriamente, quindi ingiustamente!

ATTRIBUZIONE, VALUTAZIONE E REVOCA DEGLI INCARICHI DIRIGENZIALI

Stefano Biasioli

Il vigente contratto di lavoro (CCNL 8/06/2000) si regge su due pilastri: l'indennità di esclusività di rapporto e gli incarichi dirigenziali. Della prima tutti conoscono la valenza economica; dei secondi tutti conoscono l'applicazione tormentata.

Abbiamo infatti constatato quanto sia difficile applicare, in sede locale, le regole incarichi dirigenziali, ossia di quell'istituto normativo che è legato alla natura stessa della dirigenza medica.

Con il CCNL 5/12/96, i medici sono diventati tutti dirigenti. Da allora ogni precedente rapporto di lavoro a tempo indeterminato si è trasformato di fatto in un rapporto di lavoro con incarichi a tempo determinato, regolamentato da un contratto individuale, sottoscritto dalle parti interessate, che contiene anche le specifiche dell'incarico conferito.

In epoca pre-contrattuale e post-contrattuale abbiamo, ripetutamente, spiegato ai nostri iscritti – utilizzando ogni mezzo disponibile – pregi e difetti del sistema degli "incarichi".

Il principale pregio (virtuale, perché teorico) consisterebbe nella corretta collocazione funzionale e professionale di ogni dirigente medico. L'incarico consentirebbe di premiare

la professionalità peculiare di ogni medico, che verrebbe così ad essere inquadrato – in modo corretto – all'interno dell'organigramma funzionale dell'azienda.

In un sistema ideale, ogni medico potrebbe avere un incarico corrispondente alle sue peculiari competenze e caratteristiche professionali. Se così fosse, gli incarichi rappresenterebbero la soluzione ideale per superare l'appiattimento della carriera (oggi su un unico livello), in modo da ricostruire una gerarchia funzionale-organizzativa, che è indispensabile in un lavoro d'équipe quale risulta essere l'attività medico-dipendente.

Ma abbiamo constatato, purtroppo, che la pratica relativa a questo tema è ben diversa dalla teoria. Perché?

Il Fondo economico per gli incarichi (art. 60 CCNL '94/97; art. 50 CCNL '98/99 e art. 9 CCNL 2000/2001) è – pressoché ovunque – inadeguato a coprire le professionalità esistenti.

Ne consegue una discrepanza tra le proposte teoriche avanzate dai Responsabili e gli incarichi effettivamente attribuiti, specie per quanto riguarda il corrispettivo economico degli stessi sulla base delle disponibilità aziendali e dei regolamenti locali che prevedono, di solito, fantasiose

suddivisioni in Gruppi (A, B, C) e Sottogruppi (A1, A2, B1, B2, C1, C2) di incarichi.

Assodato che la tipologia degli incarichi conferiti condiziona la retribuzione di posizione (soprattutto nella parte variabile minima garantita e nella eventuale variabile aggiuntiva aziendale) e che – a parità di graduazione delle funzioni – la retribuzione di posizione deve essere identica (art. 39, c. 6; dichiarazione congiunta n. 2 del secondo biennio), appare chiaro che il ruolo dei sindacati, pur inferiore a quello da noi richiesto, può essere molto importante nella fase aziendale di individuazione e di assegnazione degli incarichi.

È noto infatti che l'atto aziendale di cui all'art. 3, comma 1-bis, del D.Lgs. 502/92, diverso da ASL ad ASL, può essere estremamente condizionante rispetto all'assetto funzionale-organizzativo delle aziende sanitarie, ma l'atto aziendale non è oggetto di concertazione. Tuttavia il contratto (art. 28, c. 8) afferma che "le modalità degli incarichi sono oggetto di concertazione con le rappresentanze aziendali" e che (art. 6, c. 1, sub B), a richiesta scritta, si attiva la concertazione: sugli incarichi (affidamento, mutamento e revoca); sull'articolazione delle posizioni e delle funzioni; sugli effetti di ricadu-

**IL MEDICO
OSPEDALIERO
E DEL TERRITORIO**

ta dei sistemi di valutazione sul trattamento economico.

La misura della retribuzione di posizione, nella parte minima garantita per ciascuna posizione funzionale, è ancora quella di cui alla Tabella allegata n. 1 al CCNL 96/97, con l'unico aggiornamento per gli ex assistenti (di cui agli artt. 3 e 4 del CCNL 2000/2001) in ragione della loro equiparazione (a far data dal 1° febbraio 2001) all'ex X livello non qualificato.

In definitiva, alla fine del processo valutativo, si riscontra, molto spesso, una pesante dicotomia tra funzione reale svolta ed incarico attribuito, nonché tra tipologia di incarico e valore economico dello stesso. Ad una dirigenza "di latta" si accompa-

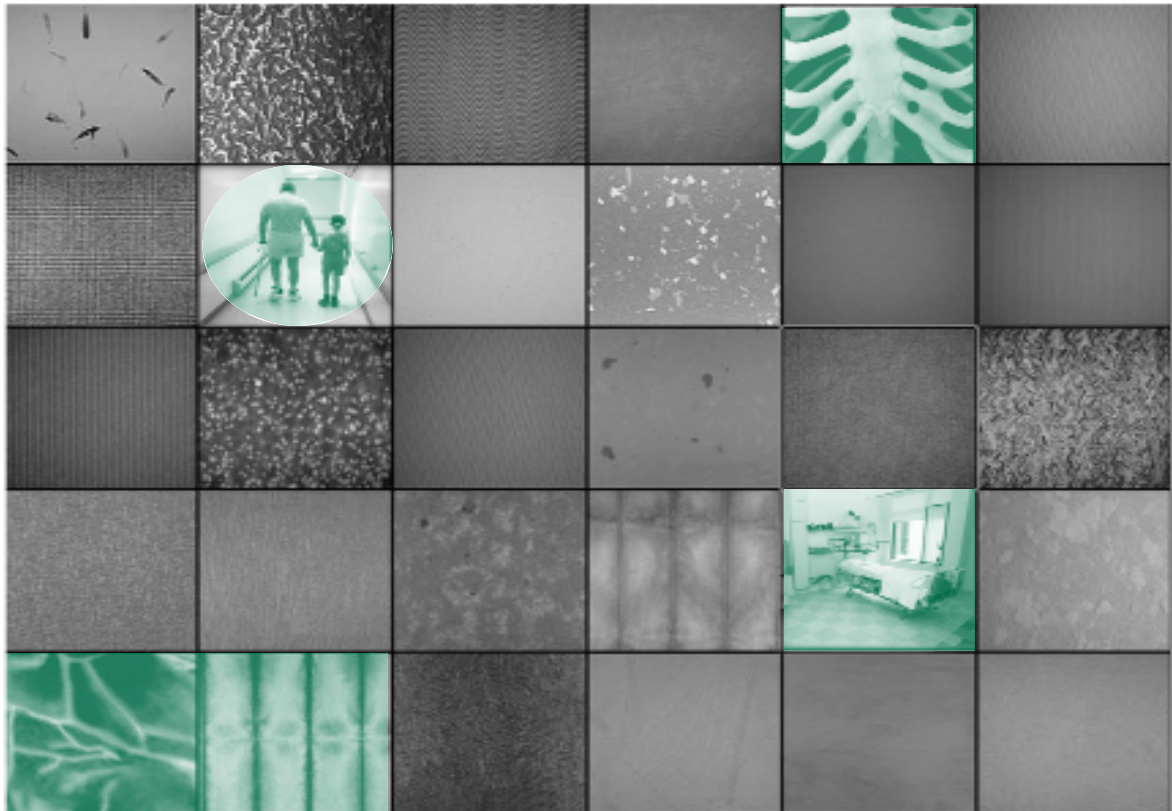
gnano, così, incarichi "di ottone", non di materiale più pregiato.

Il Collegio tecnico (di cui all'art. 15, c. 5, del D.Lgs. 502/92 e all'art. 31 del CCNL '98/2001) gioca un ruolo fondamentale sia in fase di assegnazione che in fase di valutazione degli incarichi. Purtroppo il Collegio tecnico presenta una composizione impropria perché non è costituito da professionisti medici provvisti di incarico pari o superiore a quello del valutato, ma è composto, abitualmente ed in larga parte, da dirigenti amministrativi dell'Ufficio personale o dell'Ufficio budget. Da ciò l'impossibilità di una valutazione corretta dell'attività professionale dei medici.

Per quanto riguarda le modalità di

assegnazione e revoca degli incarichi, è prevista la seguente sequenza operativa (art. 28 CCNL vigente):

- a) la proposta compete al diretto superiore del dirigente interessato (con atto scritto e motivato);
- b) sulla base dei posti disponibili ("nei limiti del numero stabilito dall'atto aziendale");
- c) con una valutazione "aziendale" complessiva che tiene conto di almeno 8 elementi contrattuali (art. 28, c. 6), e cioè: valutazioni del Collegio tecnico; programmi da realizzare; area e disciplina di appartenenza; risultati conseguiti e valutazioni riportate ex art. 32 del CCNL; "criterio della rotazione, ove applicabile"; equivalenza delle mansioni dirigenziali; eventuale formulazione di



una rosa di “idonei-selezionati” dai direttori di dipartimento o dai responsabili di altre articolazioni interne interessate” (art. 28, c. 7);

d) nonché sulla base di criteri aziendali “generali” concertati con le OO.SS. mediche (art. 28, c. 8);

e) per una durata non inferiore a 3 anni, e non superiore a 5, con facoltà di rinnovo (art. 28, c. 9);

f) gli incarichi, infine, possono essere revocati con “atto scritto e motivato a seguito di una delle cause previste dall’art. 34” (inosservanza di direttive; risultati negativi della gestione finanziaria, tecnica, amministrativa). Come grado estremo di valutazione negativa dell’incarico si può giungere fino al recesso da parte dell’azienda (art. 34, c. 8).

Tutta la procedura è pregevole di possibili interferenze soggettive e tende a sfuggire a rigorosi criteri oggettivi. Tra essi: la volontà del direttore generale; l’entità del Fondo ex art. 50; il numero degli incarichi, ed il loro peso, per singolo dipartimento; il ruolo del diretto superiore; il ruolo del Collegio tecnico; la fortuna (essere inserito nella “rosa di idonei”); l’area e la disciplina di appartenenza; l’incisività del sindacato a livello aziendale, ecc.

In questo percorso c’è un grande assente, cioè il medico candidato all’incarico. Questi può autoproporsi? Può tutelare la correttezza del giudizio altrui? È coinvolto, oppure escluso, dal processo di attribuzione, valutazione e revoca degli incarichi? La prassi fornisce purtroppo risposte scontate a questi quesiti, e sono risposte generalmente negative.

Ricevuto l’incarico, si è poi oggetto di valutazione periodica (artt. 32-34 del CCNL di area medica).

La valutazione del medico è diversa da azienda ad azienda in ogni fase del

processo. Da zona a zona cambia il peso, ad esempio, dato alla valutazione del diretto superiore rispetto al punteggio complessivo della valutazione finale, elaborata dal Collegio tecnico sulla base di molteplici elementi. Tra tutti: il parere (scritto) del diretto superiore; il curriculum dell’attività del triennio precedente; la verifica – da parte del Collegio tecnico – dell’attività professionale svolta e dei risultati di gestione, preventivamente controllati dal competente Nucleo di valutazione.

Si tratta di percorsi definiti per lo più in sede locale sulla base delle “linee-guida regionali per l’atto aziendale” e sulla base di una concertazione con le OO.SS. mediche (art. 28, c. 8). Ma si tratta di percorsi pieni di trabocchetti e di rischi per il valutando. Quali consigli si possono dare? Nell’ambito delle relazioni sindacali aziendali:

-vanno chiariti il ruolo e la composizione del Collegio tecnico e del Nucleo di valutazione; quest’ultimo deve solo limitarsi alle annuali verifiche gestionali sul budget (art. 31, c. 3);

-vanno regolamentati i percorsi che precedono la valutazione finale: informazione e presenza del valutando nel necessario contraddittorio in caso di addebiti; presenza di un consulente legale o sindacale; presenza di specialisti della specifica disciplina; -vanno definite procedure e criteri trasparenti e oggettivi, regolamentati attraverso meccanismi di concertazione;

-vanno graduati gli effetti legati ad una valutazione positiva o – al contrario – negativa. In quest’ultimo caso, bisogna definire una gradualità nella perdita (parziale o totale) della retribuzione di risultato e nell’affidamento di incarichi di valore econo-

mico inferiore a quello in essere (art. 34 CCNL), circoscrivendo le possibilità di recesso da parte dell’azienda (“elementi di particolare gravità, anche estranei alla prestazione lavorativa”, di cui all’art. 34, c. 7), fatte salve le procedure di garanzia di cui all’art. 23 del CCNL vigente.

L’esperienza maturata in questi due anni conferma i dubbi che la CIMO aveva espresso al tavolo contrattuale: in presenza di un Fondo economico insufficiente a remunerare in modo equo gli incarichi potenziali, questi ultimi sarebbero stati remunerati in modo inadeguato. E così è stato, perché la variabile aziendale di retribuzione di posizione è, pressoché ovunque, risibile.

Scarsità di risorse, percorso infido, assenza di regole regionali che definiscano un metodo omogeneo di applicazione dell’istituto, discrezionalità dell’apparato amministrativo rispetto a valutazioni di attività professionali medico-specialistiche, ecc., sono le principali criticità del sistema.

Se le si conosce, si riesce a contrastarle e a contenerle, riducendo così le storture del sistema.

Da ciò l’utilità degli strumenti che la CIMO-ASMD ha messo a disposizione dei suoi responsabili aziendali: i Corsi di formazione; le pubblicazioni dedicate ai temi contrattuali, il supporto tecnico (Servizio-quesiti; consulenze amministrative e legali, ecc.).

Anche questi sono modi di “fare sindacato”, dando cioè supporto a quanti siano in difficoltà nell’applicare una normativa spesso contraddittoria e comunque involuta.

Stefano Biasioli
Presidente Nazionale CIMO-ASMD

LE CESSAZIONI DAL SERVIZIO NEL 2003

Alberto Karumann

Ai fini della maturazione del diritto a pensione, vanno tenuti in conto gli avanzamenti dei requisiti richiesti dall'art. 59, commi 6° e 8°, della legge n. 449/1997, allo stesso fine.

In base a ciò, le date di accesso al pensionamento, "possibili" nel 2003, sono le seguenti:

- 1. Per quanto riguarda le pensioni di vecchiaia, per il 2003, ed ormai in via definitiva, per gli uomini viene richiesto il requisito anagrafico dei 65 anni, in ugual modo sia per i lavoratori privati che per quelli pubblici. Si tratta di un "limite pensionistico" che è d'obbligo per coloro che hanno limite di età ai 65 anni, ma anche per chi ha limite più basso, per norma regolamentare, contrattuale o di stato giuridico.

Permane la facoltà di ulteriore trattenimento in servizio per due anni (non oltre i 67 anni), ai sensi dell'art. 16 del D.Lgs. 503/1992, limitatamente alle categorie riguardate dal D.Lgs. 29/1993.

Resta fermo il limite pensionistico dei 60 anni per le donne, sempre in rapporto alla pensione di vecchiaia, con conseguente vantaggio per un anticipato godimento del trattamento e per il regime dei divieti di cumulo.

Quanto al periodo di servizio, sono necessari 20 anni di servizio utile (effettivo, riscattato, ricongiunto, cumulato o figurativo). Per periodi inferiori è ancora obbligata la costituzione (gratuita) della posizione assicurativa all'INPS per legge n. 322/1958, salvo ricongiunzioni presso gestioni libero-professionali a termine della legge n. 45/1990 e salvo che si abbia diritto a pensione di inabilità.

- 2. Per tutti gli altri dipendenti in servizio al 1° gennaio 2003, le cessazioni "anticipate" (cioè prima del limite di età) nel corso del 2003 saranno possibili a maturazione dei requisiti richiesti per le pensioni di anzianità, che sono 35 anni di servizio utile e 56 anni di età. Gli stessi requisiti vanno maturati in forma congiunta (in sostanza il diritto è maturato al raggiungimento del secondo requisito).

Resta fermo per il 2003 il requisito dei 37 anni di servizio (come per il 2001 ed il 2002), in soluzione alternativa e cioè prescindendo dal limite anagrafico.

Infine, per gli anni successivi, mentre il requisito di servizio resterà fermo a 35 anni (è programmato tale fino al 2008 dalla normativa vigente), quello anagrafico passerà a 57 anni dal 2004, rimanendo poi anch'esso stabile fino al 2008.

Pure il requisito alternativo dei 37 anni di servizio è pre-

visto in elevazione ai 38 anni dal 2004, ai 39 anni dal 2006, stabilizzandosi poi ai 40 anni dal 2008. Tutto ciò, salvo eventuale modifica normativa nello stesso periodo.

- 3. Un regime più favorevole si ha (in deroga a quanto sopra), per i lavoratori precoci, come previsto dall'art. 59, comma 7°, della legge n. 449/1997 e collegata tabella B. Si tratta dei lavoratori dipendenti che risultino iscritti a forma pensionistica obbligatoria per almeno un anno in età compresa tra i 14 ed i 19 anni "per effettivo svolgimento di attività lavorativa". Sono utili anche i periodi all'estero, quelli riscattati per omissioni contributive (art. 13, legge n. 1338/1962) e quelli di lavoro autonomo (coltivatori diretti, artigiani, commercianti), anche se non utilizzati nella liquidazione della pensione ed anche se non ricongiunti presso l'INPDAP.

Il beneficio si sostanzia nel consentire la pensione di anzianità (nel sistema di tipo retributivo) ad un'età inferiore rispetto a quella prevista per gli altri lavoratori, beneficio che tuttavia dura fino a tutto il 2005.

In concreto, nel 2003 al "precoce" serviranno 35 anni di servizio e 55 di età (ovvero 37 anni di servizio alternativi), mentre nel 2004 e nel 2005 verranno richiesti 35 di servizio e 56 di età (ovvero 38 anni di servizio alternativo). Dal 2006 i requisiti richiesti sono uguali agli altri lavoratori (vedi punto 2°).

Da segnalare tuttavia che qualora dovesse intervenire modifica del requisito di servizio (ad esempio: elevazione per tutti a 40 anni), il "precoce" potrebbe rivendicare la sufficienza degli attuali 35 anni (sempre per cessazioni entro il 2005), considerato che l'art. 59 consente ad essi, sia pure a tempo, il requisito di servizio prevalente al 1998 (che sono appunto i 35 anni).

Infine, per le pensioni di tipo interamente contributivo, che dovessero maturare entro il 2005, il beneficio si sostanzia nel valutare per una volta e mezzo il periodo di lavoro accreditato entro i 18 anni, ma solo per consentire di completare i 40 anni onde anticipare la pensione contributiva a prima dei 57 anni di età normalmente richiesti.

- 4. quanto alle “finestre”, le uscite sono stabilite in base alle cadenze trimestrali, di cui al comma 8° dell’art. 59, con diversificazioni in rapporto al possesso o meno di 57 anni.

Più precisamente, possono accedere al pensionamento dal:

- 1° gennaio 2003 (ultimo giorno di servizio il 31/12/2002) coloro che avranno maturato il duplice requisito (55 anni di età e 35 anni di servizio, ovvero 37 in alternativa) nei primi 3 trimestri del 2002, avendo anche meno di 57 anni (inteso quale limite per la finestra);
- 1° aprile 2003 coloro che avranno maturato gli stessi requisiti sopraindicati nel quarto trimestre del 2002, senza alcun rilievo per l’età anagrafica;
- 1° luglio 2003 coloro che matureranno i presupposti richiesti (56 anni di età e 35 di servizio, ovvero 37 di servizio) nel primo trimestre del 2003, ove si disponga, almeno al 30 giugno 2003, dei 57 anni di età;
- 1° ottobre 2003 coloro che matureranno gli stessi requisiti (56 e 35, ovvero 37) nel secondo trimestre del 2003, disponendo almeno, al 30/09/2003, di 57 anni di età. Ove i requisiti siano maturati, invece, nel secondo semestre del 2003, l’accesso al pensionamento potrà aversi non prima del 2004.
- 5. Le possibili cessazioni anticipate nel periodo successivo alla finestra, sono da considerarsi “a data aperta”, nel senso che, superata la data fissata dalla legge, l’interessato avrà poi piena libertà di scegliere a piacimento la successiva epoca di cessazione.

È da ricordare che anche il raggiungimento dei 40 anni di servizio ha effetto del tutto “liberatorio”, nel senso che la cessazione può avvenire con decorrenza immediata, senza alcuna ulteriore soggiacenza a “finestra”. Decorrenza immediata del trattamento dalla data di cessazione (fuori finestra) si ha anche per le pensioni di vecchiaia, nonché per le pensioni di inabilità e per le pensioni indirette a favore dei superstiti. ■



INDENNIZZO DI STATO ANCHE AI SANITARI INFETTATI DA EPATITE

sentenza della Corte costituzionale 476/2002

Su segnalazione del dott. Luciano Mulas, "Il Medico ospedaliero e del territorio" ritiene utile riportare il dispositivo essenziale della importante decisione della Corte costituzionale n. 476/2002.

Considerato in diritto

1. - Il Giudice del lavoro presso il Tribunale di Pisa dubita della legittimità costituzionale dell'art. 1, comma 3, della legge 25 febbraio 1992, n. 210 (Indennizzo a favore dei soggetti danneggiati da complicanze di tipo irreversibile a causa di vaccinazioni obbligatorie, trasfusioni e somministrazione di emoderivati), nella parte in cui non prevede un indennizzo da parte dello Stato a favore degli operatori sanitari che, in occasione e durante il servizio, abbiano riportato danni permanenti all'integrità psicofisica conseguenti a infezione contratta a seguito di contatto con sangue e suoi derivati provenienti da soggetti affetti da epatiti.

Il giudice rimettente, nel formulare la questione di costituzionalità, ha presente il comma 2 dell'art. 1 della legge n. 210 del 1992, il quale prevede la corresponsione di un indennizzo a favore degli operatori sanitari che, in analoghe circostanze, abbiano riportato danni permanenti alla salute, quando il contatto sia avvenuto con sangue o suoi derivati provenienti da soggetti affetti da infezione da HIV. La mancata previsione dell'indennizzo nel caso delle epatiti violerebbe innanzitutto gli artt. 3 e 32 della Costituzione, sotto il profilo del diverso trattamento normativo di ipotesi sostanzialmente uguali di danno alla salute; e violerebbe inoltre l'art. 38 della Costituzione, per la mancata attivazione di uno strumento assistenziale, necessario in forza del dovere di solidarietà sociale sancito dall'art. 2 della Costituzione.

2. - La questione è fondata.

Il legislatore del 1992 - nel predisporre misure a favore di quanti fossero stati colpiti da patologie determinate dalla somministrazione di sangue ed emoderivati infetti - ha previsto la corresponsione di un indennizzo a favore (a) dei contagiati da

infezione da HIV a seguito di somministrazione di sangue e suoi derivati e (b) degli operatori sanitari che, "in occasione e durante il servizio", abbiano riportato danni permanenti all'integrità psicofisica conseguenti a infezione contratta a seguito di contatto con sangue e suoi derivati provenienti da soggetti affetti da infezione da HIV (art. 1, comma 2, della legge n. 210 del 1992). In corrispondenza con quanto stabilito a favore dei soggetti indicati in (a), ha altresì previsto (art. 1, comma 3, della medesima legge) che i medesimi benefici spettino a coloro che presentino danni irreversibili da epatite post-trasfusionale. Nessuna provvidenza è disposta, invece, a favore degli operatori sanitari che abbiano contratto un'epatite a seguito di contatto con sangue e suoi derivati infetti, rompendosi così il parallelismo con la disciplina prevista a favore dei soggetti affetti da infezione da HIV, indicati in (b).

Il giudice rimettente denuncia, come totalmente ingiustificata, questa mancata previsione che, del resto, non trova alcuna spiegazione nei lavori preparatori della legge. E, in effetti, la ragione indennitaria, che giustifica le misure a vantaggio delle categorie previste e che il legislatore ha esplicitamente fondato sull'insufficienza dei controlli sanitari fino ad allora predisposti, vale allo stesso modo per la categoria di soggetti non prevista e dunque esclusa. In particolare, non si comprende, se non come una dimenticanza del legislatore, perché il personale sanitario, nei casi indicati, sia ammesso al beneficio quando si abbia a che fare con infezioni da HIV ma non con epatiti, una volta che lo stesso legislatore, valutando i due tipi di patologie, li ha considerati equivalenti, ai fini dell'indennizzo, quando esse risultano contratte a seguito di somministrazione o trasfusioni di sangue.

L'imperativo di razionalità della legge impone che la ratio degli interventi legislativi del tipo in questione sia perseguita integralmente. Se ciò non avviene, la previsione legislativa ingiustificatamente mancante determina una discriminazione vietata dall'art. 3 della Costituzione. Ciò basta - indipendentemente dalla considerazione degli altri parametri invocati dal giudice rimettente - a dimostrare, con la fondatezza della questione sollevata, l'illegittimità costituzionale della disposizione sottoposta al controllo di questa Corte.

Per questi motivi **la Corte costituzionale** dichiara l'illegittimità costituzionale dell'art. 1, comma 3, della legge 25 febbraio 1992, n. 210 (Indennizzo a favore dei soggetti danneggiati da complicanze di tipo irreversibile a causa di vaccinazioni obbligatorie, trasfusioni e somministrazione di emoderivati), nella parte in cui non prevede che i benefici previsti dalla legge stessa spettino anche agli operatori sanitari che, in occasione del servizio e durante il medesimo, abbiano riportato danni permanenti alla integrità psico-fisica conseguenti a infezione contratta a seguito di contatto con sangue e suoi derivati provenienti da soggetti affetti da epatiti.

Così deciso in Roma, nella sede della Corte costituzionale, Palazzo della Consulta, il 20 novembre 2002. ■



Metropoli DEL FUTURO

Valeria Addante

Abbiamo modo di notare che spesso non ci piacciono più le nostre città poiché le sognamo più attive, ma anche più pulite, nonché ricche, belle a vedersi, moderne, tecnologicamente aggiornate, però “ecologiche” e vivibili.

Inoltre esistono molti progetti per la costruzione di nuovi agglomerati urbani quasi da fantascienza, complessi ad altissima tecnologia, capaci di accogliere più di duecentomila abitanti e costituiti da nuovi materiali antisismici, antincendio, termicamente caldi d'inverno e freschi nella stagione estiva.

Complessi cittadini costruiti anche nel sottosuolo, dove non ci saranno grandi problemi di spazio. Infatti le abitazioni saranno praticamente “da fiaba” e, in virtù della nuova scienza della domotica (la telematica domestica), basterà la presenza degli uomini per far accendere le luci, per aprire e chiudere porte, finestre o tende, ed un nostro comando verbale alla centralina basterà per accendere il forno od il televisore al plasma.

Una voce, in possesso al “sistema intelligente”, ci ricorderà ogni matti-

na i nostri impegni, gli appuntamenti, le scadenze e le ricorrenze; il frigorifero saprà da sé quando deve ordinare gli alimenti che stanno per finire o quando deve segnalarci le uova ancora buone da cuocere subito, perché domani sarebbero irrimediabilmente scadute.

Sistemi di sicurezza e vari allarmi ci confermeranno a distanza che i nostri figli stanno giocando tranquilli per i fatti loro, che il gatto o il cane è uscito nel giardino, che si è regolarmente autoattivata l'irrigazione delle aiuole.

I nostri consumi energetici verranno ottimizzati dal computer, e via così ... fantasticando. Ma ..., anche se un futuro del genere appare plausibile e quasi alla nostra portata, sappiamo anche bene che esso in verità non è l'unico possibile. Tanto più che le realtà odierne sono dinanzi ai nostri occhi: le città diventano più estese, frenetiche, meccanizzate e sempre meno vivibili. Lo attestano anche le disposizioni delle Autorità locali e centrali, via via più restrittive.

Le amministrazioni pubbliche in genere devono fare i conti con risorse e bilanci sempre più insufficienti;

per contro aumenta la popolazione e crescono i problemi legati all'inquinamento, al degrado architettonico, alla delinquenza, alle nevrosi, alle comunicazioni difficili, alla disoccupazione giovanile e non solo. Nel mondo occidentale tutte queste problematiche si verificano ovunque, ovviamente: è un fenomeno globale. E anzi esiste una metropoli, piena di fascino e di contraddizioni, che da molto tempo viene analizzata da sociologi, registi e romanzieri come il paradigma di questa incredibile divaricazione che può attenderci al più presto: si tratta di Los Angeles. Tre milioni e mezzo di abitanti (ma quindici milioni, se si considera tutta l'area metropolitana), un'industria petrolifera che rappresenta un sesto dell'intera produzione USA, l'industria cinematografica, quella televisiva e aeronautica, un porto attivissimo, il grande centro finanziario e culturale. Los Angeles possiede il DNA dei grandi crocevia del mondo (come furono alcune città e polis dell'epoca classica mediterranea); ma contemporaneamente essa mostra un volto ben diverso, rappresentato in molti film famosi.

Pensiamo anzitutto alla Los Angeles (proiettata nel 2019) del regista Ridley Scott nel film *Blade Runner* (metropoli claustrofobica, multirazziale, inquinata, violenta, inquietante). Tuttavia per alcuni studiosi ambientali e urbanisti, oggi il futuro di Los Angeles si prospetta ancor più negativo di quello immaginato da Ridley Scott vent'anni fa nel suo film. È il presente a indicarcelo con preoccupazione: a Los Angeles ci sono più di 150 mila persone senza tetto, la maggior parte dei quali neri, e sono soprattutto donne e bambini.

Il quartiere denominato *Skid Row* è catalogato tra i dieci più pericolosi del mondo; in esso vivono circa 80 mila persone in un contesto di degrado tipo "anni della grande depressione". Infatti non esistono servizi sociali, ed i reietti della metropoli sono soprattutto gente uscita dalle carceri, senza che abbiano un lavoro, affetti frequentemente dalla tubercolosi o dall'AIDS. La notte rappresenta il picco della invivibilità; per le strade si accendono fuochi e attorno ad essi si intravedono migliaia di volti senza speranza. In sostanza un ghetto nel quale vengono confinati "homeless" e senza lavoro; d'altronde il sussidio di disoccupazione non consente di pagarsi un qualsiasi affitto.

Ma anche lasciando per un momento il ghetto e inoltrandosi nelle sterminate periferie, si incontrano costruzioni del tipo "villetta con giardino" che, dopo un fiorente periodo, hanno lentamente accusato un degrado progressivo e inarrestabile.

La realtà è che le amministrazioni locali concentrano la loro attenzione sulle parti più moderne delle città e hanno abbandonato a se stesse le vecchie periferie. C'è povertà, violenza, bande di strada (le *street gangs*), quartieri in guerra tra loro, con decine di migliaia di morti negli ultimi decenni.

A Los Angeles c'è paura: i bianchi della buona borghesia si ritirano sulle colline di Hollywood, mentre ai reietti resta Downtown. Il sistema scolastico degli Stati Uniti ha fatto il resto: i bianchi hanno abbandonato la scuola pubblica (mista, cioè bianca e nera) nella quale venivano insegnati i valori della democrazia e della convivenza, e si sono rivolti agli istituti privati. La conseguenza è che tutto il sistema pubblico dell'istruzione è al collasso e, come effetto collaterale, vengono scoraggiati l'integrazione e le comunicazioni personali e sociali.

Ma Los Angeles non rappresenta l'unica metropoli "a rischio vivibilità". Pensiamo ad esempio a Rio de Janeiro, dove si aggiungono gli "squadroni della morte", a Città del Messico, a molte altre metropoli.

Uno dei segnali più eclatanti e più forti di questa situazione è dato, da qualche anno, dal proliferare delle cosiddette *Ogated Communities*. Si tratta di zone residenziali recintate, comprensori-bunkers, enclaves; insomma piccole città blindate e privatizzate all'interno delle stesse metropoli: un fenomeno in via d'exportazione mondiale e globale, giunto anche nel nostro Paese.

Queste "fortezze" sono create per difendere la privacy dei più ricchi e tenere lontane le moltitudini rabbiose, rozze, petulanti. Allo scopo, vengono utilizzati tutti i sistemi di sicurezza e di difesa, elettronici e umani.

Come ha scritto Tomas Maldonado nella "Critica della ragione informatica", questi edifici sono costruiti innanzitutto per rendere esplicito, anche a livello simbolico, il confine tra esclusi ed inclusi. Qui gli occupanti, convinti di vivere in stato di assedio, si asseragliano in recinti fortificati e la sicurezza è garantita, oltre che da sofisticate soluzioni architettoniche e dagli ultimi ritrovati elettronici, anche da

squadre militarizzate di *guardian-angels*. Conclude Maldonado: "Ecco il paradiso di cui gli inclusi, per quasi autonomia scelta, finiscono col farsi esclusi".

Ed ecco uno spazio crescentemente privatizzato che lotta sempre più anche con alcuni diritti di base della democrazia. Dicevamo, all'inizio, di una divaricazione che può attenderci dietro l'angolo, di un'alternativa pessimistica ai progetti delle ideali città cablate e confortevoli annunciate. Dobbiamo quindi sperare fortemente che gli incubi o i trend che obiettivamente paiono volgere verso quella direzione, domani non si tramutino in sgradevole realtà. Dovremmo, in conclusione, fare qualcosa di più che sperare soltanto: dovremmo anche agire! ■

