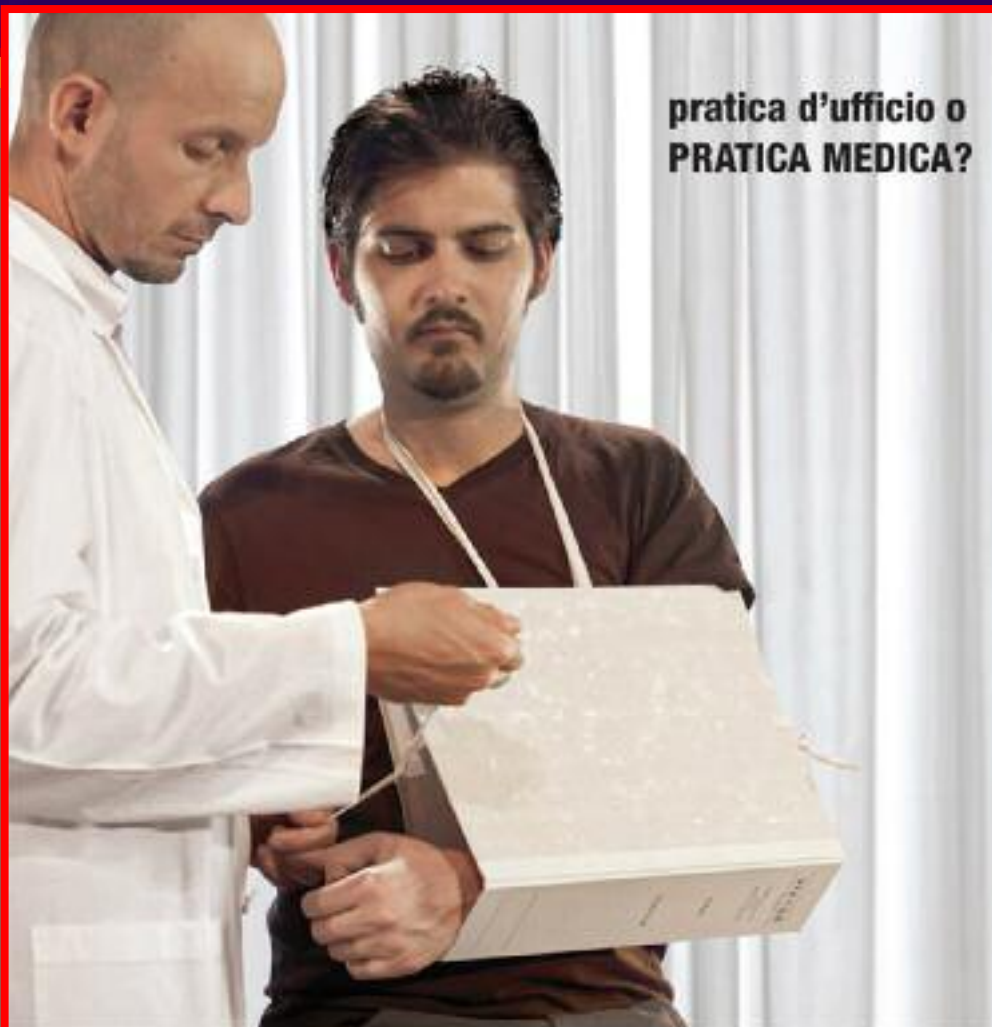


Anno IX - N.4/2011 - Dicembre - Trimestrale



# IL MEDICO OSPEDALIERO E DEL TERRITORIO



pratica d'ufficio o  
PRATICA MEDICA?

**Curereste così  
una frattura?  
Cioè senza  
gesso, tutore,  
osteosintesi,  
ecc...?**

**La burocrazia  
e il risparmio  
esasperato  
non sono  
la soluzione**

**Aderisci a CIMO per scegliere il futuro della tua professione**

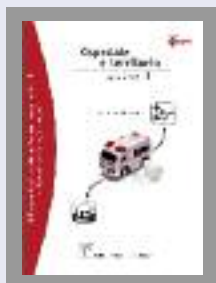
Le esigenze gestionali condizionano sempre di più il rapporto con il paziente.  
Tutela la specificità della tua professione per garantire ai pazienti un medico  
che abbia tutto il tempo di prendersi cura di loro.  
Iscriviti a CIMO, l'unico Sindacato di Medici per i Medici.

**CIMO: IL SINDACATO CHE SI PRENDE CURA DEI MEDICI**

Per informazioni: [sede.nazionale@cimoasmd.it](mailto:sede.nazionale@cimoasmd.it) - [www.cimoasmd.it](http://www.cimoasmd.it)



# DALL'OSPEDALE AL TERRITORIO PER UNA NUOVA SANITÀ



## Ospedale e territorio

Teoria e fatti

A cura di Stefano Biasioli

Volume di 104 pagine  
f.to cm. 15 x 21 - brossurato  
€ 12,00



## Cure domiciliari

Il modello integrato della Regione Piemonte

## La farmacovigilanza

A cura di Stefano Biasioli  
e Luciano Mulas

Volume di 64 pagine  
f.to cm. 15 x 21 - brossurato  
€ 12,00



## Le linee guida "vicentine" valutazioni, schede, servizi

A cura di Luigi Dal Sasso

Volume di 66 pagine  
f.to cm. 15 x 21 - brossurato  
€ 15,00



## Linee guida

per l'emergenza territoriale  
ed ospedaliera

A cura di Luigi Addante

Volume di 72 pagine  
f.to cm. 15 x 21 - brossurato  
€ 12,00



## Le 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



## La rete dei servizi territoriali

analisi dei costi per valutare appropriatezza  
ed efficacia del percorso assistenziale

A cura di Chiara Francesca Marangon,  
Luisa Andreetta, Luigi Dal Sasso

Volume di 104 pagine  
f.to cm. 15 x 21 - brossurato  
€ 15,00



## 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



## Protocollo per la prevenzione e il trattamento delle lesioni da decubito

A cura di Mario Favazza

Volume di 160 pagine  
f.to cm. 15 x 21 - brossurato  
€ 20,00



## Il clinical risk management

Stato dell'arte ed esperienze

Davide Roncali

Volume di 136 pagine  
f.to cm. 15 x 21 - brossurato  
€ 20,00

COLLANA DIRETTA  
DA STEFANO BIASIOLI  
IN COLLABORAZIONE CON



ASSOCIAZIONE  
SINDACALE  
MEDICI  
DIRIGENTI



CIC Edizioni Internazionali

**Direttore**  
Carlo Sizia

**Vice direttore**  
Mario Ferrera

**Direttore responsabile**  
Raffaele Salvati

**Collaboratori e consulenti**

*Rubriche speciali*

Umberto Celotto, Maurizio Dal Maso,  
Luigi Dal Sasso, Vania Cirese e Giancarlo Faletti,  
Mario Ferrera, Enrico Hüllweck,  
Carlo Sizia

**Comitato di redazione**

Carlo Sizia, Mario Ferrera, Stefano Biasioli,  
Riccardo Cassi, Carlo Cordella,  
Giuseppe Lavra, Guido Quici,  
Giuseppe Ricciardi, Paolo Trovato

**Produzione editoriale**

Antonella Onori  
onori@gruppcic.it

**Progetto grafico e impaginazione**

Daniela Manunza

**Area pubblicità**

Roma: Patrizia Arcangioli  
arcangioli@gruppcic.it

**Area marketing e sviluppo**

Carlo Bianchini, bianchini@gruppcic.it,  
Antonietta Garzonio, garzonio@gruppcic.it  
Fabio Regini, regini@gruppcic.it

**CIC Edizioni Internazionali s.r.l.**

Direzione, redazione e amministrazione:  
Corso Trieste, 42 - 00198 Roma  
Tel. 06 8412673 - Fax 06 8412688  
e-mail: info@gruppcic.it - www.gruppcic.com  
Area Nord Italia: Via Matteotti, 52/a  
21012 Cassano Magnago - Varese  
Tel. 0331 282359 - Fax 0331 287489

Aut. Trib. di Roma n. 709/02 del 30/12/2002  
R.O.C.: 6905/28541

Stampa: Ugo Quintily S.p.A., Acilia (Roma)  
Finito di stampare nel mese di novembre 2011

Copia omaggio.  
Il giornale viene inviato da CIMO-ASMD  
ai propri iscritti.

Ai sensi del Decreto Legislativo 30/06/03 n.196 (Art. 13)  
informiamo che l'Editore è il Titolare del trattamento e che  
i dati in nostro possesso sono oggetto di trattamenti informatici  
e manuali; sono altresì adottate, ai sensi dell'Art. 31,  
le misure di sicurezza previste dalla legge per garantirne la  
riservatezza.

I dati sono gestiti internamente e non vengono mai ceduti  
a terzi, possono esclusivamente essere comunicati ai propri  
fornitori, ove impiegati per l'adempimento di obblighi contrattuali  
(ad es. le Poste Italiane). Informiamo inoltre che in qualsiasi  
momento, ai sensi dell'art. 7, si può richiedere la conferma  
dell'esistenza dei dati trattati e richiederne la cancellazione,  
la trasformazione, l'aggiornamento ed opporsi al trattamento  
per finalità commerciali o di ricerca di mercato con comunicazione scritta.

Il contenuto degli articoli rispecchia esclusivamente l'esperienza  
degli autori. La pubblicazione dei testi e delle immagini pubblicitarie  
è subordinata all'approvazione della direzione del giornale ed in ogni caso  
non coinvolge la responsabilità dell'editore.

Ogni possibile sforzo è stato compiuto nel soddisfare i diritti di riproduzione.  
L'editore è tuttavia disponibile per considerare eventuali richieste di aventi diritto



CIC Edizioni Internazionali

ASSOCIATO A:

**A.N.E.S.**

ASSOCIAZIONE NAZIONALE EDITORIA PUBBLICITÀ



CONFINDIRITTORE

© Copyright 2011

# IL MEDICO OSPEDALIERO E DEL TERRITORIO



ANNO IX (NUOVA SERIE) - N. 4 - DICEMBRE 2011

**Editoriale**

Basta subire, occorre reagire	4
Una manovra "a tappe"	5

**Economia e gestione sanitarie**

Meno manager e più leader: il futuro del SSN passerà attraverso la capacità di cambiare l'intero ciclo produttivo socio-assistenziale	6
--	---

**Previdenza medica**

Le modifiche alle pensioni "in manovra"	12
Pensionati: peso od opportunità per la società?	14

**Rapporto ospedale – territorio**

Le cure intermedie: luogo per le sfide dei prossimi anni	17
--	----

**L'angolo delle specialità**

La dipendenza e la sua interpretazione	19
Malattie rare: una speranza c'è	21
Il percorso senologico della ASL di Teramo	23
La "Road Map for Action" contro il dolore cronico	25

**La parola agli avvocati**

Lo spazio sanitario europeo	27
-----------------------------	----

**Cultura e recensioni**

L'école des italiens – "Museo immaginario chiuso per un anno"	30
Recensione dell'antologia di poesie "Nei dintorni di Elicona"	31
Una fresca vena letteraria tra di Noi	32

**Rubriche speciali**

Il direttore risponde	33
Notizie e commenti brevi	35

**Documenti 4/2011**

Rilettura di alcuni istituti contrattuali integrati con disposizioni di legge in materia	
Favola sanitaria con morale	
Disciplina in tema di infrazioni e sanzioni disciplinari	

## Basta subire, occorre reagire



**L**e ultime due manovre finanziarie hanno ulteriormente colpito la nostra categoria: prorogando di un anno il blocco dei rinnovi dei contratti e degli sviluppi di carriera, già previsti dalla manovra del 2010; mantenendo il prelievo del 5% per i redditi sopra i 90.000 euro/anno e del 10% sopra i 150.000, prelievo che è stato esteso anche ai trattamenti pensionistici di analogo importo. Per un quadro più dettagliato e particolareggiato delle ulteriori penalizzazioni, rinvio al nostro sito ([www.cimoasmd.it](http://www.cimoasmd.it)). Inoltre si prefigurano ulteriori interventi sulle pensioni di anzianità e, addirittura, sul meccanismo di calcolo interamente retributivo delle pensioni, del quale ancora fruiscono molti di noi.

Tutto questo cade su una categoria che ha visto, negli ultimi 20 anni, erodersi progressivamente il suo ruolo professionale, per non parlare del ruolo nella programmazione, organizzazione e gestione del SSN, a tutto vantaggio dei politici, che la riforma doveva allontanare dalla sanità, e che invece hanno acquistato nuovo potere, tenendo sotto scacco e ricatto i medici, ai quali possono assegnare o togliere discrezionalmente gli incarichi, a partire da quelli di struttura complessa, che per CIMO-ASMD devono essere attribuiti ai migliori professionisti sulla base di un giudizio esclusivamente tecnico.

Una politica che sembra aver raggiunto il livello più basso: impone sacrifici (talvolta necessari) ai cittadini, ma risparmia e rinvia quelli che la riguardano; non riesce a chiudere gli enti inutili, perché centri di potere e di prebende; sperpera le risorse dei fondi sanitari regionali in malgoverno e malaffare, che stanno interessando anche Regioni una volta ritenute virtuose.

Prima di parlare di sottofinanziamento e chiedere ulteriori risorse ai pochi che pagano le tasse (ed i medici dipendenti fanno parte del 5% "più ricco" del Paese, in base alle denunce IRPEF!), CIMO-ASMD chiede che le Regioni utilizzino correttamente le risorse assegnate, riorganizzino i propri servizi, aboliscano le duplicazioni, coinvolgano realmente i professio-

nisti nelle scelte. È da almeno 10 anni che assistiamo ad una confusione di ruoli e competenze, non solo tra gli operatori della sanità, ma anche tra i diversi livelli di governo della gestione del bene-salute, rispetto alla quale le Regioni hanno solo saputo opporre un veto ad ogni iniziativa legislativa nazionale, Regioni che d'altra parte non riescono a coordinare una politica comune ed a presentarsi come interlocutore valido per un progetto di riforma.

Inoltre, senza riforme strutturali, ogni anno ci sarà una nuova manovra economico-finanziaria, che sempre più impoverirà la categoria, non solo sul piano economico. Da anni il medico sta lavorando in condizioni di estrema difficoltà, anche perché gli vengono richieste incombenze sempre maggiori in ambito burocratico - amministrativo, che lo distolgono inevitabilmente dall'impegno primario, la cura del paziente.

CIMO-ASMD ritiene invece che si debba riportare al centro della Sanità la figura del medico-professionista della salute, che si prende cura innanzi tutto del paziente.

È bene ricordare che il medico è l'unico professionista a cui è riconosciuta la capacità e la responsabilità di fare diagnosi, prognosi e terapia: nessun'altra professione potrà mai avere queste prerogative.

È giunto quindi il momento di dire a chiare lettere cosa intende fare la CIMO-ASMD nel prossimo futuro per ristabilire una corretta collocazione del "dottore".

I messaggi chiari che CIMO-ASMD intende inviare si riferiscono: al rilancio della specificità della professione medica, alla corretta valorizzazione della carriera professionale, al supporto per i giovani medici e per i precari, alla tutela del contratto di lavoro del medico, alla tutela assicurativa e legale.

Si tratta, a nostro avviso, di un progetto ambizioso e siamo perfettamente consci delle difficoltà che incontreremo nella realizzazione di queste nostre idee. Non è facile modificare concetti che si sono stratificati negli anni, che hanno relegato il medico ad un ruolo sempre più contabile e sempre meno professionale ma, proprio da queste considerazioni, siamo partiti per dare connotazione a questa campagna sul rinnovato e rinvigorito ruolo del medico.

In questa *mission* cercheremo l'alleanza di tutte le rappresentanze dei Colleghi che hanno la nostra stessa sensibilità verso la professione medica. Vogliamo far capire ai politici l'importanza della peculiarità della nostra categoria, a partire dalla necessità di riservare ad essa una specifica sezione contrattuale, distinta dalle altre professioni sanitarie, per le quali nutriamo il massimo rispetto ma, altrettanto fermamente, reputiamo abbiano necessità di una diversa collocazione in ambito contrattuale. Riteniamo si debba valorizzare la carriera del professionista medico dipendente, con le opportune motivazioni ed incentivi economici correlati alla peculiarità della nostra attività.

Ci batteremo per dare un futuro certo anche ai giovani Colleghi ed ai precari che si affacciano alla professione in

Riccardo Cassi

anni molto difficili. Siamo disposti a collaborare con le Istituzioni per la ricerca di percorsi formativi in grado di offrire un futuro ai giovani che intraprendono questa difficile carriera.

Vogliamo inoltre offrire ai nostri iscritti proposte assicurative e legali veramente in grado di difenderli in caso di problematiche medico - legali eventualmente intercorrenti nel corso dell'esercizio professionale.

Questi saranno i nostri impegni per la difesa del medico ospedaliero, e del medico dipendente in generale. Percorreremo tutte

le strade che ci consentiranno di raggiungere i nostri obiettivi. Se anche Tu la pensi così, dai più forza all'unico sindacato di "medici per i medici"; fai iscrivere a CIMO - ASMD i tuoi Colleghi di reparto, distretto ed ospedale, ed aiutaci a ridare la giusta dignità ad una professione così nobile, ma oggi così marginalizzata.

Riccardo Cassi

Presidente Nazionale CIMO-ASMD

## Una manovra "a tappe"

Il 7/09 il Governo ha ottenuto la fiducia del Senato sul maxielemento, che corregge (per la quarta volta) la manovra finanziaria iniziata a luglio e rinforzata in agosto.

Testo confermato alla Camera il 14/09 con il cinquantesimo voto di fiducia.

L'insieme delle misure dovrebbe (il condizionale è d'obbligo) consentire il pareggio di bilancio per il 2013, o al più tardi per il 2014, come ci è stato chiesto dall'Europa.

Tutto bene? No, perché si tratta di una manovra iniqua e sbilanciata, che ha solo tamponato la crisi economico-finanziaria, ma non l'ha risolta.

Dal 2014, come si manterrà il pareggio di bilancio? Forse bloccando ancora i CCNL della P.A. e all'infinito? Tassando ancora i "soliti noti", che faranno la fine dell'asino di Buridano?

Un Governo debole, inetto e diviso ha prima negato (per mesi) la gravità della situazione e poi, avvinghiandosi su se stesso e cedendo ripetutamente a specifiche "lobbies", ha dato vita ad una manovra di almeno 55 miliardi (partendo da circa 25), basata per il 65% sulle tasse e per il solo 35% sui tagli, veri o presunti.

Queste cifre saranno sufficienti a tranquillizzare i detentori del nostro debito pubblico: pubblici o privati, europei od extraeuropei che siano?

Molte incertezze e poche certezze. Tra queste ultime:

- 1) la pressione fiscale aumenta almeno fino al 45-46%;
- 2) le manovre strutturali sono state rinviate alle calende greche (lotta alla recessione con rilancio dell'economia; piano organico per la viabilità; messa in sicurezza delle strutture pubbliche, ecc.);
- 3) prima di Natale credo arriverà un'ennesima "manovra";
- 4) i tagli ai costi della politica e dei politici sono minimi, per non dire inconsistenti;
- 5) i due disegni di legge costituzionali (abolizione delle Province, obbligo costituzionale del pareggio di bilancio dal 2014), approvati l'8 settembre dal Consiglio dei Ministri, avranno vita grama (vedremo mai 4 passaggi parlamentari in 17-18 mesi di vita residua della legislatura, ammesso che giunga al suo termine fisiologico?);
- 6) nonostante le ripetute promesse, i disegni di legge anzidetti

non prevedono: il taglio del numero dei parlamentari; il divieto della sommatoria di cariche (es.: sindaco + parlamentare); il limite al numero dei mandati parlamentari; la nuova normativa sui rimborsi elettorali e sugli assistenti dei parlamentari; l'austerità per il Quirinale; la trasformazione dei "vitalizi" in pensioni, ecc.;

7) non è ancora stato varato un disegno di legge di riforma strutturale del fisco.

Alla fine, l'unico taglio certo riguarda il CNEL, con risparmio di circa 1 milione di euro sui più di 55 mld complessivi di euro della manovra.

Qual è la morale che si ricava dalle ripetute manovre estive, tra l'altro di incerta paternità?

Tutti gli italiani hanno un vitale interesse che la manovra in essere sistemi i conti e "rassicuri i mercati" (Angelo Panebianco).

Ma questo trimestre estivo (dal "non c'è crisi" a 4 testi di manovre finanziarie precipitose) hanno messo in luce l'incapacità di Berlusconi di esercitare una *leadership* effettiva, concreta e continua sulla sua maggioranza.

In altri termini, proposte come "l'annullamento degli anni di riscatto universitari, ai fini pensionistici" (norma per fortuna abortita), associate alla mancata riforma della politica e del fisco, cosa hanno a che fare con la "discesa in campo" di Berlusconi, per "cambiare la politica"?

Ancora: quale coerenza c'è tra le idee iniziali del Cavaliere e la politica economica del suo Governo, tutta affidata a Tremonti, notoriamente nemico del mercato e pesante statalista?

Coalizione debole, Premier incapace di varare - insieme alla manovra dolorosa e sbilanciata a danno dei soliti noti - quelle manovre strutturali che, oggi più di ieri, la gente comune chiede con forza. La gente comune, inclusi i suoi ex-elettori, come gli ex-elettori della Lega.

Per sopravvivere fino al 2013 e per resistere ai magistrati, ha ceduto a Tremonti, alla Lega ed ha rinnegato il suo spirito originario.

Può anche essere che sopravviva fino al 2013, grazie ad un'opposizione inconcludente ed incapace, ma ha fallito la sua missione iniziale. Non solo non ha cambiato questa Italia ma, fatto ancora più grave, non ha neppure provato a cambiarla, nonostante la larga maggioranza parlamentare ottenuta nel 2008, seppur con l'ausilio di un sistema elettorale molto particolare.

Stefano Biasoli

Segretario Generale CONFEDIRMIT-PA

Membro (molto provvisorio) del CNEL

# Meno manager e più leader: il futuro del SSN passerà attraverso la capacità di cambiare l'intero ciclo produttivo socio-assistenziale

Maurizio Dal Maso

In questo momento particolare della politica e dell'economia sanitaria italiana si rendono necessarie scelte coraggiose e azioni forti tese a cambiare in profondità e stabilmente l'organizzazione dei servizi socio-sanitari. Sono queste le condizioni ideali per sfruttare le difficoltà trasformandole in opportunità di crescita e sviluppo, a patto di averne la consapevolezza e di poter disporre delle "persone giuste al posto giusto". Non è pensabile di riorganizzare o, semplicemente, riqualificare i cicli produttivi attuali: bisogna avere il coraggio di cominciare a fare cose diverse rispetto a quelle fatte fino ad oggi per rispondere effettivamente ai nuovi bisogni sanitari delle comunità. Questo non si realizza passando attraverso atti legislativi o rivedendo gli attuali modelli gestionali, ma facendo decisi cambi di rotta, attuando azioni concrete che esplicitino il nuovo pensiero su cui basare le future risposte, ovvero "more from less for more".

Come si fa, ma soprattutto con chi fare questo radicale cambio di rotta? Con meno manager e più leader perché se *management* significa gestire, avere la responsabilità di risorse e del loro uso ottimale, oggi è indubbio che serva *leadership*, ovvero la capacità di influenzare, orientare, soddisfare bisogni: un *leader* è, infatti, colui che conosce, intraprende e mostra la via nuova da percorrere. La *leadership* si deve apprendere e può essere appresa e, già nel 1996, P.F. Drucker sosteneva che i veri *leader* non hanno personalità, stili o caratteristiche particolari, ma sono consci di quattro condizioni essenziali:

1. il *leader* ha dei seguaci: senza seguaci non ci possono essere *leader*;
2. la popolarità non è *leadership*, i risultati sì; un *leader*

capace non è un individuo da amare o da ammirare, ma qualcuno che sa dare le giuste indicazioni ai propri seguaci;

3. i *leader* hanno visibilità e quindi costituiscono un esempio;

4. la *leadership* non corrisponde al rango, ai privilegi, ai titoli o al denaro, è responsabilità e la responsabilità è ciò che lega *management* e *leadership*.

Ma, soprattutto, l'Autore ricordava che i risultati di successo si ottengono sfruttando le opportunità, non limitandosi a risolvere i problemi. Ecco perché non basta più concentrarsi sulla gestione e sui criteri ottimali per attuarla, è ora di definire nuove linee di governo e di fare in poco tempo quello che non si è voluto, o saputo o potuto fare negli ultimi 20 anni nei diversi SSR. Tutto ciò non solo per i ben noti squilibri finanziari ma anche, e soprattutto, per la necessità di correggere rapidamente le disuguaglianze esistenti in termini di "valore generato" e "quantità di salute prodotta" nei diversi contesti metropolitani e regionali. Per poter garantire un corretto equilibrio economico-finanziario delle aziende sanitarie non è opportuno operare dei tagli lineari o finalizzati ad una generica riduzione di spesa ma, piuttosto, innovare, cioè ripensare i servizi secondo una logica di appropriatezza professionale e quindi organizzativa, considerando che un sistema raggiunge e mantiene stabile il suo equilibrio economico solo se ha saputo riorganizzare la sua attività secondo logiche di qualità, di efficacia/efficienza, di appropriatezza e sostenibilità. I percorsi di cura attesi dalla popolazione sono assai diversi da quelli oggi prodotti dalla nostre aziende che danno sempre più l'i-

dea di essere concentrate prevalentemente sul controllo e sul mantenimento degli equilibri fra i diversi *stakeholder* dimenticandosi che, alla fine, il vero ed unico *stakeholder* è il cittadino-utente. Giova ricordare che un'azienda sanitaria pubblica non opera sul mercato alla ricerca di un utile attraverso un meccanismo di prezzi, ma può riuscire, e spesso ci riesce, a sviluppare un forte orientamento ai risultati e all'utente attraverso una gestione per obiettivi e per progetti, mirata ad un migliore impiego delle risorse (efficienza) per incrementare la qualità e l'efficacia dei servizi resi ai cittadini ottenendo, come conseguenza, anche l'equilibrio di bilancio. Il ciclo di vita delle diverse aziende sanitarie regionali evidenzia situazioni molto eterogenee fra loro e quindi non confrontabili, per cui definire a priori linee di azioni comuni è assai difficile e forse inutile, ma certamente si dovrà uniformare il *setting* direzionale a partire da quello dei direttori di unità operative, capi dipartimento fino alla direzione aziendale. Infatti, pur se a diversi livelli dell'organizzazione, e in linea con gli obiettivi delle linee di governo e di gestione, bisognerà gestire la comunicazione organizzativa, sviluppare le risorse professionali, sviluppare le attività in coerenza con le innovazioni tecnologiche, sviluppare il proprio ruolo di leadership e saper comprendere il contesto più ampio del sistema in cui la struttura vive. Anche il Consiglio della UE si muove nella direzione di una necessaria "rivoluzione gestionale" della sanità. In un recente documento pubblicato sulla G.U. dell'Unione europea dell'8 luglio 2011, si invitano tutti gli Stati membri, fra l'altro, a:

- valutare approcci e modelli innovativi di assistenza sanitaria che rispondano alle sfide, e sviluppare strategie future a lungo termine nel settore sanitario, mettendo in particolare l'accento su investimenti efficaci nel settore sanitario e sulle risorse umane, con l'obiettivo di allontanarsi dai sistemi incentrati sugli ospedali a favore di sistemi di cura integrati, migliorando l'accesso equo alle cure di alta qualità e riducendo le disuguaglianze;
- promuovere valutazioni delle tecnologie sanitarie (HTA) e assicurare un uso più intelligente delle soluzioni relative a servizi sanitari in rete, in modo da garantire un impiego ottimale delle risorse e benefici per la salute e i sistemi sanitari;
- sostenere il processo di riflessione attraverso misure adeguate, tra cui un accesso agevolato a consulenze multisettoriali informali e indipendenti da parte di esperti, disponibili su richiesta per gli Stati membri

e/o per il gruppo «Sanità pubblica» ad alto livello;

- mettere in rilievo il ruolo economico di primo piano del settore sanitario, nella prospettiva di far sì che la sanità non sia più considerata semplicemente una voce di spesa, ma che sia invece riconosciuta come un fattore che contribuisce alla crescita economica.

Il Piano Sanitario Nazionale 2011-2013 prevede di muoversi secondo logiche di sostenibilità economica, efficienza e di garanzia per l'uniforme applicazione degli obiettivi e dei LEA a livello nazionale, considerando l'invecchiamento progressivo della popolazione, l'aumento delle malattie croniche e delle pluripatologie, la crescita della domanda di salute e benessere in senso lato, la scarsità "relativa" delle risorse con necessità di mantenere un equilibrio tra prestazioni e finanziamenti, l'inappropriatezza di molte prestazioni ospedaliere, le carenze organizzative delle cure primarie e dei servizi territoriali, l'allungamento "fisiologico" delle liste di attesa, gli alti volumi di spesa farmaceutica, i differenti livelli di qualità dei servizi erogati e la carenza storica di infermieri e, nel prossimo futuro, anche di medici.

Tra le principali azioni sono previste la messa in rete degli ospedali con la trasformazione dell'offerta dei piccoli ospedali, la riorganizzazione delle reti ospedaliere in base al fabbisogno di prestazioni di alta specialità/complessità, il *benchmarking* tra strutture, la nuova rete dell'emergenza-urgenza con percorsi alternativi per i codici a minore complessità e lo sviluppo delle cure intermedie con la presa in carico dei pazienti in ambito di continuità assistenziale, la valutazione degli esiti di salute e il governo effettivo della domanda.

Questo aspetto merita un'attenta riflessione perché da diversi, e forse troppi, anni si parla della priorità di azione delle cure intermedie e di come queste dovrebbero essere il faro del sistema assistenziale. Nel n° 24 del 2009 di Monitor era riportata una Tabella che mostrava un modello ben strutturato per valutarle usando la sequenza input → output → outcome, attraverso aree specifiche e in relazione a finalità diverse.

Rivista oggi, sembra un ottimo contenitore a cui continua inesorabilmente a mancare il contenuto. Non so se l'"ospedalizzazione del territorio" sia la risposta, come vedremo in seguito, ma certamente una risposta stabile dovrà essere fornita perché da troppi anni il 51% della quota capitaria annuale finanzia quello che sempre più sembra un "buco nero", che consuma risorse e non produce i servizi e quindi i risultati attesi, oppure produce poco e in tempi troppo lunghi rispetto alle esigenze e alle aspettative degli utenti.



# Scheda adesione nuovi iscritti



Il sottoscritto dott. Cognome.....  
Nome.....  
luogo e data di nascita .....

abitante a..... prov..... cap.....  
via..... n.....  
tel. casa..... tel. ospedale.....  
e-mail.....  
Codice Fiscale.....  
Regione..... Azienda Sanitaria.....  
Presidio Ospedaliero o Territoriale.....  
Qualifica.....  
Specialità di inquadramento:.....  
Reparto o servizio.....

Chiede l'iscrizione a C.I.M.O.-A.S.M.D. e pertanto autorizza l'Amministrazione ad effettuare sulla propria retribuzione una trattenuta mensile a favore del sindacato per l'importo stabilito dal Consiglio nazionale. La delega è permanente, salvo personale disdetta scritta. Ai fini associativi la presente delega ha valore su tutto il territorio nazionale, anche in caso di trasferimento ad altra Azienda Sanitaria.

Data .....

Firma .....

## CONSENSO

Con la firma sottostante il sottoscritto autorizza altresì C.I.M.O.-ASMD ad utilizzare le informazioni contenute nella presente scheda nel rispetto della D.Lgs.196/2003 di "Tutela della Privacy", per la realizzazione dei propri fini istituzionali ai sensi del vigente Statuto C.I.M.O.-A.S.M.D.

Firma .....

Un elemento di criticità in questo percorso è rappresentato dalla difficoltà di acquisire dati informativi tempestivi, attendibili e completi sull'effettivo "prodotto" del territorio da porre quale base per realizzare progetti di miglioramento continuo della qualità. Elemento altrettanto carente è la mancanza di cooperazione tra i vari attori coinvolti nei servizi sanitari, di capacità di creare consenso, di confronto tra le pratiche migliori, di crescita delle competenze utilizzando con responsabilità le risorse disponibili. In questo scenario e con la finalità di fornire aggiornate linee di indirizzo, è stato di recente pubblicato sulla rivista Monitor N° 27 del 2011 un documento sulla riqualificazione dei servizi sanitari basata su una stretta integrazione tra la rete dell'emergenza-urgenza, la rete ospedaliera e la rete territoriale, in cui si evidenzia che:

- **la rete dell'emergenza-urgenza** deve agire come ponte tra territorio e la rete operativa degli ospedali, offrendo un sistema uniforme e capillare in grado di garantire una presa in carico efficace e tempestiva delle situazioni critiche ed a maggior rischio; l'organizzazione deve prevedere la possibilità di una rapida valutazione delle condizioni cliniche del paziente ma anche, se necessario, il trasporto assistito presso la sede più idonea a fornire un trattamento di qualità e di alta specializzazione della patologia in essere;

- **la rete ospedaliera** deve essere ridisegnata secondo una logica dipartimentale, anche interaziendale, *hub & spoke* e per intensità di cure (o differenti livelli di assistenza), con specifici parametri da rispettare per il dimensionamento delle strutture sanitarie di ogni singola disciplina in riferimento al reale bacino di utenza. Una particolare attenzione viene rivolta al tema dell'appropriatezza dei ricoveri, valutata mediante un set di indicatori:

- ricoveri ordinari chirurgici o in Day Hospital non convertiti in attività ambulatoriali,

- ricoveri ordinari non chirurgici effettuati in reparti di chirurgia,

- valore percentuale di ricoveri medici con degenza uguale o superiore a 12 giorni (consentito al massimo il 20% dei casi),

- trattamenti di chemioterapia in ricovero ordinario o in DH non convertiti in attività ambulatoriali,

- tasso di ospedalizzazione per scompenso cardiaco in soggetti di età compresa tra 50 e 74 anni (indicatore assunto come elemento di valutazione della scarsa efficacia delle cure domiciliari);

- **la rete territoriale** deve raggiungere uno sviluppo tale in modo da offrire un'efficace presa in carico globale dei pazienti e, in particolare, di quelli usciti da una fase acuta di malattia, realizzando percorsi assistenziali in grado di

affrontare e gestire al meglio anche i problemi clinici più complessi e integrando compiutamente aree diverse come quella sociale e assistenziale. Il percorso da seguire potrebbe essere quello delle sperimentazioni gestionali in alcuni particolari patologie che da sole consumano una grande quantità di risorse, ad esempio: broncopatie croniche, ipertensione, scompenso cardiaco, diabete, ictus. Il tutto allo scopo di definire i corretti protocolli professionali e quindi gestionali che integrino le diverse competenze istituzionali ma che permettano, alla fine, di avere un percorso di cura condiviso, fluido e centrato sulle attese e sui bisogni degli utenti eliminando tutti quei passaggi professionali e gestionali inutili perché a valore aggiunto pari a zero.

Ne deriva che il capitolo delle cure intermedie deve essere riscritto alla luce di soluzioni stabili ed esportabili in contesti regionali diversi a parità di efficacia in termini di risultati di salute raggiunti. Come e con quali soggetti?

Una della ipotesi potrebbe essere quella di spostare l'ago della bilancia dalla parte dell'ospedale, struttura in grado di accompagnare realmente il paziente nella gestione territoriale del post-acuzie, in modo da non lasciarlo solo dopo la dimissione. Questa soluzione, ciclicamente riproposta e dibattuta ma mai uniformemente adottata, è oggi sostenuta da Cesare Catananti nel "Rapporto Sanità 2011", edito da "Il Mulino". In sintesi, anziché insistere nell'affidare l'integrazione tra ospedale e territorio alle ASL, si potrebbe sperimentare un'organizzazione nuova, basata su aree territoriali costituite da un ospedale-azienda a cui afferiscono, direttamente o in convenzione, i compiti di coordinamento del pre o del post-acuzie tracciate preventivamente secondo i bisogni attesi e conosciuti della popolazione di riferimento, stabilendo un rapporto istituzionale diretto fra medici ospedalieri e MMG, ovvero i veri gestori della domanda e dell'offerta in senso bidirezionale (territorio → ospedale e ospedale → territorio). La popolazione anziana aumenta e si tratta di persone con multipatologie che, di fatto, non hanno bisogno del ricovero in ospedale, ma non trovavano risposte stabili e strutturate in altre sedi. Ancora oggi manca una vera rete territoriale di strutture alternative all'ospedale in grado di supportare le famiglie e i medici di medicina generale nella gestione di questi casi con lo scopo di fornire risposte appropriate prima e dopo un eventuale ricovero per un'acutizzazione di una patologia cronica o per un'altra causa. Sembra che in oltre 30 anni di SSN la distinzione fra guarigione del paziente e tutela della salute, elementi guida nella gestione sanitaria, sia stata dimenticata e che i concetti di efficacia produttiva e distributiva siano stati sottovalutati o, peggio, considera-

ti come sinonimi. Per rispondere al meglio a queste sempre più pressanti esigenze si potrebbe immaginare che l'ospedale gestisca il circuito integrato di cure territoriali, dall'ADI alle RSA, dai centri di riabilitazione all'*hospice*. In questo modo il paziente e i suoi familiari non verrebbero lasciati soli al momento della dimissione, ma guidati in un percorso personalizzato di assistenza.

Sfortunatamente, fino ad oggi le azioni attuate nelle Regioni italiane sono state diverse e hanno ottenuto risultati molto differenziati, creando situazioni difficilmente comprensibili e sostenibili o giustificabili. Un esempio: il numero di posti letto in RSA per 10.000 anziani varia in modo difficilmente giustificabile da Regione a Regione: 484 in Trentino Alto Adige, 298 in Lombardia, 212 in Emilia Romagna, 150 in Toscana, 52 nel Lazio, 42 in Puglia, 21 in Basilicata e 19 in Campania. Inoltre, ogni Regione norma in modo autonomo procedure che dovrebbero essere unitarie e che invece cambiano fra Regione e Regione e addirittura all'interno della stessa Regione.

Una possibile risposta sarebbe quella di creare la rete integrata fra gli ospedali organizzati per intensità di cura delle Aziende territoriali e ospedaliere esistenti sullo stesso ambito territoriale per i percorsi assistenziali ospedalieri ragionando in una logica di dipartimento interaziendale con scambio di professionisti e uso intensivo degli spazi e delle tecnologie.

Il secondo passo dovrebbe essere quello di creare con le strutture territoriali l'insieme di micro-reti afferenti all'ospedale-azienda cui afferiscono le funzioni di programmazione delle strutture pubbliche e di quelle in convenzione, specifiche del pre e del post-acuzie connesse alle funzioni espletate da ADI, RSA, riabilitazione e *hospice*. Questa ipotesi avrebbe il vantaggio di favorire l'operatività concreta e uniforme in ambito regionale dopo anni di sterili dibattiti e dimostrare che, finalmente, ai concetti fondanti delle cure intermedie si possono dare risposte rapide e concrete: i bisogni di salute, le peculiarità dei servizi, le finalità e il percorso del paziente tracciato sui suoi bisogni e quindi l'allineamento delle strutture eroganti coinvolte secondo logiche professionali e non di funzione, competenza burocratica o natura istituzionale.

Ovviamente bisognerà condividere alcuni concetti base che definiscono il cosa e il come delle cure intermedie. In particolare andranno condivisi i fondamentali, dato che ancora oggi appare evidente quale sia il divario esistente anche solo sulle semplici definizioni. A titolo di esempio cito un interessante documento approvato dal Consiglio dei Sanitari della Regione Toscana in cui sono definite in modo chiaro le caratteristiche delle cure intermedie e tracciate alcune semplici regole operative (vedi Tabella 1).

L'adozione di queste regole condivise in diversi contesti regionali potrebbe già essere sufficiente per organizzare servizi omogenei e di qualità certa. Una particolare azione dovrà riguardare la comunicazione (organizzativa) e la informatizzazione delle cure intermedie, perché questi due fondamentali *driver* sono sfruttati in modo assolutamente inadeguato. I sistemi informativi sanitari, l'*electronic health record*, i servizi di telemedicina, i portali sanitari, i sistemi ICT per il supporto alla prevenzione, diagnosi, trattamento, monitoraggio dello stato di salute e promozione dei corretti stili di vita sono elementi di cura obbligati che devono entrare rapidamente nella operatività quotidiana, facilitando la rapida realizzazione di alcuni passaggi, quali:

- la personalizzazione del percorso cura/malattia: ricostruzione della storia clinica dell'assistito e disponibilità reale del dato personale aggiornato;
- la deospedalizzazione e l'integrazione assistenziale: riorganizzazione dei processi assistenziali tra livelli ad alta e media intensità di cure, cure primarie e assistenza *home care*;
- il trasferimento progressivo dell'assistenza dall'ospedale ad una diversa realtà ambientale (*e-service* e dati strutturati per *e-Care* e telemedicina);
- l'orizzontalizzazione delle strutture sanitarie: rapporto più diretto medico-medico e medici-paziente, cultura *hub&spoke* per la diffusione dell'eccellenza clinico-assistenziale;
- la socializzazione del dato-informazione: estensione dei flussi comunicazionali verso e tra l'ambiente del cittadino e integrazione del dato sanitario con quello sociale.

In conclusione, le organizzazioni sanitarie si dovranno attrezzare molto rapidamente rispetto a quanto hanno fatto fino ad oggi per sviluppare una nuova fase di gestione capace di cogliere le unicità di molteplici interlocutori interni ed esterni. Le direzioni aziendali dovranno favorire l'azione degli attori di questo processo che interagiscono fra loro in relazione a molteplici localismi ma nell'ambito di un sistema a rete multiprofessionale, multidisciplinare ed interistituzionale, coordinando il nuovo approccio dell'organizzazione ospedaliera che dovrà essere sempre più strutturata in percorsi clinico-diagnostico assistenziali che prevedano azioni coordinate anche nel periodo pre o post ricovero.

Ne deriva che saranno le competenze individuali la base del successo delle organizzazioni, non il ruolo o le funzioni, e che l'atteso cambiamento organizzativo si otterrà lavorando sulla cultura e quindi sulle competenze e sulle relazioni individuali. Questa è la via finale comune che gli Assessorati regionali e le direzioni aziendali dovranno

**Tabella 1 - CURE INTERMEDIE (approvato il 7 dicembre 2010 dal Consiglio Sanitario Regionale della Toscana)**

<b>Chi</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Pazienti con problemi cronici riacutizzati che hanno completato il percorso diagnostico della fase acuta;</li><li>• Soggetti con bisogno socio-sanitario;</li><li>• Pazienti che necessitano di interventi di riattivazione funzionale;</li><li>• Pazienti che necessitano di cure ad alta complessità assistenziale.</li></ul>
<b>Cosa</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Recupero funzionale dei pazienti per favorire il rientro o la permanenza al domicilio;</li><li>• Presa in carico multiprofessionale e multidisciplinare;</li><li>• Adozione del PAI (piano di assistenza individuale);</li><li>• Interventi limitati nel tempo</li><li>• Pianificazione delle dimissioni dall'ospedale;</li><li>• Percorsi educativi per pazienti e famiglie;</li><li>• Interazione e comunicazione interprofessionale e multidisciplinare.</li></ul>
<b>Perché</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Evitare ricoveri ospedalieri impropri</li><li>• Evitare inapproprietezza nei tempi di degenza</li><li>• Limitare l'istituzionalizzazione</li><li>• Ridurre ricoveri ripetuti e accessi impropri al DEA/PS</li><li>• Realizzare l'integrazione socio-sanitaria e ospedale-territorio.</li></ul>
<b>Come</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Unico centro di coordinamento per accesso alle cure intermedie, pianificazione delle risposte, gestione dei percorsi;</li><li>• Criteri e strumenti di valutazione e di accesso condivisi;</li><li>• Tempistica rigorosa;</li><li>• Comunicazioni informatizzate;</li><li>• Identificazione del paziente che accede alle cure intermedie;</li><li>• Rapidità e semplicità di compilazione;</li><li>• Definizione dei meccanismi di uscita e del passaggio in carico ad altri servizi.</li></ul>
<b>Standard di riferimento</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Assistenza infermieristica H24/7su7;</li><li>• Gestione interdisciplinare e multiprofessionale integrata;</li><li>• Responsabilità clinica medica definita;</li><li>• Disponibilità accertamenti diagnostici in loco o per canali preferenziali;</li><li>• Standardizzazione ed unificazione della documentazione e degli strumenti di codifica e monitoraggio del percorso clinico-diagnostico-assistenziale;</li><li>• Condivisione di strumenti informatici lungo tutto il percorso e tra tutti i professionisti interessati;</li><li>• Integrazione con i gestionali della cartella clinica dei MMG e quelli ospedalieri;</li><li>• Gestione uniforme della tutela della <i>privacy</i>;</li><li>• Individuazione di strumenti ed esperti per sfruttare e condividere al meglio le esperienze attivate.</li></ul>

seguire se vorranno utilizzare al meglio gli "assi" a loro disposizione riflettendo sempre sul modo di fare *management* in sanità e sull'attenzione continua da porre al delicato equilibrio che si crea tutti i giorni fra i collaboratori e fra i collaboratori e gli utenti.

Il passo successivo, se d'intesa con tutti i professionisti saremo riusciti ad arrivare in tempi brevi ad un nuovo

assetto organizzativo delle strutture sanitarie, sarà migliorare la *performance* agendo sulle due leve essenziali, forse da troppo tempo dimenticate: la competitività e la produttività, ma questo è un altro capitolo della storia che seguiremo prossimamente.

Maurizio Dal Maso

Esperto CIMO-ASMD di organizzazione e gestione sanitaria

## Le modifiche alle pensioni “in manovra”

Umberto Celotto

Le recenti vicende in economia e finanza hanno indotto Governo e Parlamento ad adottare in rapida successione provvedimenti d'urgenza convertiti in legge (leggi n. 111 e n. 148 del 2011).

I tagli consequenziali hanno interessato vari comparti e categorie, tra cui, come al solito, le pensioni ed in specie i lavoratori dipendenti.

Una prima valutazione in merito porta a segnalare un aggravamento sperequativo tra settore privato e settore pubblico, per motivi non del tutto comprensibili.

Le misure adottate sono state numerose e di vario tipo, con valore non solo per il periodo contingente ma anche a rilievo strutturale. Misure, quindi, che resteranno in parte valide anche per il periodo successivo e fino a regime.

Proviamo ad elencare le predette misure per un quadro d'assieme e anche per trarne delle prime valutazioni, con impegno a più specifico approfondimento per ciascuna di esse al momento della rispettiva fase attuativa. Vale, comunque, anticipare un riferimento anche alle retribuzioni dei dipendenti ora in attività, per l'indubbio peso che avranno per le pensioni da liquidarsi a breve ed a più lunga distanza.

In proposito, si segnala anzitutto l'estensione, anche al 2014, dell'azzeramento della contrattazione collettiva per i lavoratori del pubblico impiego, per cui si completa ad un intero quinquennio (2010-2014) la mancata rivalutazione per la categoria e si badi che detto periodo corrisponde ad 1/8 di una carriera presunta completa di 40 anni.

Detto vuoto peserà sull'entità delle liquidazioni del periodo, ma anche per le successive cessazioni e per le successive reversibilità.

Altra misura riguarda la riduzione percentuale per le retribuzioni di maggiore importo: nella sostanza, si tratta della perdita del 5% sulla quota retributiva superiore a 90 mila euro annui lordi ed in misura del 10% per la

residua quota superiore a 150.000 euro annui lordi, anche se tale riduzione “non opera ai fini previdenziali” (art. 9, c. 2, L. 122/2010).

E veniamo alle pensioni vere e proprie.

Anzitutto, riguardo alle pensioni già liquidate ed in pagamento viene disposto analogo prelievo, peraltro già operativo dal 1° agosto scorso, per le quote di trattamento superiori rispettivamente a 90.000 e 150.000 € annui lordi. Tale intervento – che riguarda specificamente le pensioni del pubblico impiego – adombra una duplice coloritura anticostituzionale sia perché viene limitato un diritto perfezionato e sia perché la stessa misura non riguarda tutti i cittadini e neppure le analoghe categorie. Tant'è vero che per il prelievo obbligato si usa la dizione di “contributo di solidarietà”, tuttavia non sufficiente ad ovviare al rilievo sperequativo di cui si è detto.

Sempre per le pensioni già in pagamento, è da segnalare la limitazione alla perequazione annuale ai soli trattamenti di minore importo, cioè quelli inferiori a 5 volte il minimo INPS.

Per le pensioni superiori a 5 volte il minimo INPS (circa 2.337 € lordi mensili), la rivalutazione si limita alla quota fino a 3 volte il minimo INPS (circa 1.402 € mensili lordi), ed in misura del 70% (anziché del 100%) dell'indice ISTAT. Pertanto per tutte le altre quote di pensione superiori a 3 volte il minimo INPS, viene nuovamente reiterata la cancellazione di ogni rivalutazione, da durare per un biennio (2012-2013) o forse più, visto che si prevede la continuità di detto effetto nel caso di mancato raggiungimento del pareggio di bilancio (art. 18, c. 3, L. 111/2011). In definitiva, c'è una sostanziale abdicazione ad ogni rivalutazione dei trattamenti che rischiano, ormai, di rimanere ancorati all'importo di prima attribuzione.

Passando alle pensioni di prossima e futura liquidazione, c'è da evidenziare che la scure più rigorosa si è



avuta per le pensioni di vecchiaia che sono, viceversa, i trattamenti, in gran parte, di quelli che vantano meno periodi e più precariato o che, addirittura, possono lamentare un più dilatato intervallo tra cessazioni dall'impiego e l'inizio della prestazione. In proposito va anzitutto ribadito il limite – attuale – dei 65 anni, già integralmente operativo anche per le donne del pubblico impiego dal 2012 ed in proposito si ribadisce il diverso trattamento, indubbiamente non contestabile, per le dipendenti del settore privato, per le quali lo stesso limite si avrà dal 2014 ed in lento completamento solo al 2026. In disparte di ciò, rimane da segnalare la permanenza della differenza tra uomo e donna nello stesso settore privato, differenza la cui eliminazione è stata resa obbligata per il settore pubblico. Più pesante, però, è l'ulteriore previsione che viene anticipata al 2013 la revisione dello stesso limite di vecchiaia in dipendenza dell'allungamento della vita

umana e degli altri “rischi” della gestione. Ciò significa che triennialmente il limite predetto salirà di tre mesi per approdare ai 67 anni, che rappresenterà il futuro limite obbligato per tutti tra qualche tempo (attorno al 2030). Miglior sorte hanno avuto le pensioni anticipate, per le quali il limite attuale prevede un minimo di 60 anni di età e di 35 anni di servizio, con obbligo, tuttavia, di pervenire ad una somma globale (quota) di 96 punti. Tuttavia, a breve, si passerà alla quota 97, per cui si potrà cessare avendo maturato 61 anni di età e 36 di servizio, ovvero 62 anni di età e 35 di servizio. In sostanza, un avvicinamento più veloce ai 65 anni, che porterà prossimamente alla cancellazione di detto tipo di pensione (anticipata o di anzianità).

Piena salvezza, invece, per il limite dei 40 anni contributivi per l'esodo anticipato, per cui comunque era stato proposto rilievo solo per il calcolo ma non anche per il conteggio ai fini dell'esodo anticipato. Valutazione, questa, decisamente errata dal momento che con il riscatto il dipendente, pagando il relativo premio, ha acquisito anche il diritto di una parifica del periodo riscattato ad ogni effetto al periodo di servizio, come avviene del resto per le ricongiunzioni e per i periodi figurativi. Pertanto, rimane valido l'effetto liberatorio dei 40 anni cui comunque applicare, come per le altre ipotesi di pensione, il rallentamento di 12 mesi ex finestra dal conseguimento del diritto.

Infine, modifiche sono in predicato anche per le pensioni per le quali sarebbe necessario, invece, un maggiore apporto di solidarietà. Si tratta delle pensioni di invalidità, per le quali potranno esserci più stringenti requisiti per la concessione. Considerato, peraltro, che la tutela attuale di dette prestazioni si sta progressivamente svilendo con la generalizzazione del calcolo contributivo, si può osservare che più del bisogno di nuove regole sarebbe sufficiente un maggior rigore nell'accertamento dei requisiti ora richiesti ed un miglior controllo nel periodo di somministrazione di dette rendite.

Ma altri limiti sono stati stabiliti anche per le pensioni di reversibilità in relazione all'età del dante causa, alla differenza di età tra i coniugi ed alla durata del matrimonio. Successive ipotesi, in prospettiva, potranno essere legate sempre più al reddito del superstite, anche per gli iscritti alle gestioni professionali.

In linea di completamento, si ricorda la già attuale progressiva erosione dell'indennità di buonuscita, ormai dimezzata già a partire dal servizio reso dal 2011 e che da ora verrà ulteriormente rateizzata.

*Umberto Celotto*

# Pensionati: peso od opportunità per la società?

Carlo Sizia

## Entità del problema

Farò riferimento a dati, ed a stime, del Ministero dell'Economia, della primavera 2010, nonché a dati ricavabili dai bilanci INPS, INPDAP, ENPAM, gli Istituti previdenziali che più ci interessano.

I pensionati INPS 2010 sono circa 15.500.000. Di questi, 12.600.000 circa hanno più di 65 anni. Il rapporto tra pensionati ed occupati è oggi dell'83%, ma arriverà a toccare il 110% attorno agli anni 2040-2050.

Il numero di pensionati INPS crescerà, fino ad arrivare, nel 2045, a circa 21.700.000, dei quali 19.500.000 con più di 65 anni.

La percentuale della spesa pensionistica italiana sul PIL è oggi attorno al 15%, ma crescerà fino al picco del 15,6-15,7 % negli anni 2030-2040, per discendere poi sotto il 15% nel 2050 e addirittura sotto il 13,5 % dopo il 2060. La speranza di vita per le donne è, oggi, di 84,6 anni e per gli uomini di 79,1 anni, ma diventerà negli anni 2045-2050 di circa 89 anni per le donne e di 84,5 anni per gli uomini (+ 5 anni circa, rispetto ad oggi).

Interessante notare i probabili scenari demografici nei prossimi 40-50 anni, attraverso i due seguenti indici: indice dipendenza anziani ed indice dipendenza giovani. L'indice dipendenza anziani esprime il rapporto percentuale tra gli ultra 65 enni e le persone da 20 a 64 anni. Tale indice è oggi di 33,4%, ma salirà progressivamente fino a quasi raddoppiarsi nel 2045-2050, quando sarà del 65-66%; invece l'indice di dipendenza giovani esprime il rapporto tra la popolazione 0-19 anni e gli ultra 65 enni: tale indice è oggi di 31,1% e salirà lentamente, senza mai superare i 34,8-34,9%, nel 2050-2055.

La misura delle pensioni INPS è modesta e non arriva a superare, come media, i 1000 € lordi/mese. Le pensioni sopra i 3.000 € lordi/mese non arrivano al 2%. Il costo complessivo delle pensioni INPS supera di poco oggi i 200 mld di € lordi/anno.

Per quanto riguarda l'INPDAP, oggi abbiamo circa 3.600.000 iscritti (lavoratori attivi), con poco più di 2.750.000 pensionati (circa il 76%). I pensionati INPDAP cresceranno anch'essi progressivamente fino a raggiungere, nel 2045, almeno i 3.500.000. Nel 2045, quindi, la somma di pensionati INPS ed INPDAP supererà i 25.000.000 (21.700.000 + 3.500.000 circa).

La pensione media lorda mensile erogata dall'INPDAP è oggi di circa 1.500 €. Non arrivano al 4% le pensioni mensili INPDAP di importo superiore ai 3.000 € lordi. Circa il 92% dei percettori di pensione INPDAP ha una sola pensione; solo l'8% circa ha due pensioni; chi ha 3 o più pensioni non arriva allo 0,2%.

Il costo annuale lordo delle pensioni INPDAP supera di poco i 52 mld di euro.

Il numero dei pensionati ENPAM si avvicina oggi ai 150.000 (sommando i pensionati del Fondo generale, quota A, i pensionati del Fondo generale, quota B, i pensionati del Fondo medici di medicina generale e pediatri di libera scelta; i pensionati del Fondo specialisti ambulatoriali, interni ed esterni).

I pensionati, in definitiva, sono un "esercito", forse un po' stanco, forse non troppo ben organizzato ed armato, talvolta disunito, ma pur sempre un esercito o, se preferite, comunque una precisa categoria sociale.

## Le attività dei pensionati

1. Per intanto, i pensionati "lavorano", come è loro abitudine, anche se non percepiscono una retribuzione e, se viene loro consentito, insegnano, educano, collaborano, trasferiscono esperienze, ecc.

2. I pensionati aiutano i figli, i nipoti, i parenti tutti, nella ricerca dell'occupazione come nel mantenimento dei familiari disoccupati, nell'assistenza agli ammalati (specie dei nipoti), nell'acquisto della casa o nel pagamento dell'affitto, in tutte le mille incombenze domestiche quotidiane, ecc. così da consentire alle persone



adulte e occupate del nucleo familiare di non perdere i loro impegni di lavoro. Sono, insomma, un jolly (da baby-sitter a tuttofare) da spendere in ogni occasione o difficoltà.

3. I pensionati fanno attività di solidarietà nei servizi sociali, nelle parrocchie, nelle scuole (servizi di sicurezza stradale davanti alle scuole), attività di protezione civile, attività sindacali e di patronato, ecc., ecc.

4. I pensionati sono (noi tutti siamo) grandi contribuenti fiscali, al top cioè dei “benemeriti del fisco”, assieme ai lavoratori dipendenti, ed a pochissimi altri.

5. Insomma, il pensionato italiano svolge oggi un’insostituibile e lodevolissima funzione di “ammortizzatore sociale”.

Se i pensionati offrono tutte queste opportunità, chi può avere interesse a mortificare tale categoria, o ad emar-

ginarla anzitempo da un ruolo attivo nell’organizzazione sociale?

Il tentativo implicito (od esplicito) di emarginazione del pensionato nasce essenzialmente dal timore che, complici l’avanzare dell’età e/o la cattiva indicizzazione delle loro pensioni, essi possano trasformarsi da “opportunità” in “peso”, per le seguenti principali cause:

- perdita della salute fisica o psichica, con conseguente invalidità acquisita, parziale o totale;
- perdita della sicurezza economica, con conseguente impossibilità di fornire aiuto agli altri componenti della famiglia.

Anzi, in queste condizioni, il pensionato non solo non riesce ad aiutare “gli altri”, ma talvolta non è in grado di essere sufficiente neppure a se stesso, cioè a soddisfare le sue esigenze elementari, ovvero le necessità fundamenta-

li della ordinaria vita di relazione. Non ho qui interesse, né il tempo, per approfondire il tema dell'invalidità psico-fisica del pensionato, né dell'inadeguatezza del nostro "sistema sociale e sanitario" per fronteggiare la questione tragica della non-autosufficienza.

#### **Perequazione automatica delle pensioni e pensioni di reversibilità**

Voglio invece sottolineare la grave insufficienza dell'attuale sistema di indicizzazione delle nostre pensioni, che toglie sicurezza economica ai pensionati, con il rischio concreto di aprire loro le porte, non del Paradiso, ma piuttosto della povertà. Infatti:

1. per intanto la perequazione automatica delle pensioni per l'anno successivo viene fatta sulla base della variazione rilevata dall'ISTAT degli indici dei prezzi al consumo per le famiglie di operai e impiegati dell'anno in corso rispetto a quello precedente. Occorre a tal proposito rilevare:

a) che l'indicizzazione avviene una sola volta all'anno e sulla base di indici ISTAT sostanzialmente bugiardi (perché si basano su un "paniere" di beni che non hanno nessuna specificità con il tipo di vita e di consumi dei pensionati) e sono generalmente sottostimati rispetto alla svalutazione reale;

b) la indicizzazione (quindi la rivalutazione) è sempre posticipata rispetto al momento dell'insulto inflattivo;

c) non esiste alcun tipo di aggancio delle pensioni rispetto alla dinamica salariale della categoria di propria trascorsa appartenenza lavorativa;

2) la perequazione rispetto agli indici ISTAT non avviene in modo uguale rispetto alle varie fasce di importo delle pensioni, in modo che più cresce l'importo della pensione, più diminuisce la percentuale di perequazione. Questo è un criterio aberrante, perché utilizza il sistema previdenziale per ridistribuire il reddito, mentre è il sistema fiscale (con il meccanismo della progressività della tassazione) che è competente in materia di riequilibrio dei redditi;

3) su queste ingiustizie di fondo, si sono poi inseriti:

- la legge 127/2007 che, limitatamente al triennio 2008, 2009 e 2010, ha modificato i criteri della perequazione di cui alla legge 448/1998, abolendo la fascia di rivalutazione del 90% delle pensioni di importo da 3 a 5 volte il minimo INPS, portandola al 100%. È stato "uno zuccherino", ma pur sempre meglio di niente;

- lo scandalo della legge 247/2007 che, limitatamente al 2008 (ma determinando una lesione permanente alle pensioni dei Colleghi interessati), ha bloccato del tutto la rivalutazione 2008 delle pensioni di importo oltre i

3.539,73 € lordi mensili (cioè le pensioni oltre 8 volte il minimo INPS).

Con l'insieme dei meccanismi anzidetti (per niente giusti, per nulla efficaci ai fini rivalutativi), associati all'effetto deleterio dell'introduzione dell'euro sulla dinamica dei prezzi al consumo, si può ben dire che le pensioni dell'anno 2000 (specie quelle di importo medio-alto) avranno perso entro il 2012-2015 almeno la metà del loro potere reale di acquisto;

4) a questo quadro già deprimente, si aggiunge quell'autentica "appropriazione indebita" che è la decurtazione (del 25, 40, 50%) delle pensioni di reversibilità (già abbattute al 60% del trattamento pensionistico spettante al coniuge deceduto), qualora il coniuge superstite possiede redditi annui lordi superiori rispettivamente a 3, 4, 5 volte il trattamento minimo annuo del Fondo pensione lavoratori dipendenti.

Qui, evidentemente, il legislatore della legge 335/1995 ha considerato erroneamente la pensione di reversibilità come prestazione di tipo assistenziale, anziché prestazione di tipo previdenziale, quale in effetti è, con il risultato di premiare coloro che vivono nel sommerso, o coloro che non hanno lavorato o non lavorano.

Come se ne esce, da questa situazione, pur nella consapevolezza dell'attuale momento di difficoltà economico-sociale dell'Italia, e pressoché della totalità del mondo occidentale?

A mio giudizio, rafforzando le Associazioni che tutelano gli interessi (o, meglio, i diritti) dei pensionati, a partire proprio dalla FEDERSPEV, sostenendo in particolare (in ogni modo e sede) le sue iniziative e proposte, più volte ribadite anche sul nostro Organo di stampa, nella manifestazione del febbraio scorso con Manageritalia e CONFEDIR-MIT al Cinema Capranica, ecc., ecc.

Ma occorrono: impegno, consapevolezza delle nostre ragioni, costanza, pazienza. Se non avrà successo la nostra battaglia, vedremo (nostro malgrado) anticipato il momento in cui diventeremo "peso" per la famiglia e la società.

Non mi si chieda, infine, dove si possano reperire le risorse per migliorare le nostre pensioni, in particolare la loro indicizzazione: naturalmente dall'immediato ritorno alla legalità, che è atto dovuto (eliminando cioè tangenti, latrocinii, corruzione, ecc.) nell'amministrazione della cosa pubblica ed attuando altresì una lotta vera e seria all'evasione-elusione fiscale, che sottrae annualmente all'imposizione fiscale redditi attorno ai 150-200 mld di euro, scandalo nello scandalo dell'Italia d'oggi.

*Carlo Sizia*

# Le cure intermedie: luogo per le sfide dei prossimi anni

Luigi Dal Sasso - Chiara Marangon

Crediamo esistano poche realtà oggi nella nostra società che siano in movimento e trasformazione come i servizi sanitari e socio assistenziali. Sono adeguamenti organizzativi, ma anche di adozione di modelli assistenziali e approcci terapeutici una volta impensabili.

Se questa rapida trasformazione del nostro modello assistenziale crea confusione e talora irritazione, non deve essere visto come una condizione in cui si brancola nel buio e non si hanno idee chiare sui servizi da garantire, ma piuttosto come sforzi continui per adeguare l'organizzazione della rete ospedaliera e territoriale alle condizioni economiche, ma anche epidemiologiche, sempre mutevoli.

La cittadinanza ha oggi ben compreso che l'ospedale è sempre più un luogo di cura per acuti ove si rimane ricoverati il tempo più breve possibile; ha compreso che buona parte del percorso assistenziale per le persone con polipatologie e cronicità viene garantito a domicilio.

Ma ad aumentare il tasso di confusione e l'irritazione della popolazione negli ultimi mesi sono intervenuti i provvedimenti governativi inseriti nelle ultime manovre economiche estive. Senza riprendere le considerazioni sullo scarso impegno nella lotta contro l'evasione fiscale, stridono tuttavia le gabelle di € 10.00 imposte su tutte le ricette che richiedono visite mediche ed esami strumentali e di laboratorio e quella di € 25.00 sui codici bianchi del Pronto Soccorso.

Stridono ancora di più i calcoli elaborati dai ragionieri della sanità che, partendo dal numero delle ricette compilate nel 2010 e scremato dal numero dei pazienti esenti ticket cui la gabella non viene applicata, hanno considerato questa manovra come uno strumento concreto ed efficace per "fare cassa" con cui finanziare il fondo sanitario regionale e quindi locale. L'affermazione è tanto più vera quando le raccomandazioni per compila-



re una ricetta per ogni prestazione erogata vengono accompagnate evidenziando il possibile danno erariale in caso di non ottemperanza alle disposizioni.

Manovre economiche a parte, gli orientamenti più recenti negli strumenti di programmazione sanitaria nazionale, regionale e locale evidenziano

e valorizzano l'impegno per qualificare e potenziare la rete assistenziale – residenziale e ambulatoriale – compresa fra l'Ospedale e il domicilio del paziente in un ambito di cura che progressivamente è andato identificandosi come spazio per le "cure intermedie".

È questo un mondo che è andato ben oltre la "casa di riposo" e il poliambulatorio, come avremmo potuto immaginarli fino a pochi anni or sono. Ora in questo "spazio intermedio" si sono sviluppate le realtà degli ospedali di comunità, *Hospice*, nuclei di assistenza per patologie croniche particolari nei centri di servizi (ex case di riposo). Di queste strutture nel recente passato abbiamo scritto anche in questa rubrica della rivista.

Vogliamo però attirare l'attenzione su un particolare aspetto delle cure intermedie. Quella che un tempo era considerata l'attività di un comune poliambulatorio. Una volta queste prestazioni specialistiche erano assicurate solamente dagli specialisti convenzionati. I medici ospedalieri erogavano prestazioni ambulatoriali limitatamente ai pazienti precedentemente ricoverati, bisognevoli di controllo da parte del reparto.

Oggi registriamo una situazione in cui anche i medici ospedalieri assicurano molta attività ambulatoriale e non più solamente per pazienti prima ricoverati.

Oggi una ASL è organizzata con Unità Operative anche Complesse prive di posti letto propri che si appoggiano in caso di necessità ai letti dei dipartimenti medici o chirurgici aziendali. Pensiamo per esempio al U.O. di Oncologia, nutrizione artificiale, pneumologia o patolo-

gia respiratoria, oculistica, diabetologia, terapia antalgica, cure palliative, ecc.

Le UU.OO. ospedaliere oggi sono strutturate per seguire un numero di pazienti “da prendere in carico”, anche se non hanno bisogno del ricovero ospedaliero. È il concetto di “presa in carico” la vera novità dei profili di assistenza oggi. Se finora è stato facile immaginare l’ASL organizzata in due ambiti distinti e separati, ma da integrare, l’Ospedale e il Territorio, oggi dovremmo considerare superato questo modello e immaginare di più un’Azienda in cui l’organizzazione si struttura in una linea per “intensità di cura” e precisamente: il domicilio del paziente; le cure intermedie (con i pazienti meritevoli di “presa in carico”) e l’Ospedale, limitatamente ai casi di vera acuzie.

Perché una “presa in carico” funzioni veramente è necessario che il medico specialista che segue un paziente per una patologia cronica, programmi per lui la scadenza degli appuntamenti per le visite di controllo e gli esami strumentali necessari per monitorare la condizione patologica, evitando prestazioni improprie, ma anche per evitare condizioni di abbandono.

Il medico di medicina generale assume la regia di quanto prescritto dal o dagli specialisti per il proprio assistito. L’assistito – se preso in carico dallo specialista nel senso vero del termine – non avrà necessità di girovagare per il variegato universo dell’ASL per prenotare esami e visite, perché tutto dovrebbe essere previsto dal servizio specialistico in base alla necessità reale e adeguata alle condizioni cliniche.

Non sarà necessario per il paziente esigere nella ricetta l’indicazione di un codice di priorità particolare da parte del medico per ottenere la prenotazione nel tempo giusto.

A questo punto serve la seguente precisazione:

I Piani nazionali, regionali e locali per il governo delle liste di attesa, prevedono che le prestazioni da erogare vengano assicurate entro uno spazio di tempo definito da specifiche cliniche e secondo la gravità del caso. Esistono prestazioni “traccianti” per le quali il rispetto dei tempi di erogazione sta ad indicare un imperativo per l’organizzazione aziendale.

Tuttavia sul problema “liste di attesa” e “tempi di attesa”, a parere nostro, si enfatizza troppo. La necessità di indicare in ricetta la priorità è limitata dalla norma alla prima visita e alla prima prestazione per una determinata patologia (in Veneto è così. Non sappiamo se in altre Regioni su questo argomento sono state adottate iniziative diverse).

Ogni intervento successivo è considerato “controllo”.

Poiché circa il 70% di tutte le visite/prestazioni ambulatoriali è erogato ad utenti esenti ticket, per definizione dovrebbero essere tutte prestazioni di “controllo” o *follow up* e non dovrebbero riportare la biffatura per evidenziare la priorità breve o differita, riservate unicamente alle prime visite/prestazioni.

Nelle nostre ASL il grosso dell’impegno è speso per assicurare e magari dilatare l’offerta di prestazioni e servizi con priorità, mentre dovrà essere molto più utile un impegno a riorganizzare la rete delle attività poliambulatoriali prevedendo agende per controlli o *follow up* e impegnando gli specialisti a considerare come urgente l’impegno a “prendere in carico” il paziente.

Va pure precisato che con quest’ottica gli specialisti dell’ASL, dipendenti e convenzionati SAI (ex SUMAI), devono considerarsi parte di un’unica organizzazione che tende al medesimo risultato. Contratti diversi, stato giuridico diverso; diverso rapporto con la gerarchia, ma operatori dello stesso progetto. Solo dopo aver operato queste scelte si può modificare l’offerta qualitativa di prestazioni delle nostre agende, trasformando una parte dalle agende con priorità ad agende di controllo, senza aumentare il volume dell’offerta.

Dovremo anche cercare di valorizzare meglio il patrimonio di conoscenza e competenza posseduto dai medici di medicina generale (MMG) specialisti in qualche disciplina. È necessario utilizzare questa risorsa, prevedendone espressamente l’uso nell’articolato della convenzione nazionale e negli accordi regionali. Sarà obbligatorio non trascurare questa opportunità, se non vogliamo che la domanda di salute dell’utente, domanda comunque sempre crescente, travolga l’organizzazione ospedaliera perché quest’ultima rischia già ora di trascurare l’assistenza al paziente ricoverato per garantire le attività ambulatoriali.

Sia chiaro: non chiediamo alla medicina generale di svolgere anche le prestazioni del medico specialista. È però imperativo chiedere alla medicina generale un maggiore sforzo di monitoraggio e controllo dei livelli di impegno basilari per le specialità presenti all’interno delle forme associative oggi previste per la medicina generale. Solo così si potrà in un futuro anche breve ridurre il numero delle richieste specialistiche “di secondo livello” da indirizzare ai servizi delle ASL.

Dopo 10-15 anni di grande impegno nel versante delle cure domiciliari, riteniamo che le sfide più impegnative per i prossimi anni ci troveranno coinvolti nel governo delle cure intermedie.

Luigi Dal Sasso - CIMO-ASMD Arzignano (VI)

Chiara Marangon - CIMO-ASMD Arzignano (VI)

# La dipendenza e la sua interpretazione

Vincenzo Savatteri - Antonella Bianco

La dipendenza in tutti i suoi aspetti (uso di sostanze, dipendenze tecnologiche, *gambling*) ha un'origine multifattoriale e il comportamento di assunzione di sostanze, o tutte le altre forme di dipendenza, è prodotto da situazioni biologiche, ambientali e psicologiche.

Le cause primarie delle condotte di abuso/dipendenza sono in relazione fortissima con la disponibilità della droga o dei mezzi tecnologici, internet, videopoker, altro.

La disponibilità della droga dipende da fattori ambientali legati al mercato-offerta ed anche da fattori culturali e sociali favorevoli l'uso di sostanze, come l'uso improprio dell'alcool nelle generazioni giovanili che popolano i fine settimana.

Studi recentissimi (2006), condotti presso l'Università della California, hanno dimostrato come la vulnerabilità all'uso di sostanze è più alta nei giovani con meno di 20 anni. Vi sono, infatti, dei fattori ambientali importanti nel periodo dell'età evolutiva, cioè della maturazione cerebrale, che facilitano l'uso di sostanze stupefacenti.

Gli studi condotti hanno dimostrato che il cervello termina la sua maturazione fisiologica dopo i 20 anni e diviene pertanto d'importanza strategica evitare che il cervello sia esposto a sostanze di abuso prima dei 20 anni. La dipendenza causa una perdita di autonomia con difetto dei controlli dei processi mentali di decisione e della capacità, quindi, di prendere decisioni, di regolare gli affetti ed i sentimenti.

In concreto, la tossico-dipendenza, come anche le dipendenze tecnologiche, si definiscono come una sindrome da compromissione della risposta ed attribuzione dell'importanza.

Più semplicemente, si ha un'alterazione della capacità di rendersi autonomi ed affrontare la vita con le risorse interiori; la sostanza o la dipendenza, ad esempio da gioco d'azzardo, permettono all'individuo di gratificarsi con maggiore facilità o di evadere da quelli che sono i problemi della vita quotidiana.

Per capire meglio il problema gravissimo causato dalle droghe e dalle condotte di abuso dobbiamo comprende-



re come il sistema sia intimamente collegato al circuito cerebrale del piacere.

All'inizio si ha la disponibilità della sostanza o dello strumento tecnologico che causa abuso; ciò causa il rilascio di un neuromediatore cerebrale che è la dopamina, che è associata al circuito del piacere.

Poi abbiamo il *craving*, fame chimica, che è associato alla risposta appresa che collega la droga all'ambiente sociale ed all'esperienza personale coinvolgente.

Successivamente si ha l'assunzione compulsiva di droga o la modalità ossessiva di mettere in atto la condotta di abuso, e ciò causa una perdita di controllo con attivazione permanente di circuiti cerebrali che danno gratificazione.

Infine abbiamo l'astinenza, che è causata dalla perdita della gratificazione, determinando disforia, agitazione psicomotoria e depressione.

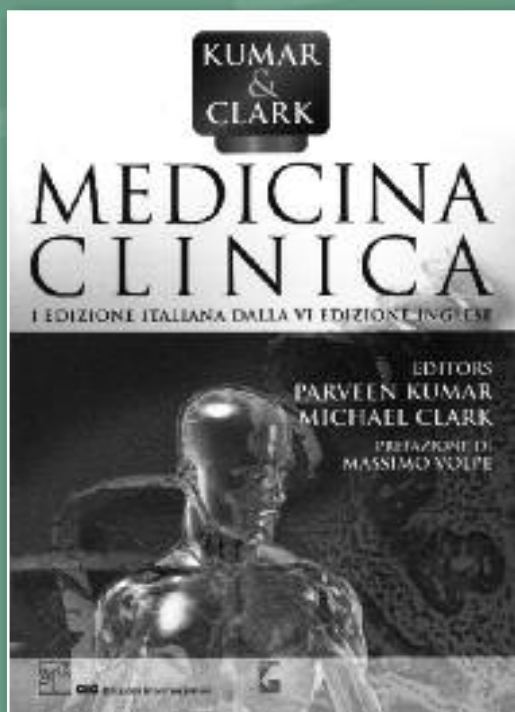
La caratteristica comportamentale della dipendenza patologica è la continua vulnerabilità alla ricaduta anche dopo anni di astinenza e dalla ridotta capacità di controllare questo desiderio. La dipendenza patologica può essere, quindi, inquadrata come una patologia da attribuzione dell'importanza; l'importanza è tutta canalizzata verso il soddisfacimento del piacere, che è determinato dalla droga, o, per esempio, dal gioco d'azzardo. Tutto questo, come dimostrato dagli studi condotti presso l'Università della California da Nora Volkow, è legato alla disponibilità di sostanze e di strumenti che causano dipendenza e da qui diviene fondamentale il ruolo

# MEDICINA CLINICA

dalla VI Edizione Inglese

Editors: M. Clark, P. Kumar

Pagine: 1530  
Prezzo: 130.00  
Copertina: cartonata  
Formato: 19.5x26.5



 CIC Edizioni Internazionali

delle Forze dell'Ordine che, contrastando la disponibilità di sostanze, svolgono un vero e proprio ruolo di prevenzione.

La capacità di prendere decisioni e soprattutto di comprendere quale è la decisione corretta è la causa e conseguenza delle dipendenze patologiche; in pratica l'individuo non è più capace di prendere la decisione giusta e rivolge alla sostanza o alla dipendenza tutte le attenzioni quotidiane e la dipendenza stessa diviene l'unica motivazione dell'esistenza.

È un quadro drammatico in quanto le azioni delle persone non sono mai casuali, si sceglie di agire in quanto si desidera raggiungere un particolare obiettivo. Se l'obiettivo è lo sbalzo, il desiderio di ridurre le condizioni di stress, la capacità di affrontare la quotidianità, ecco che le condotte di abuso forniscono delle risposte che all'inizio sono gratificanti, ma che successivamente risultano devastanti per il grado di dipendenza che inducono.

In quel momento la vita sociale ed affettiva del soggetto viene sostituita dalla ricerca spasmodica della sostanza o della gratificazione.

Cosa fare? Gli studi recenti sulle nuove dipendenze ci dicono una cosa fondamentale: non solo cura, ma anche cultura. Ci riferiamo non solo alla cultura degli operatori delle dipendenze e delle Forze dell'Ordine, ma anche alla cultura giovanile.

Ed allora bisogna: conoscere a fondo che, ad esempio, l'uso di alcool o di cannabis porta ad un sistema di pericoli e sofferenze che coinvolgono la sicurezza stradale, le relazioni affettive e sociali; conoscere che il cervello dell'adolescente è un sistema neurobiologico che necessita fino ai 20 anni di non essere assolutamente disturbato dalle sostanze stupefacenti; lavorare sugli stili di vita improntati sulle gratificazioni naturali, e sulla capacità di affrontare lo stress secondo metodi fisiologici.

Insomma, occorre informare, informare, informare. Il lavoro che viene svolto dalle aziende sanitarie, con i suoi Servizi delle Tossicodipendenze, rappresenta un utile riferimento per la scuola, le famiglie e le comunità, a cui rivolgersi senza alcun indugio.

Si tratta di invertire anche alcuni principi di prevenzione secondo l'ottica che non c'è una popolazione a rischio di dipendenza patologica, ma che le dipendenze patologiche sono un rischio per la popolazione.

*Vincenzo Savatteri*

*Criminologo Responsabile Ser. T di Marsala*

*ASP n° 9 Trapani*

*Antonella Bianco*

*Ass. Sociale Ser. T di Marsala*

## Rilettura di alcuni istituti contrattuali integrati con disposizioni di legge in materia

**Mobilità volontaria (o esterna) e obbligatoria (o interna, o d'ufficio o d'urgenza)**

**Comando  
Congedo per la formazione  
Comando finalizzato**

Per intanto la mobilità è il passaggio diretto di dipendenti ad altro ufficio all'interno della stessa amministrazione, o in un'altra amministrazione, nello stesso profilo e qualifica di appartenenza, in presenza di una vacanza di organico.

È un istituto molto di moda (almeno da 15 anni a questa parte), anche se non molto frequentato, su cui il legislatore è intervenuto frequentemente (basti pensare ad alcune disposizioni del codice civile, a quelle della legge 300/70, alle leggi di riorganizzazione dei Comparti dei Ministeri e delle autonomie locali di fine anni '90, per finire al D.Lgs. 165/2001 sull'ordinamento del lavoro alle dipendenze delle pubbliche amministrazioni, come modificato dal D.Lgs. 150/2009, alle leggi finanziarie, ecc.).

Ma anche i contratti collettivi, stante l'ampiezza del rinvio alla loro competenza prevista dalla legge, si sono interessati di mobilità (per l'area medica, disposizioni in merito sono state dettate dal CCNL 5/12/1996, dal CCNL 8/06/2000, dal CCNL 10/02/2004, dal CCNL 3/11/2005).

Il primo riferimento legislativo importante è necessario è all'art. 13 dello Statuto dei lavoratori (Statuto che, ricordo, ai sensi dell'art. 51 del D.Lgs. 165/2001, "si applica alle pubbliche amministrazioni a prescindere dal numero dei dipendenti" ed ai relativi rapporti di lavoro). L'art. 13 della legge 300/70 (Mansioni del lavoratore), nel modificare l'art. 2.103 del c.c., stabilisce infatti che "Il prestatore di lavoro deve essere adibito alle mansioni per le quali è stato assunto o a quelle corrispondenti alla categoria superiore che abbia successivamente acquisito ovvero a mansioni equivalenti alle ultime effettivamente svolte, senza alcuna diminuzione della retribuzione" e che "non può essere trasferito da una unità produttiva ad un'altra se non per comprovate ragioni tecniche, organizzative, produttive. Ogni patto contrario è nullo".

Nella mobilità del settore pubblico (a differenza del settore privato, dove la mobilità è solitamente interna alla medesima azienda) l'istituto è soprattutto legato ad esigenze di razionalizzazione delle risorse umane all'interno del complesso delle amministrazioni (cosiddetta mobilità esterna tra amministrazioni diverse, anche per evitare situazioni di esubero o di collocazione in disponibilità), mettendo in secondo piano, o, meglio, confondendo il livello della mobilità "esterna" con il più "normale" istituto del trasferimento interno, che rimane tale anche quando trattasi di spostamento da una sede centrale ad una distaccata, geograficamente lontana, ma all'interno della stessa azienda.

**Mobilità esterna o volontaria**

Per quanto riguarda la mobilità esterna tra

amministrazioni, la materia è regolata legislativamente dagli artt. 30, 31 e 33 del D.Lgs. 165/2001, nonché, in subordine, dalla contrattazione collettiva per quanto riguarda la sua attuazione (giusta la delega dell'art. 30, c. 2, dello stesso D.Lgs.).

L'istituto si configura come strumento privilegiato e obbligatoriamente prioritario di reclutamento di nuovo personale. Infatti, secondo l'art. 30, commi 2 e 2-bis, del D.Lgs. 165, "sono nulli gli accordi, gli atti o le clausole dei contratti collettivi volti ad eludere l'applicazione del principio del previo esperimento di mobilità rispetto al reclutamento di nuovo personale" e "le amministrazioni, prima di procedere all'espletamento di procedure concorsuali, devono esperire le procedure di mobilità di cui al comma 1".

Per l'area medica le disposizioni attuative della mobilità (volontaria) sono specificate nell'art. 20 del CCNL 8/06/2000, tuttora vigente. La mobilità, pertanto:

- avviene a domanda del dirigente che abbia superato il periodo di prova, con l'assenso dell'azienda di destinazione e nel rispetto dell'area e della disciplina di appartenenza del dirigente stesso (c. 1);
- il "nulla-osta dell'azienda od ente di appartenenza, qualora non venga concesso entro 10 giorni dalla richiesta, è sostituito dal preavviso di tre mesi" (c. 2);
- "la mobilità non comporta novazione del rapporto di lavoro" e "nel conferimento degli incarichi l'azienda di destinazione tiene conto dell'insieme delle valutazioni riportate dal dirigente anche nelle precedenti amministrazioni" (c. 3);
- la mobilità, se richiesta dal dirigente con incarico di direzione di struttura complessa, "comporta nel trasferimento la perdita di tale incarico, che potrà essere conferito dalla nuova azienda con le procedure (selettive) di cui al D.P.R. 484/1997" (c. 4);
- la mobilità può essere tra le aziende e tutti gli enti del Comparto, ovvero anche intercompartimentale, "purché le amministrazioni interessate abbiano dato il loro nulla osta" (c. 5).

C'è tuttavia da notare come sia pretenzioso definire "volontaria" questo tipo di mobilità, vista la necessità di un accordo trilaterale tra il dipendente che ha fatto domanda, l'amministrazione in esubero che ne deve dare l'assenso e l'amministrazione con vuoti di organico, la quale ultima attiva la procedura di mobilità ma, contestualmente, le si dà l'opportunità di rifiutare la richiesta. E, dopo l'eventuale rifiuto, motivato e rispettoso dei presupposti legali, non si comprende quanto tempo dovrà passare prima di poter esperire legittimamente procedure concorsuali.

Recentemente la Cassazione a Sezioni Unite (sentenza 18.918/2006) ha proceduto alla qualificazione giuridica della cosiddetta "mobilità individuale esterna nel pubblico impiego", evidenziando che il contratto individuale di lavoro, con il quale avviene l'assunzione del dipendente nella P.A., sostituisce quello che è l'atto di nomina dei "candidati da assumere" in un pubblico concorso, ne acquista la medesima funzione e si

rende necessario solo per l'assunzione costitutiva del rapporto e, quindi, per l'acquisizione dello status di pubblico dipendente. Inoltre la mobilità nel settore pubblico è soggetta a vincoli quanto a conservazione dell'anzianità, della qualifica, del trattamento economico ed è intesa come modificazione meramente soggettiva del rapporto e quindi come "cessione di contratto"; ciò comporta il trasferimento soggettivo del complesso unitario di diritti ed obblighi derivanti dal contratto, lasciando immutati gli elementi oggettivi essenziali, per cui risulterebbe illegittima la pretesa della stipulazione di nuovo contratto e l'obbligo di un nuovo periodo di prova, in caso di mobilità.

Sempre la Corte di Cassazione (sentenza 24.449/2009) ha stabilito che il dirigente medico, trasferito per mobilità volontaria in un'altra ASL, non ha diritto di mantenere per intero lo stesso trattamento economico. Infatti, per la parte eccedente la retribuzione fissa, non esiste un principio di generale irriducibilità dello stipendio, con la conseguenza che il nuovo incarico (alla luce della disciplina contrattuale che regola la materia) può portare, in maniera legittima, anche alla riduzione degli emolumenti.

In merito, poi, ai vincoli alle nuove assunzioni da parte delle pubbliche amministrazioni, introdotto dalla legge finanziaria 2007 (L. 296/2006, c. 562, cioè limiti al tetto della spesa 2004, esclusi i costi dei rinnovi contrattuali, e vincoli alle assunzioni in rapporto ai cessati dell'anno precedente), si pone il problema se la mobilità in uscita siano "effettive cessazioni" (non comportando il venire meno delle remunerazioni dei dipendenti di cui trattasi), o no. Secondo la Corte di Conti, (decisione 21/2009 della Sezione delle autonomie), le mobilità in uscita non permettono mai la corrispondente assunzione di personale, non trattandosi di vere cessazioni, mentre per la Corte di Cassazione (limitatamente alle mobilità per concorso) le nuove assunzioni sono possibili, perché compenserebbero vere cessazioni, quindi senza variazione in incremento di dotazione organica.

**Trasferimento di funzioni**

L'art. 31 del D.Lgs. 165/2001 disciplina una forma di mobilità connessa al trasferimento di funzioni da un'amministrazione all'altra. Ai lavoratori trasferiti si applicano: le disposizioni dell'art. 2.112 del c.c. relativo ai trasferimenti di azienda, configurando una vera e propria cessione del contratto con relativo mantenimento dei diritti del lavoratore già acquisiti, nonché le tutele di cui all'art. 47, commi da 1 a 4, della legge 428/1990 in materia di procedure di informazione e consultazione con le relative OO.SS.

Ricordo tre disposizioni dell'art. 2.112 del c.c., e cioè:

"In caso di trasferimento d'azienda, il rapporto di lavoro continua con il cessionario ed il lavoratore conserva tutti i diritti che ne derivano".

"Il cessionario è tenuto ad applicare i trattamenti economici e normativi previsti dai contratti collettivi nazionali, territoriali ed

aziendali vigenti, fino alla loro scadenza, salvo che siano sostituiti da altri contratti collettivi applicabili all'impresa del cessio-nario".

"Ferma restando la facoltà di esercitare il recesso ai sensi della normativa in materia di licenziamenti, il trasferimento d'azienda non costituisce di per sé motivo di licenziamento".

È evidente che questi tipi di trasferimento comportano due problematiche principali:

- laddove questi passaggi non siano accompagnati o preceduti da momenti di riqualificazione del personale da trasferire, si corre il rischio di vedere ridotto il vantaggio per il sistema pubblico;

- come in tutti i processi di mobilità esterna, specie nei confronti di amministrazioni di altro Comparto, può determinarsi una rilevante differenziazione del regime giuridico del rapporto di lavoro, con conseguente dequalificazione per il lavoratore trasferito.

### Mobilità collettiva

Infine, l'art. 33 del D.Lgs. 165 disciplina la mobilità collettiva per eccedenza di personale, norma che prevede un procedimento di gestione degli esuberanti abbastanza articolato e "cogestito" dall'amministrazione con le OO.SS. maggiormente rappresentative. In sintesi la norma prescrive:

a) che l'eccedenza riguardi più di dieci unità di personale (anche se, con procedura semplificata, l'eccedenza può riguardare anche un numero inferiore di dipendenti);

b) che l'amministrazione in esubero è tenuta a darne informazione alle OO.SS.;

c) che non vi sia la possibilità di ricollocare questi dipendenti all'interno dell'amministrazione medesima, con assegnazione ad altre mansioni;

d) che sia verificata la possibilità di riallocare il personale eccedente all'interno dell'amministrazione d'appartenenza, anche facendo ricorso a forme di lavoro flessibile o a contratti di solidarietà;

e) per il trasferimento del personale in esubero, nella ricerca delle amministrazioni in carenza di personale, deve essere rispettato l'ambito provinciale territoriale e, nel caso non fosse possibile, l'individuazione delle altre amministrazioni è rimessa alla contrattazione collettiva.

Inoltre, l'art. 34-bis, introdotto dalla legge 3/2003, subordina le nuove assunzioni nella pubblica amministrazione al previo assorbimento delle eccedenze in disponibilità e le nuove assunzioni effettuate in violazione della procedura esposta, sono nulle di diritto.

Su questa materia (mobilità collettiva) è utile richiamare l'art. 24, c. 10, del CCNL di area medica 3/11/2005 che, partendo dalla finalità di dare "corretta attuazione all'art. 39, c. 8, del CCNL 8/06/2000 relativo all'attribuzione di un incarico diverso a seguito dei processi di ristrutturazione delle aziende ed enti", richiama le procedure da attivare in base ai vigenti contratti collettivi "prima di modificare l'incarico", e cioè:

- obbligo della consultazione delle OO.SS. legittimate "prima della ridefinizione delle dotazioni organiche mediante l'atto aziendale";

- verifica in contrattazione integrativa aziendale delle "implicazioni del processo di riorganizzazione sulle posizioni di lavoro dei dirigenti ed, in particolare, sugli incarichi loro conferiti, al fine di rinvenire, nell'ambito degli strumenti contrattuali, soluzioni di giusto equilibrio che tengano conto delle valutazioni riportate";

- applicazione dell'art. 31, c. 1, del CCNL 5/12/1996 "per evitare situazioni di esubero in generale o di perdita dell'incarico da parte dei dirigenti anche di struttura complessa". L'art. 31 anzidetto (Accordi di mobilità) prevede che le aziende, al fine di evitare dichiarazioni di eccedenza, "esperiscano ogni utile tentativo per la ricollocazione dei dirigenti medici e veterinari -

oltre che nell'ambito delle discipline equipollenti a quelle di appartenenza secondo le vigenti disposizioni - anche in discipline diverse di cui gli interessati possiedono i requisiti previsti per l'accesso mediante pubblico concorso... ovvero, mediante il conferimento di incarichi dirigenziali per lo svolgimento dei quali non sia richiesto un particolare tipo di specializzazione";

- applicazione dell'art. 17 del CCNL integrativo del 10/02/2004 per i dirigenti in eccedenza, tenendo conto dell'art. 9, c. 1, lettera h) del CCNL 3/11/2005, in materia di indirizzi di competenza del "Coordinamento regionale". L'art. 17 del CCNL 10/02/2004 (Passaggio diretto ad altre amministrazioni dei dirigenti in eccedenza) dispone che le singole aziende comunicano a tutte le aziende regionali del Comparto sanitario, e degli altri Comparti, l'elenco dei dirigenti in eccedenza, "per conoscere la loro disponibilità al passaggio diretto di tutti o di parte dei dirigenti". Le aziende, entro 30 giorni dalla richiesta, "comunicano l'entità dei posti vacanti per i quali sussiste l'assenso al passaggio diretto dei dirigenti in eccedenza", i quali "possono indicare le relative preferenze e chiederne le conseguenti assegnazioni".

Ricordo, ai sensi dello stesso art. 33 del D.Lgs. 165/2001, come modificato da Brunetta, che "è valutabile ai fini della responsabilità per danno erariale la mancata individuazione, da parte del dirigente responsabile, delle eccedenze delle unità di personale".

### Mobilità interna (o coatta, o d'ufficio, o d'urgenza)

Ai sensi dell'art. 5, c. 2, del D.Lgs. 165/2001, "le determinazioni per l'organizzazione degli uffici e le misure inerenti alla gestione dei rapporti di lavoro sono assunte in via esclusiva dagli organi preposti alla gestione con la capacità e i poteri del privato datore di lavoro, fatta salva la sola informazione ai sindacati, ove prevista dai contratti di cui all'articolo 9".

Pertanto la mobilità interna alla medesima azienda si inserisce nelle strette competenze attribuite al datore di lavoro, al punto che in tutti i Comparti è stata prevista la sanzione (art. 55-quater-Licenziamento disciplinare) del licenziamento con preavviso nel caso di "ingiustificato rifiuto del trasferimento disposto per motivate esigenze di servizio".

Per la mobilità interna il datore di lavoro è vincolato solo al rispetto dell'esistenza di esigenze tecniche, organizzative e produttive (art. 13 L. n. 300/70) ed al vincolo dell'equivalenza delle mansioni, di cui all'art. 52 del D.Lgs. 165/2001.

Così il lavoratore può essere obbligato a prestare la propria opera in qualsiasi luogo venga destinato dal datore di lavoro. Tuttavia l'obbligo non ha valore assoluto, essendo sostanzialmente previsto dall'art. 2.103, c. 1, del c.c. che al trasferimento il lavoratore possa opporsi se il datore di lavoro non provi che il movimento si sia reso necessario "per comprovate ragioni tecniche, organizzative e produttive".

L'efficacia di tale criterio, posto a tutela del lavoratore, è rafforzata dal successivo comma, che sancisce la nullità di qualsiasi patto (individuale o collettivo) che attribuisca al datore di lavoro la facoltà di trasferire il dipendente a suo piacimento.

Pertanto il dipendente pubblico, sottoposto ad un atto di mobilità interna, potrà chiedere nelle forme dovute la valutazione della legittimità del provvedimento, se rispettoso dei requisiti formali e sostanziali di cui all'art. 2.103 del c.c., spettando al datore di lavoro la dimostrazione dell'inutilità del lavoratore nella sede di provenienza, la necessità della sua presenza nella nuova sede e la motivazione della scelta su quel dipendente rispetto ad altri.

A livello contrattuale, la mobilità interna è ancora regolata dall'art. 16 del CCNL

10/02/2004, secondo la seguente disciplina:

- la mobilità all'interno dell'azienda "può essere conseguenza del conferimento di uno degli incarichi previsti dall'art. 27 del CCNL 8/06/2000 in struttura ubicata anche in località diversa da quella della sede di precedente assegnazione" (comma 1);

- la mobilità a domanda si configura "come richiesta di un nuovo e diverso incarico, anche se alla dotazione organica della sede prescelta ne corrisponda uno di pari livello a quello rivestito dal richiedente con riguardo alla tipologia e alla graduazione delle funzioni" (comma 2);

- prescinde dall'incarico attribuito la mobilità interna di urgenza "che avviene, nell'ambito della disciplina di appartenenza, nei casi in cui sia necessario soddisfare le esigenze funzionali delle strutture interessate in presenza di eventi contingenti e non prevedibili, ai quali non si possa far fronte con l'istituto della sostituzione" (comma 3);

- la mobilità d'urgenza, "ferma restando la necessità di assicurare in via prioritaria la funzionalità della struttura di provenienza, ha carattere provvisorio, essendo predisposta per il tempo strettamente necessario al perdurare delle situazioni di emergenza e non può superare il limite massimo di un mese nell'anno solare salvo consenso del dirigente, espresso sia per la proroga che per la durata" e, "ove possibile, è effettuata a rotazione tra tutti i dirigenti, qualsiasi sia l'incarico loro conferito". Inoltre, "agli interessati, se ed in quanto dovuta, spetta l'indennità di trasferta prevista dall'art. 32 per la durata dell'assegnazione provvisoria" (comma 4);

- quando la necessità di provvedere con urgenza riguardi l'espletamento dell'incarico di direttore del dipartimento o di struttura complessa (ove non possa farsi ricorso all'art. 18 del CCNL 8/06/2000), "le aziende possono affidare la struttura temporaneamente priva di titolare ad altro dirigente con corrispondente incarico nella stessa o in disciplina equipollente" (comma 5);

- nei casi di mobilità interna per effetto di ristrutturazione aziendale "si tiene conto dei principi stabiliti dagli artt. 31, c. 1, del CCNL 5/12/1996 e 39, c. 8, del CCNL 8/06/2000 (comma 6);

- nei confronti dei dirigenti sindacali di cui all'art. 10 del CCNQ 7/08/1998, "fatta salva la mobilità d'urgenza, la mobilità conseguente al conferimento dell'incarico deve essere esplicitamente accettata dal dirigente, ai sensi dell'art. 13, c. 12, del CCNL 8/06/2000, previo nulla-osta della organizzazione sindacale di appartenenza" (comma 7).

### Il trasferimento per incompatibilità ambientale

Il concetto di trasferimento, introdotto dall'art. 32 del D.P.R. 3/1957 (T.U. del pubblico impiego), che permetteva il trasferimento del dipendente qualora la sua permanenza potesse "nuocere al prestigio dell'ufficio", è stato abrogato dall'art. 72, c. 1, lettera a), del D.Lgs. 165/2001.

L'abrogazione di tale norma ha di fatto introdotto, anche nel pubblico impiego, in virtù del processo di privatizzazione in atto, l'utilizzo (in qualche modo sostitutivo) della norma dell'art. 2.103 del c.c. circa il trasferimento "per comprovate ragioni tecniche, organizzative, produttive", pur rispettando in toto il divieto prescritto dall'art. 7, c. 4, dello Statuto dei lavoratori circa l'irrogazione di sanzioni disciplinari che comportassero mutamenti definitivi del rapporto di lavoro, anche se è pacifica, in giurisprudenza, la valutazione del trasferimento come una misura organizzativa/cautelare e non disciplinare.

Dal combinato disposto dei due articoli la giurisprudenza, sia di Cassazione che del Consiglio di Stato, si è sforzata negli anni di uniformare le proprie decisioni, legando i presupposti del trasferimento ad elementi oggettivi di giustificazione o, di volta in vol-

ta, a situazioni oggettive di disfunzione aziendale, determinate dal comportamento del lavoratore, sino ad arrivare al cosiddetto "trasferimento per incompatibilità ambientale", eseguito legittimamente a carico del dipendente che abbia provocato conseguenze negative sul normale svolgimento dell'attività di lavoro o, meglio, disfunzioni del servizio e disorganizzazioni dell'unità produttiva.

Così intesa, la condotta del dipendente può astrattamente rilevare sia sotto il profilo disciplinare sia per integrare le ragioni tecnico-organizzative prescritte dall'art. 2.103 c.c., senza che il trasferimento possa configurarsi quale sanzione atipica rispetto ai provvedimenti di natura disciplinare.

Si legittima quindi l'integrazione delle ragioni tecniche, organizzative e produttive di cui all'art. 2.103 del c.c. con le circostanze soggettive legate alla condotta del lavoratore quali, per esempio, l'incompatibilità creatasi con i Colleghi di lavoro che produca disfunzione nel normale andamento del servizio.

In definitiva, la Corte di Cassazione, partendo dalla sentenza 11.103/2006 e dalla premessa che l'assegnazione del lavoratore pubblico ad ufficio diverso da quello cui era addetto è atto organizzativo di natura privatistica, ha voluto fissare questi punti fermi:

- a) si nega che l'assegnazione ad altro ufficio della stessa amministrazione configuri la fattispecie del trasferimento;
- b) si esclude che al cospetto di tale atto il lavoratore pubblico possa invocare una tutela diversa e più ampia di quella garantita dall'art. 2.103 del c.c.;
- c) si esclude che l'amministrazione datrice di lavoro debba provare l'esistenza delle esigenze organizzative contemplate dall'art. 2.103 c.c.;
- d) si conclude per la legittimità dell'assegnazione a nuovo ufficio, considerando che le nuove mansioni assegnate non avevano determinato, nel caso in esame, nessuna dequalificazione.

Inoltre, più in generale, la Suprema Corte si è allineata nell'affermare:

- che il Giudice di legittimità non ha alcun potere di controllo sul merito delle ragioni che hanno portato al trasferimento, trovando un preciso limite nel principio di libertà di iniziativa economica privata sancito dall'art. 41 della Costituzione; deve solo verificare il nesso di causalità con il provvedimento adottato, limitando il controllo giurisdizionale appunto all'esistenza della corrispondenza tra il provvedimento adottato e le finalità perseguite dal datore di lavoro;

- il tenore letterale dell'art. 2.103 del c.c. descrive genericamente il trasferimento da una unità produttiva all'altra e sembra prescindere dalla distanza da una sede all'altra, avendo come finalità principale quella di tutelare la dignità del lavoratore e di proteggere l'insieme delle relazioni interpersonali che lo legano ad un determinato complesso produttivo;

- la forma del provvedimento di trasferimento deve essere scritta, ma il datore di lavoro non ha alcun onere di indicare dettagliatamente nel provvedimento le ragioni tecniche, organizzative e produttive che lo hanno portato a tale scelta, salvo che il lavoratore non ne faccia esplicita richiesta. Semmai spetta al lavoratore di provare un eventuale intento ritorsivo perseguito dal datore. In carenza di tali requisiti il lavoratore, in presenza di pregiudizio grave ed irreparabile, può invocare la tutela d'urgenza per l'ottenimento della reintegra nel posto di lavoro originario;
- maggiori limitazioni al potere datoriale sono stabiliti:

- 1) dall'art. 22 dello Statuto dei lavoratori, che dispone il previo nulla-osta dell'organizzazione sindacale in caso di trasferimento di dirigenti sindacali;
- 2) per i lavoratori che fruiscono dei congedi di maternità e di paternità ex art. 56 del D.Lgs. 151/2001;

- 3) per il lavoratore portatore di handicap e per i congiunti che lo assistano ai sensi dell'art. 33 della legge 104/1992. In quest'ultimo caso, la giurisprudenza è costante nel ritenere che il diritto alla sede più vicina non è assoluto, ma assume rilievo solo quando risulti in concreto compatibile con le esigenze economiche ed organizzative del datore di lavoro.

### Comando di cui all'art. 21 del CCNL 8/06/2000

È un istituto intermedio tra l'aspettativa e la mobilità temporanea. Esso prevede:

- comma 1: che, "per comprovate esigenze di servizio, la mobilità del dirigente può essere attuata anche attraverso l'istituto del comando tra aziende ed enti del Comparto anche di diversa Regione, ovvero da e verso altre amministrazioni di diverso Comparto, che abbiano dato il loro assenso";

- comma 2: che "il comando è disposto per tempo determinato ed in via eccezionale, con il consenso del dirigente alla cui spesa provvede direttamente ed a proprio carico l'azienda o amministrazione di destinazione";

- comma 3: che "il posto lasciato disponibile dal dirigente comandato non può essere coperto per concorso o qualsiasi altra forma di mobilità";

- comma 4: che "i posti vacanti, temporaneamente ricoperti dal dirigente comandato, sono considerati disponibili sia ai fini concorsuali che del trasferimento";

- comma 5: che "il comando può essere disposto anche nei confronti del dirigente per il quale sia in corso il periodo di prova, purché la conseguente esperienza professionale sia considerata utile a tal fine dall'azienda e previa individuazione delle modalità con le quali le amministrazioni interessate ne formalizzeranno l'avvenuto superamento";

- i commi da 6 a 8 sono stati disapplicati dall'art. 20 del CCNL 10/02/2004 (attraverso l'inciso specifico apportato dall'art. 24, c. 15, del CCNL 3/11/2005), per cui i riferimenti normativi per i "congedi per la formazione" e per il "comando finalizzato", che sono entrambi comandi per la formazione, sono oggi rappresentati dagli artt. 19 e 20 del CCNL 10/02/2004.

### Congedo per la formazione e comando finalizzato

Sono due istituti (di cui, rispettivamente, all'art. 19 e 20 del CCNL 10/02/2004) destinati a favorire l'aggiornamento dei dirigenti, nonché la loro formazione anche ai fini del compimento di studi speciali per l'acquisizione di tecniche particolari.

Il **congedo per la formazione** può essere richiesto, con almeno 30 giorni di anticipo rispetto all'inizio della formazione, da parte dei dirigenti a tempo indeterminato con almeno 5 anni di anzianità di servizio, per attività diverse da quelle della formazione obbligatoria.

L'istituto comporta una sospensione del rapporto di lavoro, per non più di 11 mesi, nell'arco dell'intera vita lavorativa, durante il quale non si ha diritto alla retribuzione, ma si conserva il posto di lavoro e la copertura di malattia.

L'azienda, di fronte a grave pregiudizio della funzionalità del servizio, può differire di 6 mesi la fruizione del congedo.

Il **comando finalizzato**, di cui all'art. 20 del CCNL 10/02/2004 (che ha disapplicato i commi da 4 a 7 dell'art. 45 del D.P.R. 761/1979, i commi 5 e 7 dell'art. 33 del CCNL 5/12/1996 ed i commi da 6 a 8 dell'art. 21 del CCNL 8/06/2000), prevede:

- che il dirigente possa chiedere, oltre ai (ed in luogo dei) congedi per la formazione anzidetti, il comando finalizzato "per periodo di tempo determinati presso centri, istituti ed altri organismi di ricerca nazionali ed internazionali che abbiano dato il loro assenso", con preavviso di 30 giorni;

- che il periodo di comando non può superare i due anni nel quinquennio e che non può essere cumulato con i congedi di cui all'articolo precedente e con le aspettative per motivi personali;

- che il periodo di comando sia utile ad ogni effetto ai fini dell'anzianità di servizio;

- che spetta all'azienda di appartenenza, in relazione al suo interesse "che il dirigente compia studi speciali o acquisisca tecniche particolari, indispensabili per il buon andamento del servizio", "stabilire se, in quale misura e per quale durata, al dirigente possa competere il trattamento economico in godimento e, nei casi previsti, il trattamento di missione per un periodo non superiore ai 6 mesi".

Per esperienza vissuta, so che sovente, se non è l'azienda di appartenenza a pagare la retribuzione, ci si dimentica degli oneri previdenziali. È un errore grave, che bisogna evitare: chi paga la retribuzione, deve comunque provvedere alle ritenute relative alla contribuzione previdenziale, magari appoggiandole all'azienda di appartenenza, che le girerà all'INPDAP.

### Criticità e prospettive della mobilità nel pubblico impiego

1. È un istituto poco utilizzato (meno del 3% dei dipendenti vi è ricorso negli ultimi 5 anni).

2. È un istituto lento e farraginoso, basti pensare che occorrono più di due mesi per un trasferimento ed il 20% di essi genera contenzioso (soprattutto per erronea corrispondenza nell'equiparazione del profilo professionale e/o economico).

3. Quasi sempre si tratta di mobilità di scarso pregio, cioè motivata dall'esigenza del lavoratore di "avvicinarsi a casa", di lasciare mansioni impegnative, o ambienti di lavoro o Colleghi poco soddisfacenti, ecc., quasi mai di mobilità per realizzare una politica del mercato del lavoro volta alla distribuzione più razionale dei dipendenti e alla valorizzazione dei meritevoli.

4. La mobilità (naturalmente quella obbligatoria o d'ufficio) è vista solitamente come strumento punitivo e non come mezzo di accrescimento professionale.

5. Invece di aumentare la flessibilità interna, in questi anni si è fatto ricorso alla flessibilità esterna, basti pensare alle assunzioni dei collaboratori coordinati, continuativi o professionali, aumentate a dismisura per aggirare il blocco delle assunzioni.

6. Non si sono adottati meccanismi contrattuali di sostegno e incentivazione alla mobilità, nonostante le parole teoriche e retoriche in materia del memorandum d'intesa sul lavoro pubblico (18/01/2007).

7. Non favoriscono certo la mobilità disposizioni come quella dell'art. 35, c. 5-bis del D.Lgs. 165/2001 secondo cui "i vincitori dei concorsi devono rimanere nella sede di prima destinazione per un periodo non inferiore a 5 anni" e la disposizione transitoria di cui all'art. 22 del CCNL 3/11/2005, secondo cui non si può accedere alla mobilità "se non siano trascorsi due anni dal termine della formazione" a seguito di piani di investimento dell'azienda nell'ambito dell'ECM, ovvero, per il dirigente neo-assunto, in caso di "perdurante carenza di organico" (norme, queste ultime, per fortuna decadute).

8. Infine non favoriscono la mobilità le ipotesi di portare l'età pensionabile del personale dipendente-dirigente verso i 70 anni (la mobilità infatti è un istituto "per giovani").

Per migliorare le prospettive dell'istituto è inevitabile allora che si intervenga almeno:

- a) con disposizioni contrattuali di carattere generale che prevedano incentivi economici alla mobilità ed impediscano effettivamente il trattamento *in pejus* del personale trasferito, garantendo così la pienezza della retribuzione (voci fisse e accessorie, assegni *ad personam*, produttività, sviluppi economici, ecc.);

b) nonché, attraverso la contrattazione collettiva-quadro, alla definizione di tabelle di equiparazione tra inquadramenti professionali diversi, specie in caso di mobilità intercompartimentale (cosa che intende fare, ma con DPCM, l'art. 29-bis del D.Lgs. 165/2001, nel testo aggiornato al 2009); c) favorendo, come è avvenuto parzialmente con la legge finanziaria 2008, attraverso l'istituzione di una "banca dati" specifica presso il Dipartimento della Funzione

pubblica, il miglior incontro tra domanda ed offerta di mobilità.  
Solo così la mobilità potrà trasformarsi in strumento vero di reclutamento, con le connesse ricadute in termini di razionalizzazione dell'impiego delle risorse umane e contemporaneo contenimento dei costi del personale.

#### Bibliografia:

1. Testi di legge e relativi alle disposizioni

contrattuali vigenti per l'area della dirigenza medico-veterinaria;  
2. Dott. Dario Gucciardo, "Mobilità e trasferimento nella giurisprudenza di legittimità", su ARAN-Newsletter n. 1/2008;  
3. Dott. Francesco Verbaro, "Mobilità e gestione delle risorse umane nelle pubbliche amministrazioni", su ARAN-Newsletter n. 5/2004.

Carlo Sizia

## Favola sanitaria con morale

C'era una volta. C'era una volta un Paese felice, perché il benessere cresceva, per tutti. Anche i muratori cantavano e fischiavano, sui tetti. La guerra era un lontano ricordo e c'era lavoro per tutti. In quel Paese la salute era assicurata dal medico condotto (un amico di famiglia) e da una rete capillare di ospedali, vecchi ma pieni di umanità. Ospedali "semplici" vicini alla casa ed al campanile (ospedale zonale); ospedali "più grossi", nella cittadina vicina (ospedale provinciale) ed ospedali "enormi", nel capoluogo di provincia (ospedali regionali). Le persone erano tranquille e sicure: la loro salute era affidata al medico di famiglia, che di loro conosceva tutto. Si fidavano del "dottore" che li curava "a casa" (ambulatorio e domicilio) e che li inviava in ospedale solo in caso di bisogno estremo. Faceva quasi tutto lui, il dottore: toglieva i denti, incidava gli accessi, dava i punti, faceva l'esame delle urine, con la centrifuga a mano. Soprattutto, quel camice, visitava i malati e parlava con loro, con bonomia, pazienza e serenità.

La sanità veniva garantita dalle Mutue; dalle mutue quel medico condotto veniva pagato, sulla base dell'attività fatta, ossia sulla base del foglietto (detto DECADE) in cui venivano registrate - mutua per mutua - tutte le prestazioni fatte.

Le mutue pagavano e controllavano. Controllavano sia il condotto che i medici ospedalieri, contenendo la durata dei ricoveri. Il sistema funzionava, anche se qualcuno brontolava per l'eccessiva burocrazia... Funzionava e funzionò, finché alcune categorie (i soliti contadini e gli artigiani) decisero di non versare più i contributi di malattia, facendo "saltare" le loro mutue di categoria (Coldiretti, ecc.) ma non quella più grossa, l'INAM.

La cosa più semplice sarebbe stata quella di affidare tutta la sanità all'INAM ma la politica si mise di mezzo. E decise che quel modello sanitario era superato, che non andava più bene per quel "Paese ricco" e che si doveva cambiare. Vollerò copiare: non il modello israeliano (ancor oggi ottimale), ma quello della "perfidia Albione", basato sul razionamento dei mezzi e delle cure. Un modello destinato a fallire, 30 anni dopo.

E così, nel "Paese felice" (ma con un'inflazione che galoppava) si fece una prima riforma sanitaria (1978), che fu modificata 15 anni dopo, per ridurre il ruolo dei Comitati di Gestione, ossia dei politici locali, nella gestione della sanità. Un Ministro della sanità, liberale a parole ma corruttibile e corrotto nei fatti, sfornò allora una drammatica riforma della riforma. Gli ospedali ed i distretti si trasformarono in "aziende" (ASL-AULSS), gestite da un manager (Direttore Generale, DG), scelto dalla politica regionale. A sua volta, il DG doveva scegliersi altri manager, quello sanitario ed amministrativo.

Non la faremo lunga, perché questa parte della favola è nota e rinota. La politica, tecnicamente cacciata dalla sanità nel 1992, invece la rioccupava violentemente, entrando dal portone principale: quello della gestione aziendale, assoluta ed indiscriminata. Perché? Perché la scelta di quei DG era

di esclusiva competenza del Governatore regionale, che li sceglieva a suo piacimento da una lista compiacente. Compiacente, perché basata sulle autocertificazioni dei singoli aspiranti, autocertificazioni talora false ma quasi mai verificate dalle istituzioni regionali, anche se detti controlli erano previsti dalla legge nazionale.

#### CONSEGUENZE

Il sistema degenerò, perché la spesa sanitaria copriva l'80% del bilancio regionale e la politica regionale non poteva e non voleva restare estranea alla torta.

**Conseguenze?** In una Regione del Centro - Nord, il governatore "cattolico" scelse come DG moltissimi suoi amici e sodali, che talora mescolarono la comunione con gli affari, come sarebbe stato evidente (anche alle cronache) qualche quinquennio più tardi...

**Conseguenze?** Nella patria di Leonardo, il governatore "comunista" trasformò i DG in funzionari di partito. E, ciò, in contrasto con la legge nazionale, che invece garantiva ai DG stessi una totale (piena ed assoluta) responsabilità dell'azienda sanitaria, anzi della pseudo-azienda sanitaria.

Perché pseudo azienda, quella sanitaria pubblica? Perché il bene salute è un valore prezioso, che non può essere imprigionato dentro la gabbia dei numeri: DRG, LEA, ICD9-CM, ECM, ecc., ossia di tariffe e regole che non tengono conto del valore "salute individuale", ma solo del valore "denaro". Il sistema avrebbe dovuto essere in equilibrio economico, ma - invece - generò un debito mostruoso, per la chiara volontà della politica di non imporre rigidi controlli sulla dinamica delle spese sanitarie (correnti e non) e di non voler valutare periodicamente l'operato dei DG. Almeno a metà ed a fine mandato. Nessuna trasparenza, nessun controllo "esterno" sugli atti dei DG; nessuna reale programmazione nazionale o regionale. Fatte salve rare, rarissime e lodevoli eccezioni.

**Conseguenze?** Nella terra della Serenissima (tra il Piave, l'Adige ed il Po), un potente Governatore azzurro (il cui predecessore era detto "il Doge"), rimasto in carica per 15 anni, riuscì ad incrinare l'efficienza sanitaria veneta (quella degli anni 1970-1996), impossessandosi del sistema, non aggiornandolo ed affidandolo ai suoi.

Come? Nominando i 24 DG regionali sulla base di precise caratteristiche di appartenenza: l'essere suoi sodali!

E così una bionda dai lunghi capelli venne nominata, per 2 volte, DG... solo perché era stata sua compagna di banco. Ed un altro soggetto, corpulento e veneziano venne prima nominato (e confermato) DG "sulle calli" e quindi ulteriormente premiato con la nomina a Commissario nella città veneta che ospitava i condannati. Le conseguenze? Un ospedale pieno di debiti ed un centro-protonico, del tutto inutile per il territorio. Già, la politica aveva capito che si poteva essere manager sanitari senza precise e specifiche competenze in ambito sanitario, per colpa di una legge un po' generica (D.Lgs. 502/1992).

Nomine di sodali, partitici e non, si diceva. Grosso modo, nella terra serenissima, 22

su 24 nomine al posto, ambito, di DG. Il narratore di questa storia sa (ed accetta, a malincuore) che spetta alla politica regionale la scelta di chi deve gestire la sanità pubblica... ma lo stesso narratore continua a credere e ad affermare che parimenti spettino alla politica il controllo attento e la valutazione attenta/accurata/periodica dei DG scelti, premiandoli o cacciandoli, sulla base dei risultati ottenuti.

Nella terra serenissima ciò non è mai avvenuto, in corso d'opera. Se una valutazione c'è stata, essa è avvenuta alla fine del periodo contrattuale dei DG... In ogni caso (si attendono smentite, documentate) si è sempre trattato di una valutazione - a posteriori - poco trasparente, per mancata ufficializzazione dei motivi del mancato rinnovo o dell'eventuale riconferma dei DG interessati.

In 15 anni: 1 Governatore, 5 diversi Assessori alla Salute, 3 Direttori Regionali alla Salute: 9 teste, un unico, immutato stile... in assenza di un vero PSR (piano sanitario regionale).

**Conseguenze?** Il Paese già felice, ormai, felice non lo era più: si era trasformato in un Paese bolso, pieno di debiti e con meno servizi per i cittadini. Nonostante le tasse crescenti... meno servizi ai cittadini, per colpa della politica (nazionale e regionale) incapace di scelte selettive, "verticali".

Anche la spesa sanitaria entrò nel mirino. Arrivarono i tickets, la riduzione dei letti ospedalieri, il precariato medico, le liste di attesa, i LEA... addolciti da mille promesse ("il territorio!"), non mantenute. Il debito sanitario venne scaricato sulle Regioni, costrette infine ad ufficializzare i loro bilanci sanitari. Si scoprì allora che quei bilanci sanitari erano costruiti "con fantasia", ossia in mille modi diversi: mescolando le voci correnti con quelle strutturali; nascondendo/minimizzando i mutui nascosti; mascherando le consulenze di dubbia natura e gli organici incoerenti rispetto all'attività reale; procrastinando i pagamenti.

Si scoprì che il servizio sanitario (nazionale o regionale) si era riempito di figure amministrative e si era impoverito di sanitari, medici ed infermieri. Come se la sanità fosse un qualunque Ministero e come se la componente amministrativa non dovesse essere al servizio di quella medica, centrale per la diagnosi e le cure. Anzi...

La peculiarità della sanità pubblica nel Paese "felice" era basata sull'impegno dei medici e sulla snellezza amministrativa. La debolezza della sanità nel nuovo Paese "infelice" poggiava invece su evidenti lacci e laccioli: il falso aziendalismo, l'invasione della politica-politicante (vassalli, valvassini, valvassori), l'interferenza ed i diktat amministrativi sui sanitari, lo scarico-barile delle responsabilità, l'assenza di una cultura della prevenzione del rischio clinico, le vessazioni contrattuali aziendali (con l'esplosione del *mobbing*), l'uso scorretto dei fondi aziendali dei medici. Troppi ceppi, troppi ostacoli, troppe violazioni di regole contrattuali. Ed il contenzioso legale esplose...

Poi, il Governatore se ne andò a Roma e fu sostituito da un baldo messere, nato nella terra del Prosecco.

Il nuovo governatore, messer Luca, appena nominato, promise di risolvere ogni problema: cacciò l'abitante di Ca' Molin e garantì il varo di un nuovo piano sociosanitario regionale, 17 anni dopo quello precedente. Promesse... non mantenute, 16 mesi dopo.

Ma il nuovo messere fece comunque un "miracolo": in dodici mesi, si passò da un deficit sanitario di 600 milioni di euro ad un attivo di 12 milioni. Un vero prodigio biblico, "il miracolo dei 2 Luca". Un vero capolavoro contabile, che - però - durò poco perché fu smentito dalla Corte dei Conti.

Un miracolo "misterioso ed opaco", poco credibile in una Regione che aveva "buttato" centinaia di milioni di euro: per un inutile centro protonico, nel mestrino; per 32 sale operatorie a Verona (con un bacino di utenza di 600.000 abitanti!), peraltro prive di personale adeguato e di adeguata centrale di sterilizzazione; per una "nave ARPAV"; per una ventina di ospedaletti oggi pericolosi ed inutili; per mantenere un apparato dirigenziale aziendale (DG, DS, SA, DSS) di 96 persone in 24 aziende; per mantenere 5 cardiocirurgie, oggi eccessive per 4.9 milioni di abitanti, data la trombolisi; per ristrutturare un ospedale incendiato (che, invece, andava chiuso); per la mancata creazione di una ventina di grosse strutture poliambulatoriali pubbliche, con una nuova offerta ambulatoriale; per il mancato riordino organizzativo dell'intera rete.

Le follie del Ministro "azzurro, piccolino e poco sereno" contribuirono alla fuga (pensionamento precoce) di migliaia di medici, nell'intero Paese e nella terra serenissima. Le liste di attesa si allungarono, i malati mugugnarono, la spesa sanitaria privata crebbe.

E, quel servizio sanitario pubblico, inefficiente a mostrare molte crepe: minor efficienza, minor efficacia, maggior rischio, minor serenità ambientale.

Il governo nazionale, di color azzurro, fece finta di niente, impegnato com'era a risolvere i problemi del suo Premier e le mille

"beghe" (dispute) tra le 10 componenti della maggioranza.

I governi regionali, per paura dello scudiscio del finanziere capo, cominciarono a razionare ulteriormente l'offerta sanitaria. Quello "serenissimo" tagliò stipendi ai DG e C.; tagliò le risorse alle strutture private convenzionate, ma non a quelle religiose, controllate poco e male. La conseguenza fu che, tra il Piave ed il Po, le fughe sanitarie aumentarono: verso il NordEst, verso il NordOvest, verso il Centro.

Pazienti in fuga, senza freni. Ma, quel governo serenissimo, fece di più: consentì a molti DG di scegliere i "Primari" (ovvero i medici direttori di unità operativa complessa) sulla base non delle competenze, ma sulla base del possesso di una tesserina ("verde") e di un fazzoletto o di una cravatta ("verde"). Scelte politiche e non tecniche. E, così, dopo un po' - quando la gente se ne accorse -, la fuga dei pazienti aumentò.

E fu così che, ad esempio, nell'ospedale di Bisaglia, l'urologia e l'oncologia si ridussero ai minimi termini; la nefrologia crollò e la neurochirurgia venne chiusa.

E fu così, ad esempio, che si tolse - nella terra del Palladio - un primario ad un mago della tecnologia *cyber-knife*, contro i tumori in movimento...

E fu così, sempre ad esempio, che l'apparato burocratico-veterinario di un'azienda vicentina venne trasferito (e moltiplicato per 3) in un'altra azienda della bassa padana, ad opera di quella bionda manager sopra-ricordata.

Ed intanto... Intanto il verde, il "loro" verde dominò ospedali e distretti... verde dovunque... dall'inserto al grande capo...; verde nelle corsie...; convinzione politica o rassegnazione?

Verde a perdita d'occhio, fino a quando la gente non capirà che, questo, non è il modo corretto di gestire il "bene salute".

Un giorno, forse, dopo il verde e grazie ad un diverso consenso popolare, arriverà un colore diverso: vecchio (azzurro) o nuovo (arancione). È la democrazia...

Per ora, domina il verde. Ma l'aria sta cambiando. Alcuni Elfi ci hanno suggerito che la Magistratura contabile stia facendo parecchi controlli su: conti e conticini sanitari; usi ed abusi del potere aziendale; titoli di studio; gare d'appalto; cooperative, sociali e non; consulenze...

Ma, per ora, quel Paese e quella Regione continuano ad essere in piena crisi: economica, sanitaria, morale. All'orizzonte non si vede alcun "genio della lampada", in grado di raddrizzare le cose, ossia di gestire la sanità ed il bene salute, anche rischiando la carriera e la popolarità!

Ed allora, come si può essere, oggi, ottimisti? E comunque è pur sempre vero che "chi fa per sé, fa per tre".

#### S.B. "L."

**Nota bene:** fatti e fatterelli citati sono stati estrapolati sia dalla bibliografia che dal ventennale vissuto nelle corsie ospedaliere di questo nostro Paese felice-infelice.

#### BIBLIOGRAFIA (sintetica)

Corriere della Sera, 28/05/11, pag.25: "Aste truccate nella sanità piemontese"

Italia Oggi, 21/05/11, pag.33: "Facile licenziare i vecchi"

Avvenire, 25/05/11, pag.5: "La Corte dei Conti..."

L'Adige, 30/03/08, pag.54: "Mobbing e drammi ospedalieri"

Il Sole 24 Ore-Sanità, 19/04/11, pag 1-2-3: "La babele delle cure di emergenza"

Il sole 24 Ore-Sanità, 19/04/11, pag.4-5-7: "Cartellino rosso ai DG spreconi"

Corriere Veneto, 08/05/11, pag.9: "Ricerca UNISALUTE"

Corriere Veneto, 07/05/11, pag.7: "USL, controllo sui conti 2010"

Corriere Veneto, 31/05/11, pag.11: "Pubblicità dell'Azienda-ASL di Verona"

L'Arena, 31/05/11, pag.23: "Sanità: eccellenza o disastro?"

L'Arena, 31/05/11, pag.24: "Pubblicità dell'azienda-ASL di Verona"

## Disciplina in tema di infrazioni e sanzioni disciplinari (alla luce del D.Lgs. n. 150 del 2009)

### 1) Il nuovo ruolo della dirigenza pubblica

**Nel decreto legislativo 150 del 2009**, ultimo organico intervento di riforma della disciplina del lavoro alle dipendenze della pubblica amministrazione, vengono "ridelineati" alcuni tratti normativi della **dirigenza pubblica** al fine di rafforzarne il ruolo e le prerogative. È questo l'intento dichiarato dal legislatore della riforma.

**La dirigenza** come "categoria soggettiva" è assunta come uno dei perni del complesso sistema di valutazione attraverso cui conseguire, grazie anche ad un rafforzamento dei poteri di vigilanza e sanzioni ad essa spettanti, adeguati livelli di produttività del lavoro pubblico.

**La dottrina** ha espresso i suoi dubbi sulla effettiva carica innovativa delle regole sulla dirigenza, in quanto è stata ritenuta "ampiamente inadeguata rispetto alla definizione di un progetto compiuto e coerente di riordino della disciplina legislativa della dirigenza pubblica, sul versante strutturale e su quello funzionale".

L'obiettivo del Ministro Brunetta, con l'utilizzo anche di nuovi slogan come "**manager pubblici**", era quello di realizzare una metamorfosi dei dirigenti pubblici da grigi e distanti burocrati ad abili "**play-maker**", sempre capaci di fornire le motivazioni giuste al proprio personale e trasformarlo, così, in squadra scattante e sensibile. Per tali motivi è stata apportata una serie di modifiche, volte a rafforzare e rendere ef-

fettivo l'esercizio delle prerogative datoriali della dirigenza, sia nei confronti degli organi politici, sia rispetto agli spazi rimessi alle rivendicazioni sindacali. Da qui è seguita sul piano delle "norme simbolo" la riscrittura dell'art. 5, comma 2 D.Lgs. 165, ad opera dell'art. 34 del D.Lgs. n. 150, secondo cui "**le determinazioni per l'organizzazione degli uffici e le misure inerenti alla gestione dei rapporti di lavoro sono assunte in via esclusiva dagli organi preposti alla gestione con la capacità e i poteri del privato datore di lavoro, fatta salva la sola informazione ai sindacati, ove prevista**" dalla contrattazione collettiva nazionale.

Con la riforma, altresì, i dirigenti sono tra i soggetti che intervengono nel processo di misurazione e valutazione della **performance** delle amministrazioni pubbliche. L'art. 39, nella modifica all'art. 17, co. 1, D.Lgs. 165, dispone che i dirigenti "effettuano la valutazione del personale assegnato ai propri uffici, nel rispetto del principio del merito, ai fini della progressione economica e tra le aree, nonché della corresponsione di indennità e premi incentivanti". Sulle modalità e i criteri di detta valutazione, l'art. 9, D.Lgs. 150 puntualizza che deve svolgersi tramite "una significativa differenziazione dei giudizi" e sulla base della considerazione di una serie di fattori come:

a) il raggiungimento di specifici obiettivi di gruppo o individuali, b) la qualità del contributo assicurato alla performance dell'unità organizzativa di appartenenza; c) le

specifiche competenze dimostrate e i comportamenti professionali e organizzativi.

L'impressione che suscitano le disposizioni richiamate, se ad esse si aggiungono le norme contenute nel Titolo IV, Capo V, D.Lgs.150, sul "solerte e puntuale esercizio" del **potere disciplinare** da parte del dirigente, è di trovarsi dinanzi ad un assetto regolativo, che si presta ad una duplice considerazione. Infatti, ad una prima lettura, si ha la convinzione di trovarsi di fronte ad un perseguito rafforzamento di alcuni aspetti che connotano la posizione organizzativa della dirigenza. Questa, vede meglio specificati alcuni profili "interni alla sua esclusiva competenza", ossia inerenti al potere gestionale - organizzativo. Tuttavia, l'accresciuto numero di prescrizioni, sempre più dettagliate, in alcuni casi imbrigliano il dirigente sul modo in cui deve esercitare le sue prerogative datoriali, come avviene con riguardo al contenuto delle disposizioni sul potere disciplinare che, secondo Alcuni, se mirano alla "finalità di rendere effettivo l'esercizio, eliminando quelle "sacche" di inerzia che talvolta la prassi applicativa ha conosciuto, in concreto rischiano di ridurre al minimo, se non addirittura eliminare, lo spazio di autodeterminazione della dirigenza" che, spinta "ad attivare un procedimento disciplinare in presenza di ogni comportamento illecito dei dipendenti", viene pensata quasi come una "casta di censori" piuttosto che di autorevoli gestori delle risorse umane.

## 2) La responsabilità disciplinare dopo la riforma

La **responsabilità disciplinare** è quella forma di responsabilità in cui incorre il lavoratore per non aver osservato obblighi contrattualmente assunti, indicati nel contratto collettivo e recepiti nel contratto individuale di lavoro. Ed ora anche per avere violato specifici precetti previsti dalle nuove disposizioni.

**Il fondamento del potere disciplinare** in capo al datore di lavoro si rinviene nell'art. 2106 c.c. e deve intendersi come il **potere di irrogare sanzioni disciplinari** nel caso di accertata violazione da parte del prestatore dei propri doveri contrattuali e, più in generale, degli obblighi di diligenza, obbedienza e fedeltà. Presupposto per l'irrogazione della sanzione è, pertanto, l'accertamento di una condotta colpevole del lavoratore. **Il nuovo art. 55**, dopo aver ribadito la salvezza della disciplina in materia di responsabilità civile, amministrativa, penale e contabile, fa menzione anche della diretta applicazione dell'art. 2106 del c.c., ma non vi è più traccia dell'applicabilità dell'art. 7, co. 1, 5 e 8, dello Statuto dei lavoratori, segno evidente della volontà di progressivo allontanamento dalla privatizzazione in tale ambito.

**Con il decreto legislativo 27 ottobre 2009, n. 150**, sono state apportate importanti innovazioni in tema di infrazioni, sanzioni disciplinari e rapporti con il procedimento penale. In particolare, l'art. 69 del citato decreto ha sostituito l'art. 55 del D. Lgs. n. 165 del 2001 ed ha introdotto gli artt. da 55 bis a 55 novies nel corpo del medesimo testo normativo, mentre l'art. 72 ne ha abrogato l'art. 56.

**Le nuove norme hanno carattere generale**; la loro applicazione, infatti, riguarda tutte le pubbliche amministrazioni di cui all'art. 1, comma 2, del D. Lgs. n. 165 del 2001, ossia il personale dipendente c.d. "privatizzato" e soggetto alla disciplina dei contratti collettivi di comparto. Rimane, pertanto, invariato il regime della responsabilità, del procedimento e delle sanzioni disciplinari per il personale ad ordinamento pubblicistico, di cui all'art. 3 del medesimo decreto, così come espressamente chiarito dalla **Circolare n. 14 del 23 dicembre 2010 del Dipartimento della funzione pubblica**. Sempre il citato art. 55, comma 1, del D. Lgs. n. 165 del 2001 stabilisce poi che le disposizioni di cui agli artt. da 55 a 55 octies costituiscono norme imperative ai sensi e per gli effetti degli artt. 1339 e 1419, secondo comma, c.c. Ciò significa, in primo luogo, che tali disposizioni non possono essere derogate dalla contrattazione collettiva, la quale può disciplinare la materia nei limiti di quanto consentito dalla legge e negli ambiti non riservati alla legge stessa. Inoltre, la disciplina legale prevale sulla disciplina sostanziale contenuta nei contratti collettivi, compresa quella dei contratti stipulati prima dell'entrata in vigore della riforma (15 novembre 2009) e, in presenza di clausole contrattuali difformi, si verifica la sostituzione della clausola nulla con integrazione del suo contenuto ad opera della fonte di legge. Questo meccanismo di sostituzione ha carattere automatico e, pertanto, produce i suoi effetti già a livello di applicazione della norma da parte dell'operatore, senza la necessità di un accertamento preventivo della nullità della clausola da parte del giudice.

## 3) Le sanzioni disciplinari

**Le sanzioni disciplinari** sono generalmente: **il richiamo verbale, il richiamo scritto, la multa, la sospensione dal lavoro con privazione della retribuzione, il licenziamento**. La novità sta nel fatto che anche in questo ambito **la fonte negoziale non è più l'unica norma di riferimento**, poiché **il nuovo testo dell'art. 55 prevede che la tipologia delle infrazioni e delle relative sanzioni sia definita dai contratti collettivi, fatte**

salve le previsioni del decreto delegato, che ha introdotto una nuova tipologia di illeciti e di sanzioni. Quindi, ora, il codice disciplinare è predeterminato non solo dai contratti collettivi, ma anche dalla normativa del nuovo Testo unico del pubblico impiego.

**In merito ai principi**, si rileva che il **principio di pubblicità** trova applicazione piena nella previsione della pubblicazione sul sito istituzionale dell'amministrazione del codice disciplinare, recante l'indicazione delle predette infrazioni e relative sanzioni. **La Circolare della Funzione Pubblica n. 14 del 23/12/2010** precisa in merito, che le amministrazioni potranno completamente sostituire la pubblicità tramite affissione con la pubblicazione on line solo qualora **l'accesso alla rete internet sia consentito a tutti i lavoratori**, tramite la propria postazione informatica; infatti, la pubblicazione risponde all'esigenza di porre il dipendente al riparo dal rischio di incorrere in sanzioni per fatti da lui non preventivamente conosciuti come mancanze. Pertanto, **il codice disciplinare** deve essere pubblicato, con adeguato risalto e indicazione della data, oltre che sull'home page internet anche di quella intranet dell'amministrazione. Le amministrazioni devono precostituire una prova dell'avvenuta pubblicazione, al fine di poter sviluppare la difesa nell'ambito di un eventuale contenzioso, chiedendo alla struttura interna competente alla pubblicazione di comunicare formalmente l'avvenuto adempimento. A seguito della riforma, la modalità alternativa alla pubblicazione sul sito è solo quella dell'affissione all'ingresso della sede di lavoro, poiché solo questo luogo particolare è espressamente considerato dalla norma vigente. Il codice disciplinare oggetto di pubblicità deve contenere sia le procedure previste per l'applicazione delle sanzioni sia le tipologie di infrazione e le relative sanzioni. La pubblicità deve poi riguardare anche il **codice di comportamento** dei dipendenti delle pubbliche amministrazioni, in quanto queste regole integrano le norme contenenti le fattispecie di illecito disciplinare previste dai contratti collettivi e dalla legge.

**I principi della necessità della preventiva contestazione dell'addebito al lavoratore e del diritto di difesa del lavoratore medesimo** sono rispettati. È stato osservato da autorevoli commentatori che la riforma Brunetta, *in parte qua* sembra far salvi gli altri **ulteriori principi** che riguardano il procedimento disciplinare del lavoratore pubblico. Si fa riferimento all'**obbligatorietà dell'azione disciplinare, alla tempestività, alla tassatività delle sanzioni, alla gradualità sanzionatoria, al contraddittorio procedimentale, alla trasparenza del procedimento ed alla potestà disciplinare verso gli ex dipendenti**.

**Alcuni dubbi sono stati sollevati per il principio di proporzionalità tra sanzione e gravità dell'illecito**, in quanto non sembra trovare integrale rispetto nelle ipotesi disciplinari relative alla materia di assenze del lavoratore ed alla loro certificazione medica, soprattutto con riferimento alla condotta del personale medico coinvolto che, per la reiterata violazione dell'obbligo dell'inoltro della certificazione in via telematica è passibile di licenziamento ovvero può decadere dalla convenzione con il Servizio Sanitario Nazionale.

Da sottolineare anche l'**art. 71**, che ha aggiunto il co. 6 all'art. 60 del D. Lgs. n. 165/2001, in cui si prevede l'**istituzione dell'Ispettorato per la funzione pubblica**, che opera alle dirette dipendenze del Ministro delegato. L'Ispettorato vigila e svolge verifiche sulla conformità dell'azione amministrativa ai principi di imparzialità e buon andamento, sull'efficacia della sua attività con particolare riferimento alle riforme volte alla semplificazione delle procedure, sul corretto conferimento degli incarichi, sull'esercizio dei poteri disciplina-

ri, sull'osservanza delle disposizioni vigenti in materia di controllo dei costi, dei rendimenti, dei risultati, di verifica dei carichi di lavoro. A conclusione degli accertamenti, **gli esiti delle verifiche svolte dall'Ispettorato costituiscono obbligo di valutazione**, ai fini dell'individuazione delle responsabilità e delle eventuali sanzioni disciplinari di cui all'art. 55, per l'amministrazione medesima. Gli ispettori, nell'esercizio delle loro mansioni, hanno piena autonomia funzionale ed hanno l'obbligo, ove ne ricorrano le condizioni, di denunciare alla Procura generale della Corte dei Conti le irregolarità contestate.

## 4) Aspetti procedurali

**Il procedimento disciplinare**, (così come descritto da Paola Briguori, magistrato della Corte dei Conti in "Guida al Pubblico Impiego") è **concepito come strumento di garanzia per il corretto esercizio del relativo potere**, in modo da assicurare il diritto di difesa del pubblico dipendente, attraverso l'accertamento se il fatto addebitato gli sia effettivamente conforme al codice disciplinare ed alla normativa di legge ovvero sia in contrasto con queste disposizioni normative e pertanto meritevole della sanzione disciplinare.

Come rilevato da autorevole dottrina (V. Tenore) la ratio del procedimento disciplinare è proprio quella di evitare l'applicazione di sanzioni "espulsive" automatiche, che si porrebbero senza dubbio in contrasto con la stessa Carta Costituzionale.

**Con il decreto legislativo 27 ottobre 2009, n. 150** la procedura disciplinare subisce radicali cambiamenti, poiché sembra essere ispirata alla semplificazione dell'intero iter, all'implementazione della potestà disciplinare del dirigente ed al potenziamento dell'attività istruttoria.

**L'art. 55-bis del decreto** scandisce le tre fasi della contestazione dell'addebito, dell'istruttoria del contraddittorio e dell'adozione della sanzione. Il legislatore prevede due distinte forme, la prima interamente seguita dal dirigente della struttura per l'irrogazione delle sanzioni meno gravi, la seconda di competenza dell'Ufficio appositamente istituito.

**La prima novità è l'ampliamento dei poteri del dirigente**, poiché è previsto che il responsabile della struttura, in cui il dipendente lavora, irroghi direttamente le sanzioni meno gravi, diversamente dal vecchio regime in cui la sua competenza era limitata solo alla sanzione del rimprovero verbale e alla censura. Secondo la norma, rientrano nelle **infrazioni di minor gravità** quelle per le quali è prevista l'irrogazione di sanzioni inferiori alla sospensione dal servizio con privazione della retribuzione sino a dieci giorni.

Rimane salva la competenza del responsabile della struttura, a prescindere dalla circostanza che si tratti di dirigente o non dirigente, di irrogare il rimprovero verbale, sanzione che, secondo il comma 1 dell'art. 55 bis in esame, è soggetta alla disciplina della contrattazione collettiva, che prevede l'irrogazione senza particolari formalità.

**La Circolare n. 14 del 23/12/2010 della Funzione Pubblica** ha chiarito che con l'espressione in "**possesso della qualifica di dirigente**" la norma fa riferimento non solo ai dipendenti reclutati ed inquadrati come dirigenti a tempo indeterminato, ma anche ai titolari di incarico dirigenziale con contratto a tempo determinato, con inclusione quindi dei soggetti preposti ai sensi dell'art. 19, comma 6, del D. Lgs. n. 165 del 2001 e ai sensi dell'art. 110 del D. Lgs. n. 267 del 2000 per gli enti locali o di analoghe norme previste negli ordinamenti delle altre amministrazioni.

**Per gli enti locali** privi di qualifica dirigenziale, in linea con l'orientamento espresso dall'ANCI nelle prime linee guida relative all'applicazione del D. Lgs. n. 150 del 2009, la competenza non sussiste, invece, in capo al dipendente titolare di posizione organiz-

zativa cui siano state attribuite le funzioni dirigenziali ai sensi dell'art. 109, comma 2, del D.Lgs. n. 267 del 2000, poiché trattasi di soggetti non muniti di qualifica dirigenziale.

**La contestazione dell'addebito al dipendente** in entrambi i casi deve avvenire per iscritto senza indugio e in ogni caso non oltre 20 giorni dal fatto. La convocazione dello stesso per il contraddittorio a sua difesa, con l'eventuale assistenza di un procuratore ovvero di un rappresentante dell'associazione sindacale cui il lavoratore aderisce o conferisce mandato, deve avvenire con un preavviso di almeno 10 giorni. Entro il termine fissato, il dipendente convocato, se non intende presentarsi, può inviare una memoria scritta o, in caso di grave ed oggettivo impedimento, formulare motivata istanza di rinvio del termine per l'esercizio della sua difesa.

Dopo l'espletamento dell'eventuale ulteriore attività istruttoria, il procedimento si conclude con l'atto di archiviazione o di irrogazione della sanzione entro 60 giorni dalla contestazione dell'addebito.

**L'Ufficio della "disciplina"** è competente in tutti i casi in cui il responsabile della struttura sia privo della qualifica dirigenziale, ovvero se si tratta di sanzioni più gravi della cui irrogazione il dirigente non ha la competenza. In tale ipotesi, questi deve trasmettere gli atti, entro 5 giorni dalla notizia del fatto all'ufficio disciplina, dandone contestuale comunicazione all'interessato.

Per le fattispecie che comportano l'irrogazione delle sanzioni più gravi i termini sono raddoppiati, salvo l'eventuale sospensione del procedimento per la pendenza del giudizio penale.

**L'art. 55, al comma 4**, stabilisce che "Ciascuna amministrazione, secondo il proprio ordinamento, individua l'ufficio competente per i procedimenti disciplinari". La disposizione non ha portata innovativa rispetto al testo previgente; infatti, già l'art. 59 del D.Lgs. n. 29 del 1993 aveva previsto l'individuazione di una competenza *ad hoc* per la gestione del procedimento disciplinare (U.P.D.). L'individuazione è rimessa alla discrezionalità organizzativa di ogni amministrazione e non è richiesta la costituzione di un apposito ufficio; infatti, la competenza si può svolgere anche nell'ambito di una struttura deputata a più ampie attribuzioni, ma si tratta, comunque, di una competenza da esercitare in via esclusiva.

La competenza del procedimento disciplinare spetta, dunque, all'U.P.D. sia nell'ipotesi in cui il responsabile della struttura non abbia qualifica dirigenziale, sia per le infrazioni di maggior gravità. Non è specificato in questo caso se il responsabile dell'U.P.D. debba essere dirigente. È chiaro che per le Amministrazioni dello Stato questa rappresenta la regola generale, mentre **per gli enti locali** privi della qualifica dirigenziale, frequentemente si presenta il caso di investitura di funzionari. In proposito, poiché il comma 4 del menzionato art. 55 *bis* per la costituzione degli U.P.D. fa rinvio al "proprio ordinamento", **negli enti locali privi di qualifica dirigenziale la responsabilità dell'ufficio può essere attribuita anche ai funzionari a cui sono assegnate le funzioni dirigenziali ai sensi del citato art. 109, comma 2, del D.Lgs. n. 267 del 2000.** Nell'ottica della riforma, la particolare professionalità radica la competenza funzionale del servizio, supplendo anche alla mancanza della qualifica (in riferimento al regime previgente la riforma e alle competenze dell'U.P.D., **la Corte di Cassazione** ha avuto modo di affermare che: "alcuna norma prevede che dell'Ufficio procedimenti disciplinari debbano far parte dipendenti con qualifica almeno pari a quella degli incolpati, né esiste un principio secondo il quale soltanto siffatta composizione sarebbe idonea ad attuare il principio di imparzialità dell'amministrazione", **Cass., Sez. lav., n. 10600 del 3 giugno**

**2004.** Alternativamente, la scelta dell'ente locale potrebbe ricadere sull'attribuzione delle funzioni in questione al **segretario comunale**, opportunamente investito ai sensi dell'art. 97, comma 4, lett. d), del medesimo decreto ovvero sulla costituzione di un U.P.D. in convenzione con altri enti, ai sensi dell'art. 30, comma 4, del testo unico.

**Altra novità riguarda la fase dell'istruttoria**, in quanto è previsto che il capo della struttura o l'ufficio per i procedimenti disciplinari possano acquisire da altre amministrazioni pubbliche informazioni o documenti rilevanti per la definizione del procedimento. **La predetta attività istruttoria** non determina la sospensione del procedimento né il differimento dei relativi termini. Sono, altresì, **disciplinate le modalità di comunicazione al dipendente degli atti** nell'ambito del procedimento disciplinare, anche tenendo conto degli strumenti informatici di cui oggi si ha la disponibilità in seno alla stessa amministrazione. Di norma, **la comunicazione** deve essere effettuata tramite **posta elettronica certificata**, nel caso in cui questi disponga di idonea casella di posta, ovvero tramite consegna a mani. In alternativa all'uso della posta elettronica certificata o del fax ed altresì della **consegna a mani**, le comunicazioni sono effettuate tramite **raccomandata postale con ricevuta di ritorno**.

**Il dipendente ha, inoltre, diritto di accesso agli atti istruttori del procedimento.**

**Il procedimento** deve essere comunque **proseguito sia in caso di trasferimento che di dimissioni del dipendente**, in ossequio al principio dell'obbligatorietà dell'azione disciplinare ed al fine anche di evitare effetti elusivi delle norme. Tale principio trova oggi un riconoscimento legislativo chiaro e puntuale. Lo stesso Consiglio di Stato con decisione del 6 marzo 1997, n. 8 aveva rilevato la doverosità del procedimento disciplinare anche nei casi di cessazione dal servizio del dipendente. **La Circolare della funzione pubblica** ha, infine, evidenziato **l'importanza dell'osservanza della previsione normativa per le conseguenze che derivano dalla violazione della regola rispetto alla sanzione comminata.** Infatti, la violazione di una norma di legge imperativa comporta la nullità della sanzione irrogata, come riconosciuto anche recentemente dalla giurisprudenza della Corte di Cassazione, Sezione lavoro ("È nulla, perché in contrasto con norme di legge inderogabili sulla competenza, la sanzione disciplinare irrogata in esito a procedimento disciplinare instaurato da soggetto od organo diverso dall'ufficio competente per i procedimenti disciplinari" **Cass., Sez. lav., 5 febbraio 2004, n. 2168; Cassazione civile, Sez. lav., 30 settembre 2009, n. 20981**).

### **5) L'irrogazione delle sanzioni disciplinari nei confronti dei dirigenti**

**L'art. 55, comma 4, del D.Lgs. n. 165 del 2001** prevede che: "Fermo quanto previsto nell'articolo 21, per le infrazioni disciplinari ascrivibili al dirigente ai sensi degli articoli 55-bis, comma 7, e 55-sexies, comma 3, si applicano, ove non diversamente stabilito dal contratto collettivo, le disposizioni di cui al comma 4 del predetto articolo 55-bis, ma le determinazioni conclusive del procedimento sono adottate dal dirigente generale o titolare di incarico conferito ai sensi dell'articolo 19, comma 3."

**La disposizione** contiene una **norma speciale relativa a specifiche infrazioni ascrivibili ai dirigenti**, ponendo una deroga al regime ordinario sulla competenza per l'irrogazione delle relative sanzioni. **Gli illeciti sono quelli previsti dall'art. 55 bis, comma 7, e dall'art. 55 sexies, comma 3**, e, cioè, **l'ipotesi di mancata collaborazione con l'autorità discipli-**

**nare procedente e l'ipotesi del mancato esercizio o della decadenza dall'azione disciplinare.** Si tratta di illeciti riferiti specificamente allo svolgimento del procedimento disciplinare, che sono stati introdotti dalla riforma con l'obiettivo di assicurare l'effettivo esercizio dell'azione e contrastare situazioni di collusione. **La prima fattispecie**, quella della mancata collaborazione con l'autorità disciplinare procedente, è riferita sia ai dirigenti sia ai dipendenti non dirigenti; **la seconda**, quella del mancato esercizio o della decadenza dall'azione disciplinare, è un illecito proprio del responsabile della struttura di appartenenza del dipendente incolpato o dell'U.P.D., sia esso dirigente o non dirigente.

In virtù dell'art. 55, comma 4, del D.Lgs. n. 165 del 2001, il quadro generale risulta il seguente:

- fatti per i quali è prevista la sanzione pecuniaria (la sanzione sospensiva, per i dirigenti, è sempre potenzialmente superiore a dieci giorni): contesta e applica la sanzione il dirigente capo della struttura;
- fatti colpiti con sanzioni più gravi di quelle pecuniarie, eccezione fatta per quelli indicati nel punto seguente: contesta e applica la sanzione l'U.P.D.;

- per le sole infrazioni disciplinari ascrivibili al dirigente ai sensi degli articoli 55 *bis*, comma 7, e 55 *sexies*, comma 3, si applica il comma 4 del predetto articolo 55 *bis*, con contestazione dell'addebito ed istruttoria dell'U.P.D., ma le determinazioni conclusive del procedimento sono adottate dal dirigente con incarico dirigenziale generale della struttura sovraordinata all'U.P.D.

Nel caso in cui l'illecito sia commesso proprio dal responsabile dell'U.P.D., dal dirigente dell'ufficio dirigenziale generale sovraordinato e dai dirigenti titolari di incarico di struttura complessa, è rimessa all'autonomia organizzativa di ciascuna amministrazione l'individuazione della struttura e dell'organo competente a svolgere il procedimento ed eventualmente ad irrogare le sanzioni, ferma restando la necessità che l'individuazione sia effettuata a priori in astratto.

### **6) Rapporto tra procedimento disciplinare e procedimento penale**

**La sospensione del procedimento disciplinare in pendenza di quello disciplinare non è più obbligatoria.**

Nella precedente disciplina di natura negoziale l'inoltro della denuncia dell'illecito alla Procura della Repubblica e la conoscenza della pendenza del procedimento penale avevano l'effetto sospensivo sul procedimento disciplinare, che doveva essere riassunto solo a seguito del giudicato penale.

**Il decreto Brunetta** stravolge sostanzialmente il sistema precedente per introdurre un **doppio binario: per le sanzioni meno gravi** (sospensione dal servizio entro i 10 giorni) non è più prevista la sospensione, perché prevale l'intento di garantire una risposta pronta ed immediata dell'amministrazione; **per le altre sanzioni più gravi** la sospensione è, invece, prevista solo in via facoltativa ed in determinate circostanze, come nei casi di particolare complessità dell'accertamento del fatto addebitato al dipendente e quando all'esito dell'istruttoria non si dispone di elementi sufficienti a motivare l'irrogazione della sanzione.

**Parte della dottrina** ha dubitato della legittimità costituzionale di tali previsioni, in considerazione del fatto che tale norma sembra, tra l'altro, generare una pericolosa autonomia e separazione tra procedimento penale e procedimento disciplinare: ciò in quanto potrebbe verificarsi l'ipotesi che quest'ultimo si concluda con l'adozione da parte dell'amministrazione di una sanzione particolarmente affittiva in pendenza di un procedimento penale che a sua volta successivamente si concluda con una sentenza di insussistenza del fatto costitutivo del reato.

**Il rischio**, secondo questa dottrina, sarebbe quello di generare un grave danno al lavoratore il quale, laddove licenziato prontamente, ma poi eventualmente assolto in sede penale, potrebbe soltanto agire per l'esiguo risarcimento del danno patito e non avrebbe diritto alla reintegrazione nel posto di lavoro. Allo stesso tempo, tale eventualità rischierebbe di esporre l'amministrazione a pretese risarcitorie.

Il D.Lgs n. 150/2009 ha cercato in realtà di evitare gli effetti distorsivi paventati, dettando una disciplina estremamente garantista per gli esiti del processo penale sul procedimento disciplinare già concluso, in quanto fa salva l'applicazione delle disposizioni di cui all'art. 653, co. 1 e 1-bis, e prevede, tra l'altro, una serie di norme a tutela del lavoratore "ingiustamente" punito.

Si prevede che, se il procedimento disciplinare, non sospeso, si conclude con l'irrogazione di una sanzione e, successivamente, il procedimento penale viene definito con una sentenza irrevocabile di assoluzione che riconosce che il fatto addebitato al dipendente non sussiste o non costituisce illecito penale o che il dipendente medesimo non lo ha commesso, l'autorità competente, ad istanza di parte da proporsi entro il termine di decadenza di sei mesi dall'irrevocabilità della pronuncia penale, riapre il procedimento disciplinare per adeguare le determinazioni conclusive all'esito del giudizio penale. Questo vuol dire che anche l'ingiusto licenziamento disciplinare può essere travolto in presenza di piena assoluzione, con il riconoscimento dell'inevitabile ristoro economico per gli emolumenti non goduti. Diversamente, se il procedimento disciplinare si conclude con l'archiviazione ed il processo penale con una sentenza irrevocabile di condanna, l'autorità competente riapre il procedimento disciplinare per adeguare le determinazioni conclusive all'esito del giudizio penale.

Alcuni commentatori hanno rilevato l'inopportunità della scelta di aver spinto sino all'estremo l'applicazione del principio dell'autonomia ed indipendenza dei due procedimenti. Ad aggravare la posizione del prestatore vi è anche la norma che prevede l'iniziativa di parte per la riapertura del procedimento disciplinare, creando una strada estremamente difficile, tortuosa e dispendiosa per colui che si è trovato ingiustamente punito.

Il neo della disciplina descritta risiede proprio nella inevitabile non coincidenza dei tempi del procedimento penale e di quello disciplinare. Solo una lettura *secundum Constitutionem* della norma potrebbe scongiurare il rischio della perpetrazione di un grave danno ai lavoratori che, ingiustamente licenziati, siano assolti solo dopo diversi anni dal giudice penale ed a seguito di tre gradi di giudizio.

#### 7) Le assenze dal servizio

**La materia delle assenze dal servizio**, particolarmente cara al Ministro Brunetta, diviene oggetto di **esame anche ai fini disciplinari della condotta tenuta dai medici certificanti**.

Si prevede che, in tutti i casi di assenza per malattia, **la certificazione medica deve essere inviata per via telematica, direttamente dal medico o dalla struttura sanitaria che la rilascia, all'Istituto nazionale della previdenza sociale**, secondo le modalità stabilite per la trasmissione telematica dei certificati medici nel settore privato dalla normativa vigente.

**L'inosservanza degli obblighi** di trasmissione per via telematica della certificazione medica concernente assenze di lavoratori per malattia è **una nuova forma di illecito disciplinare** e, in caso di reiterazione, comporta l'applicazione della sanzione del licenziamento ovvero, per i medici in rapporto convenzionale con le aziende sanitarie locali, della decadenza dalla convenzione, in modo inderogabile dai contratti o accordi collettivi. Un illustre commentatore

della riforma, magistrato della Corte dei Conti, dubita della legittimità di una norma che si pone in contrasto con il principio della proporzionalità tra condotta illecita e rispettiva sanzione. Questo ritiene, infatti, eccessivamente sproporzionata la previsione del licenziamento ovvero della decadenza dalla convenzione con il SSN per la sola violazione dell'obbligo di trasmissione in via telematica, anche se reiterata, poiché questa si sostanzia in una mera omissione procedurale che, come tale, è priva in sé di particolare disvalore. Si ritiene giustificabile solo per casi residuali e di particolare gravità, associati a condotte penalmente rilevanti. La lotta all'assenteismo, oltre che sul piano disciplinare, si rinviene anche nella previsione di specifiche e nuove fattispecie di responsabilità penale. L'art. 55 - quinquies prevede che il lavoratore dipendente di una pubblica amministrazione che attesta falsamente la propria presenza in servizio, mediante l'alterazione dei sistemi di rilevamento della presenza o con altre modalità fraudolente, ovvero giustifica l'assenza dal servizio mediante una certificazione medica falsa o falsamente attestante uno stato di malattia, è punito con la reclusione da uno a cinque anni e con la multa da euro 400 ad euro 1.600. La medesima pena si applica al medico e a chiunque altro concorre nella commissione del delitto. In tali ipotesi, il lavoratore, ferme la responsabilità penale e disciplinare e le relative sanzioni, è obbligato a risarcire il danno patrimoniale, pari al compenso corrisposto a titolo di retribuzione nei periodi per i quali sia accertata la mancata prestazione, nonché il danno all'immagine subito dall'amministrazione.

Il legislatore ha, pertanto, previsto una fattispecie autonoma di reato della falsità di certificazioni o attestazioni con l'applicazione di una sanzione non inferiore a quella stabilita per il delitto di cui all'art. 640, co. 2, c.p. (reato di truffa) e la procedibilità d'ufficio.

**Gravi conseguenze a carico dei medici** aggiungono ancora più severità alla disciplina delle conseguenze penali delle assenze falsamente certificate. La sentenza definitiva di condanna o di applicazione della pena per il delitto suddetto comporta, per il medico, la sanzione disciplinare della radiazione dall'albo ed altresì, se dipendente di una struttura sanitaria pubblica o se convenzionato con il servizio sanitario nazionale, il licenziamento per giusta causa o la decadenza dalla convenzione. Le medesime sanzioni disciplinari si applicano se il medico, in relazione all'assenza dal servizio, rilascia certificazioni che attestano dati clinici non direttamente constatati né oggettivamente documentati.

#### 8) Note conclusive

**La tipologia delle infrazioni e delle relative sanzioni** è, dunque, **definita dai contratti collettivi, fatte salve le nuove fattispecie frutto di previsione normativa del decreto Brunetta**.

Prima di tutto è necessario rilevare che sono **ampliate le ipotesi di condotta illecita** che comportano l'irrogazione della sanzione del licenziamento che si applica, oltre che nel caso in cui ricorrono la giusta causa o il giustificato motivo e nelle **ulteriori ipotesi previste dal contratto collettivo**, anche **nei casi previsti dall'art. 55 - quater**:

a) falsa attestazione della presenza in servizio, mediante l'alterazione dei sistemi di rilevamento della presenza o con altre modalità fraudolente, ovvero giustificazione dell'assenza dal servizio mediante una certificazione medica falsa o che attesta falsamente uno stato di malattia;

b) assenza priva di valida giustificazione per un numero di giorni, anche non continuativi, superiore

a tre nell'arco di un biennio o comunque per più di sette giorni nel corso degli ultimi dieci anni, ovvero mancata ripresa del servizio,

in caso di assenza ingiustificata, entro il termine fissato dall'amministrazione;

c) ingiustificato rifiuto del trasferimento disposto dall'amministrazione per motivate esigenze di servizio;

d) falsità documentali o dichiarative commesse ai fini o in occasione dell'instaurazione del rapporto di lavoro ovvero di progressioni di carriera;

e) reiterazione nell'ambiente di lavoro di gravi condotte aggressive o moleste o minacciose o ingiuriose o comunque lesive dell'onore e della dignità personale altrui;

f) condanna penale definitiva, in relazione alla quale è prevista l'interdizione perpetua dai pubblici uffici ovvero l'estinzione, comunque, denominata del rapporto di lavoro.

**Ulteriore ipotesi di licenziamento disciplinare è quella conseguente ad una prestazione lavorativa che comporti una valutazione di "insufficiente rendimento"** e questo è dovuto alla **reiterata violazione degli obblighi concernenti la prestazione stessa**, stabiliti da norme legislative o regolamentari, dal contratto collettivo o individuale, da atti e provvedimenti dell'amministrazione di appartenenza o dai codici di comportamento. La previsione di questa fattispecie illecita, la cui applicazione nel concreto non è agevole, non poteva non essere inclusa in una riforma ispirata al principio dell'efficienza e della produttività.

Inspirata alla medesima ratio è la previsione dell'istituto della **nessa in disponibilità del dipendente che cagioni grave danno al normale funzionamento dell'ufficio di appartenenza, per inefficienza o incompetenza professionale** accertate dall'amministrazione ai sensi delle disposizioni legislative e contrattuali concernenti la valutazione del personale delle amministrazioni pubbliche.

**Altra nuova fattispecie illecita è quella prevista nel caso in cui vi sia stata condanna della PA al risarcimento del danno derivante dalla violazione, da parte del lavoratore dipendente, degli obblighi concernenti la prestazione lavorativa**, stabiliti da norme legislative o regolamentari, dal contratto collettivo o individuale, da atti e provvedimenti dell'amministrazione di appartenenza o dai codici di comportamento.

**In tal caso è prevista l'irrogazione della sospensione dal servizio con privazione della retribuzione** da un minimo di tre giorni fino ad un massimo di tre mesi, in proporzione dell'entità del risarcimento.

La medesima sanzione è prevista in caso di mancato esercizio o di decadenza dall'azione disciplinare, dovuti all'omissione o al ritardo, senza giustificato motivo, degli atti del procedimento disciplinare o a valutazioni sull'insussistenza dell'illecito disciplinare irragionevoli o manifestamente infondate, in relazione a condotte aventi oggettiva e palese rilevanza disciplinare. Ad essa si aggiunge anche, se il responsabile ha qualifica dirigenziale, la mancata attribuzione della retribuzione di risultato per un importo pari a quello spettante per il doppio del periodo della durata della sospensione. Sempre per dare effettività all'esercizio del potere disciplinare sono sanzionate anche le condotte che si sostanziano in un intralcio alle indagini.

Dott.ssa Maria Assunta Miele

#### Bibliografia:

• **Briguori P.**, *Sanzioni disciplinari più severe in Guida al Pubblico Impiego*, novembre 2009;

• **Baldassarre A.**, *La dirigenza pubblica: ruolo, prerogative e rapporto di lavoro nell'evoluzione legislativa*;

• **Tenore V.**, *Gli illeciti disciplinari nel pubblico impiego. Nella giurisprudenza del g.o. e nei referti della Corte dei Conti*, EPC libri, 2007;

• **Buzzanca A.**, *I rapporti tra il procedimento penale e quello disciplinare alla luce della modifica di cui alla legge n. 15 del 04 marzo 2009, in www.personaedanno.it*.

# Malattie rare: una speranza c'è

a cura di Enrico Hüllweck

Tra gli episodi della mia vita nei quali mi sono dato dello stupido, ricordo quello di una visita pediatrica effettuata pochi giorni dopo la mia laurea allorché, visitando un bambino, alzai il capo tutto emozionato ed esclamai con voce forte ed emozionata: "Signora, il piccolo ha un soffio al cuore!".

La signora ebbe un mancamento e solo allora capii quanto stupido ero stato. Da novellino, non avevo ancora metabolizzato il fatto che, quando si deve annunciare un sintomo o una diagnosi, bisogna reprimere quella piccola emozione che ti nasce dentro per il fatto di essere riuscito ad azzeccare professionalmente un risultato (la diagnosi giusta) e bisogna invece mettersi nei panni del paziente, cercando di fargli rendere subito il più accettabile possibile la brutta notizia, ben sapendo che, per fare questo, non ci si deve affidare a parole di semplice conforto solidale (che, anzi, vengono percepite come una campana a morto dal paziente o dal parente del paziente) ma, bensì, a utili suggerimenti per affrontare nel migliore dei modi il percorso della cura e, possibilmente, della guarigione.

Credo, però, che ogni medico, anche il più esperto, riviva in parte le emozioni da me vissute in quel lontano incidente, ogniquale si trovi di fronte alla diagnosi o alla possibile diagnosi di una cosiddetta "malattia rara". Diagnosticare o ipotizzare una malattia rara è un'impresa titanica e già l'ipotesi, o l'eventuale diagnosi, ti fanno sentire bravo. Ma poi? Come affrontare con il paziente (o, più probabilmente, con i parenti del paziente) l'iter diagnostico laboratoristico e quello terapeutico?

Inevitabilmente bisogna appoggiarsi a una struttura che sia certamente all'altezza del compito: una struttura scientificamente a livello di competenza internazionale; una struttura tecnicamente e umanamente disponibile a trattare il paziente nel migliore dei modi; una struttura animata più dall'orgoglio e dalla gioia di fornire una prestazione scientifica e umanitaria, che da motivazioni di ordine economico.

A tal proposito, mi permetto di citare positivamente una realtà italiana che ciascun medico ha il diritto di cono-

scere, vale a dire l'Istituto per le malattie rare "MAURO BASCHIROTTO" B.I.R.D. Onlus, che è all'avanguardia a livello mondiale in termini di diagnostica molecolare (Genetica molecolare e Citogenetica), ricerca (Studio di popolazione, Ricerca di base, Progetti di terapia e cura), diagnosi clinica (Visite plurispecialistiche), riabilitazione (Fisioterapia, Psicomotricità, Cicli riabilitativi diurni e continuativi, Musicoterapia), attività di informazione ai medici e agli operatori sanitari e di assistenza ai pazienti e alle loro famiglie.

Questo Centro nacque circa quindici anni fa, trovando la sua motivazione ideale nel dolore di una coppia di genitori (i coniugi Baschirotto, appunto) che, dopo aver perso a causa di una malattia rara il figlio Mauro, volle dedicare la propria vita ad aiutare quanti, dovendo affrontare una malattia rara, incontrano un calvario terribile, di fronte al quale la medicina è comprensibilmente disorganizzata (e qualche volta, purtroppo, anche un po' demotivata perché è difficile giustificare a livello politico l'investimento di capitali pubblici per cercare di curare malattie che colpiscono magari soltanto poche decine di persone e che danno modesti risultati). La bellezza di questo Centro dipende (oltre che dall'alto livello scientifico) anche dalla grande disponibilità che viene offerta a medici e pazienti che si rivolgono per le varie fasi di diagnosi, terapia e riabilitazione.

Significativa è, inoltre, la presenza fisica, in questo centro, dei massimi scienziati internazionali che, venendo di persona a seguire il laboratorio e alcuni malati, testimoniano la professionalità dell'associazione: citiamo per tutti il Prof. William L. Nyhan che, recentemente, ha presentato proprio nelle sale del Centro Baschirotto un libro dal titolo "La malattia di Lesch-Nyhan", ricco di indicazioni pratiche per la diagnosi, il trattamento e la miglior gestione della malattia, scritto da esperti e ricercatori dell'Istituto B.I.R.D. Baschirotto. Inutile dire che il collegamento con tutte le Università del mondo fa giungere a questo centro malati da varie nazioni e il buon livello di soddisfazione giustifica l'opportunità di estenderne la conoscenza a tutti i Colleghi medici italiani, alcuni dei quali, a volte, brancolano nel buio do-

## INTERPRETAZIONE DEI TEST DIAGNOSTICI

8<sup>a</sup> Edizione

NOVITÀ  
EDITORIALE



Volume  
brossurato  
di 1208 pagine  
f.to cm 17x24  
€ 120,00



CIC Edizioni Internazionali

## IL WASHINGTON MANUAL di TERAPIA MEDICA

32<sup>a</sup> Edizione

NOVITÀ  
EDITORIALE



Volume  
di 880 pagine  
F.to 17x24  
€ 80,00



CIC Edizioni Internazionali

vendo affrontare un'ipotesi diagnostica di malattia rara, affidandosi magari a qualche Ospedale noto e importante, ma non sufficientemente all'avanguardia in questo difficile settore.

Dall'Acidosi Renale e dall'Aciduria Mevalonica alle Sindromi di Waardenburg, di Wilson o di Wolfram (tanto per citare dalla A alla Z, l'inizio e la fine dell'elenco alfabetico delle centinaia di tipologie di sindromi rare diagnosticate presso il Centro) ogni patologia rara trova qui in breve tempo il suo percorso diagnostico e, per quanto possibile, la sua cura o almeno la sua assistenza.

Significativo è anche il capitolo delle sindromi su base genetica afferenti al grande capitolo dei tumori. Per questo settore specifico, il Centro B.I.R.D. Baschirotto ha, fra l'altro, istituito il cosiddetto "Progetto Vanna", un progetto che ha come obiettivo la ricerca genetica nell'ambito delle malattie con manifestazioni tumorali (quali, ad esempio, la linfangioleiomiomatosi e la sclerosi tuberosa) e, quindi, l'identificazione dei difetti molecolari e cellulari che causano queste patologie. Conoscere il difetto molecolare permette, innanzitutto, di sviluppare a breve termine protocolli diagnostici. In molti casi è possibile effettuare una diagnosi accurata e identificare gli individui a rischio sulla base di presenza o meno di mutazioni. Si può fornire la consulenza genetica ed eventualmente la diagnosi prenatale nelle forme ereditarie.

Poiché per la maggior parte delle malattie di questo gruppo non si conoscono i meccanismi molecolari e biochimici (neanche quando sono già stati identificati i geni responsabili), viene condotta nei laboratori B.I.R.D. Baschirotto anche la ricerca sulle proteine a funzione ignota. Ad esempio, nella Sclerosi Tuberosa di Bourneville le proteine sono coinvolte in un *pathway* molto complesso, attualmente in fase di indagine mediante lo studio delle interazioni alle quali le stesse sono soggette, in modo da poter chiarire i meccanismi regolatori ed essere quindi in grado di intervenire con una terapia mirata.

Spero con questo di aver fornito un'informazione utile e gradita a tutti i Colleghi che, per ulteriori informazioni e contatti, potranno rivolgersi a:

**"Fondazione Malattie Rare - Mauro Baschirotto**

**Onlus Via B. Bizio, 1 - 36023**

**COSTOZZA DI LONGARE**

**Tel. E Fax 0444/555557 - 0444/555034 - 0444/555930**

**e-mail: [info@lemalattierare.org](mailto:info@lemalattierare.org)**

**website: [www.lemalattierare.org](http://www.lemalattierare.org)**

*Enrico Hillweck*

## Lo spazio sanitario europeo

Vania Cirese

Dagli anni '80-'90, le Istituzioni comunitarie hanno iniziato a palesare una crescente preoccupazione circa la tutela degli interessi finanziari comunitari, attesa l'ingente distrazione di somme destinate ai vari obiettivi della UE.

Il coinvolgimento della criminalità organizzata nelle frodi in danno del bilancio comunitario ed il carattere "transnazionale" di questa criminalità, richiamano l'attenzione sulla necessità improcrastinabile di una reale cooperazione con gli ordinamenti giudiziari degli Stati membri, che applicano norme sostanziali e procedure differenti, essendo emersa l'insufficienza dei metodi classici di cooperazione per superare le difficoltà incontrate da autorità giudiziarie e di polizia, nella lotta contro le frodi.

Il frazionamento dello spazio penale europeo, dovuto a competenze solo sul proprio territorio, all'inadeguatezza dell'assistenza giudiziaria tra gli Stati membri, ai sistemi penali differenti, ad azioni in concorrenza, parziali o inesistenti, nella compartimentazione fra autorità giudiziarie degli Stati membri, l'inesistenza di un'interfaccia tra il livello comunitario e le autorità giudiziarie nazionali, gli ostacoli nella trasmissione di informazioni, mostrano il permanere di problematiche aperte in un settore in cui la speciale responsabilità della Comunità e degli Stati membri richiede la massima efficacia delle azioni sul territorio della UE.

Nella chiara percezione dell'importanza degli interessi da proteggere, per quasi dieci anni, su richiesta del Parlamento europeo e della Commissione, un gruppo di studiosi del diritto penale di tutti gli Stati membri, ha lavorato sul tema degli interessi finanziari della Comunità, concretizzando i risultati dei lavori nella proposta di un complesso di norme (noto come progetto "Corpus iuris"), con la raccomandazione della creazione di uno spazio giudiziario comunitario per la fase preparatoria del processo, integrando armonicamente nei sistemi nazionali una Procura europea.

La Commissione ha proposto, in vari documenti (Com 608/2000 e seg.), l'esercizio delle funzioni del Procuratore europeo tra le previsioni del Trattato di Lisbona,

suggerendo di stabilire a livello comunitario le incriminazioni (frode, corruzione, riciclaggio) e le pene relative in caso di condotte lesive degli interessi finanziari della Comunità, prevedendo norme processuali applicabili uniformemente nel territorio dell'Unione europea da parte delle giurisdizioni penali nazionali, attività di indagine ed esercizio dell'azione penale da parte della Procura europea (1).

Il Vertice di Lisbona (13/12/2007) ha previsto l'entrata in vigore del Trattato il 01/01/2009, completando gli obiettivi dello spazio di giustizia, libertà e sicurezza previsti e la cooperazione giudiziaria in materia penale (art. 2c; art. 61 "capo" 1; art. 69 a, b, d, e, "capo" 4).

La generazione che ha lavorato strenuamente per un decennio alla realizzazione di uno spazio giudiziario europeo può dirsi "fortunata", secondo la definizione di una recente pubblicazione, perché: "al di là delle condizioni storiche straordinariamente favorevoli, ha potuto "sognare" progetti personali e ideali collettivi, dando il proprio, utile, contributo" (2).

Del resto, anche sul versante del diritto privato possono rinvenirsi uguali sforzi meritevoli di menzione: nel maggio 1989, il Parlamento europeo ha adottato una risoluzione sull'armonizzazione di alcuni settori del diritto privato negli Stati membri, con l'auspicio dell'elaborazione di un "codice comune europeo di diritto privato". La Commissione Lando, sul diritto contrattuale europeo (prof. Ole Lando), ha trasmesso i risultati alla Commissione, al Consiglio e ai Governi degli Stati membri dell'Unione (Comunicazione Commissione 398/2001). I lavori sono stati continuati dalla Commissione di Christian Van Bar, per uniformare molte materie, tra cui i contratti di servizi, il contratto di assicurazione e la responsabilità civile. Si tratta di un omogeneo Corpus.

C'è da chiedersi se ad altrettanta lungimiranza non ci costringa l'incalzare degli eventi in un ambito diverso da quello giudiziario, ma altrettanto nevralgico: quello sanitario.

Il Trattato di Lisbona poco dice a riguardo. Si tratta di competenze "concorrenti" tra l'Unione e gli Stati mem-

bri per i problemi comuni di sicurezza in materia di sanità pubblica. Invero l'Unione ha competenze per svolgere azioni intese a sostenere, coordinare, completare l'azione degli Stati membri, per la tutela ed il miglioramento della salute umana (art. 2e); per promuovere l'elevato livello di istruzione, formazione, tutela della salute umana (art. 5 bis).

Relativamente alla "sanità pubblica", l'Unione incoraggia la cooperazione tra gli Stati membri, per migliorare la complementarità dei loro servizi sanitari nelle regioni di frontiera; per la definizione ed organizzazione di scambi di migliori pratiche e preparazione di elementi necessari per il controllo e la valutazione periodici; per parametri elevati di qualità e sicurezza dei medicinali e dei dispositivi di impiego medico.

Nel Trattato si afferma, poi, che il Parlamento Europeo e il Consiglio possono anche adottare misure di incentivazione per proteggere e migliorare la salute umana, ad esclusione di qualsiasi armonizzazione delle disposizioni legislative e regolamentari degli Stati membri.

L'azione dell'Unione rispetta le responsabilità degli Stati membri per la definizione della loro politica sanitaria e per l'organizzazione e la fornitura dei servizi sanitari e di assistenza medica. Le responsabilità degli Stati membri includono la gestione dei servizi sanitari, l'assistenza medica e l'assegnazione delle risorse loro destinate.

C'è da domandarsi se in tutto ciò siano rinvenibili gli embrioni del prevedibile sviluppo di un necessario spazio sanitario europeo di libertà, giustizia e sicurezza.

Il secondo programma di azione comunitaria in materia di salute (2008-2013), che prevede finanziamenti per conferenze nel settore della sanità e valutazione del rischio, seminari e riunioni di esperti, tra i "settori prioritari" e le "questioni di importanza strategica" per "migliorare la sicurezza sanitaria dei cittadini" (3), prevede: "attività a livello europeo per identificare i rischi sanitari e valutarne l'impatto, completare le misure nazionali di prevenzione degli incidenti e garantire la sicurezza dei parametri, rafforzando e sensibilizzando lo scambio di conoscenze"; "iniziative di formazione destinate agli addetti della valutazione dei rischi sanitari".

Se pensiamo alla "giustizia", nello spazio sanitario europeo, pensiamo alla doverosità di accordare, negli Stati membri, pari tutela ai diritti (inviolabili) della persona, nell'accesso alle cure e nel diritto alla salute.

Se pensiamo alla "libertà", nello spazio sanitario europeo, pensiamo al diritto di libera circolazione, nel territorio dell'Unione, da parte dei pazienti, per poter accedere alle cure presso le strutture specializzate più attrezzate e disponibili, e da parte degli operatori sanitari, che

potrebbero esercitare nei Paesi in cui è maggiore la domanda in un certo ambito specialistico, con la tutela del posto di lavoro, del trattamento pensionistico, contributivo e assicurativo.

Se pensiamo alla "sicurezza", nello spazio sanitario europeo, pensiamo ad un omogeneo sistema di monitoraggio e prevenzione dei rischi e degli eventi avversi nelle strutture erogatrici dei servizi sanitari degli Stati membri; un omogeneo sistema di risarcimento, a titolo di solidarietà sociale, per le vittime da "alea terapeutica", in caso di danni molto gravi non imputabili a condotte colpose del sanitario o degli amministratori della struttura, ma derivanti dalle patologie, o dalle metodiche, quali complicanze non riconducibili ad errore umano censurabile.

Del resto, tra le raccomandazioni del Consiglio si trova l'armonizzazione dei sistemi di controllo sulle lesioni, le statistiche della mortalità, i registri sulle dimissioni ospedaliere e i sistemi di sorveglianza sugli incidenti e le emergenze, i sistemi di codificazione delle cause esterne degli incidenti, al fine di mettere a disposizione una base esauriente per le statistiche comunitarie sulle lesioni e per gli indicatori sanitari comunitari.

L'attività delle Istituzioni comunitarie appare intensa e ben orientata, se si pensa alla comunicazione della Commissione al Consiglio, al Parlamento europeo e al Comitato economico e sociale europeo, nel "Piano d'azione europeo per l'ambiente e la salute 2004-2010" (4); alla raccomandazione del Consiglio, del maggio 2007, sulla prevenzione degli incidenti e la promozione della sicurezza (5); alla prevenzione delle lesioni, quale intervento prioritario nell'ambito dei programmi nazionali di promozione della salute.

Ad integrazione della prevenzione delle lesioni, la Commissione favorisce programmi di formazione professionale per i responsabili dei servizi sanitari a livello locale, docenti, tutors, addetti alla progettazione, stimola alla messa a punto di un sistema di sorveglianza sanitaria sostenibile, dotato di meccanismi per la raccolta di dati e informazioni compatibili e di indicatori appropriati, la messa a punto di diversi indicatori comparabili, con la definizione di una prima serie di indicatori sanitari della Comunità europea, progettazione a livello di UE di sistemi d'informazione sanitaria, della valutazione del flusso dei dati fra Stati membri e della capacità di monitoraggio sanitario dell'UE a livello centrale, attività destinate all'elaborazione di un elenco selezionato di dati e allo sviluppo di reti necessarie per la gestione del sistema d'informazione nel settore sanita-

# la parola agli avvocati



rio a livello europeo. L'obiettivo è di sostenere le autorità nazionali nella realizzazione dell'indagine sanitaria europea, e di un'indagine pilota europea sullo stato di salute in alcuni Stati membri, al fine di valutare i moduli utilizzati per l'indagine e messi a punto nell'ambito di progetti precedenti, per contribuire al completamento del controllo sanitario.

La Commissione europea sta pubblicando relazioni in ambito sanitario, che trattano questioni specifiche rilevanti a livello di sanità pubblica e che forniscono la base per una futura evoluzione strategica, con l'obiettivo di riunire gli esperti scientifici ed i funzionari responsabili della sanità pubblica e delle statistiche, provenienti da tutti i Paesi dell'UE, per una collaborazione in vista della creazione di un sistema europeo d'informazione e di conoscenze in materia sanitaria. Il Portale europeo della sanità pubblica dovrebbe essere lo strumento privilegiato di divulgazione per il sistema d'informazione europeo.

Altro obiettivo prioritario è quello di sviluppare il concetto e la base di una piattaforma web protetta, destinata a un contenuto e ad una comunicazione multimediale, in grado di elaborare ed inviare informazioni sanitarie pertinenti provenienti da fonti distribuite e ad esse destinate (per favorire lo spostamento dei pazienti, nonché l'istruzione e la formazione dei professionisti del settore).

Risulta chiaro che il pianeta-sanità è il settore dove le varie legislazioni dell'Unione sono più disomogenee tra loro e dove le realtà nazionali sono chiamate a migliorare nel mosaico di assetti legislativi, normativi e contrattuali, destinato ad essere messo a dura prova per due

eventi: allargamento della UE ai Paesi dell'Est e libera circolazione integrale dei pazienti, che, se non opportunamente affrontati e governati, non possono non produrre squilibri sugli assetti economici della sanità pubblica in molti Stati, tra cui l'Italia, e provocare forte turbativa sul mercato del lavoro delle professioni sanitarie. Inoltre, non si può sottovalutare l'impatto di un altro fattore: la libera circolazione dei pazienti senza bisogno di alcuna autorizzazione preventiva da parte dello Stato di appartenenza, con il considerevole aumento dei cosiddetti "viaggi della speranza" (o presunti tali). Le effettive, o ritenute, necessità diagnostico-terapeutiche e

la disomogeneità dei livelli di assistenza e cure negli Stati membri, avranno pesanti ricadute sotto il profilo organizzativo ed economico, su alcuni Stati della UE, maggiormente colpiti da queste correnti emigratorie di cittadini-pazienti.

Non vi è dubbio che occorra implementare delle rigorose e condivise regole. Certamente il massimo livello qualitativo della prestazione professionale deve coniugarsi con l'individuazione di criteri comuni che garantiscano, a livello della UE, uguaglianza di accesso ai servizi sanitari e di cure.

È apprezzabile pertanto l'istituzione di un Osservatorio-Agenzia europea per il monitoraggio e la gestione del rischio clinico nei Paesi membri dell'UE e una direttiva europea che armonizzi legislazioni e prassi in ambito sanitario per la tutela dei medici e dei pazienti.

*Avv. Vania Cirese*

1. Progetto di ricerca "spazio giudiziario europeo", 1995, '97 DG XX controllo finanziario - dr. De Angelis - UCLAF; E. Bacigalupo; G. Grasso; K. Tiedemann; N. Iareborg; D. Spinellis; C. Van den Wyngaert; M. Demas-Marty; I. Spencer. "Corpus iuris" a cura di M. Delmas Marty. Documento: "I diritti della difesa in uno spazio giudiziario europeo", a cura di V. Cirese. "Implementation of the Corpus Iuris in the member States" -Del Mas Marty e Vervaele - 2000.
2. Zoli S. "La generazione fortunata", Longanesi 2005.
3. (COM -2007 "Libro bianco - un impegno comune per la salute - approccio strategico UE 2008/2013")
4. COM giugno 2004.
5. GU C 164, 2007.

## L'école des italiens

### “Museo immaginario chiuso per un anno”

Giancarlo Mosoni

VERRÀ LA MORTE E AVRÀ I TUOI OCCHI

*“Sono andato lì per un anno, nell'Ospizio di Senigallia, per ambientarmi, capire, e ho imparato molte cose, poi due anni per fotografare; le cose più importanti sono quelle che non sono riuscito a fotografare, quelle che però mi hanno dato di più. Per esempio c'è l'orario di ingresso, ed in tre anni una vecchietta quando entravano i parenti aspettava il figlio, e guardava ognuno che entrava per vedere se era lui e giustificava sempre il figlio dicendo: poverino, magari chissà quanto ha da lavorare; però in tre anni nessuno è mai andato a farle visita a questa vecchietta, e questo non potevo fotografarlo” (Mario Giacomelli).*

Nei mesi di agosto e settembre si è svolto il secondo appuntamento del Museo immaginario nell'ambito del progetto “Chiuso per un anno”.

Nella sede di via Giacomo Mellerio a Domodossola è stata allestita una mostra dedicata a Mario Giacomelli, uno dei maggiori fotografi del '900, nel decimo anniversario della sua morte.

Sono state esposte alcune fotografie dal titolo ispirato alla celebre raccolta di poesie di Cesare Pavese, “Verrà

la morte e avrà i tuoi occhi” (Collezione Claudio e Leonardo Pambianchi). Queste immagini, scattate in un ricovero per anziani a Senigallia a partire dal 1954, sono di una durezza triste e poetica nello stesso tempo. L'incontro con la morte e con la sofferenza senza speranza che trapela dagli sguardi di queste povere persone, abbandonate al loro destino e che caratterizza tutto questo lavoro, aveva già allora suscitato emozioni forti e profondo disagio. Ancor più oggi il loro effetto è dirompente perché contrastano con i modelli di vita che la nostra epoca storica propone con i suoi persistenti messaggi di eterna giovinezza e di esasperata attenzione alla cura del corpo.

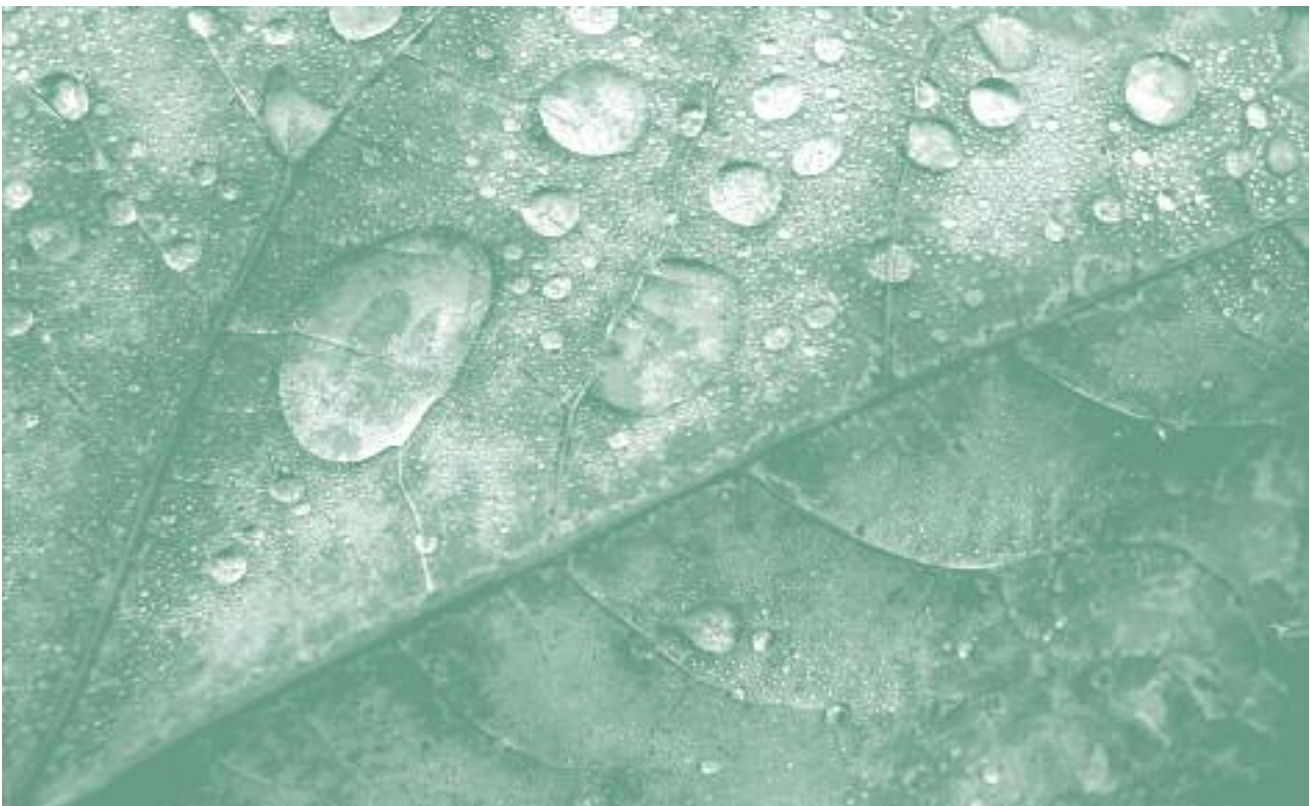
“Verrà la morte e avrà i tuoi occhi” ci ricorda la nostra caducità, la nostra precarietà al mondo e ci invita ad una riconsiderazione sulla nostra reale condizione umana. La fotografia come arte, in questo caso, sposa la tragedia. Il dolore, l'arrendevolezza all'umano, ineluttabile decadimento che caratterizza la vecchiaia di tutti ma che colpisce con particolare violenza gli ultimi e più umili, si impone ai nostri occhi.

Giancarlo Mosoni



# Recensione dell'antologia di poesie “Nei dintorni di Elicona”

Carlo Sizia



Mi piace segnalare ai nostri lettori questo nuovo libro-antologia di poesie, a cura di Eugenio Rebecchi, dal titolo “Nei dintorni di Elicona”.

Come sapete, l'Elicona è un monte della Beozia reso celebre dalla mitologia greca per via di due sorgenti sacre alle Muse Aganippe ed Ippocrene, le cui acque erano ritenute in grado di fornire l'ispirazione a quanti vi si fossero dissetati.

L'antologia in esame raccoglie le poesie più significative di quattro Autori protagonisti: Giorgio Bàrberi Squarotti, Anna Maria Farabbi, Nevio Nigro ed Antonio Spagnuolo, poeti noti ed affermati, tutti dotati di alta capacità di espressione lirica.

L'intento del curatore dell'Opera in oggetto, è quello di

“offrire al lettore pagine di versi capaci di ammaliarli, di stupirli, di prenderli per mano e accompagnarli lungo un percorso in grado di produrre levità d'animo, profondità di riflessioni, benessere del pensiero”.

Credo altresì che questa antologia possa avere, per noi medici dipendenti, anche un valore “disintossicante”, quasi catartico, rispetto alle ripetute, avviliti, concrete malefatte inflittecce dai nostri attuali cattivi governanti.

Il libro, dal costo di 13 euro, è stato stampato da Laser Copy Center di Peschiera Borromeo (MI) per conto di Blu di Prussia Editrice – Via del Castello 36 – Piacenza.

*Carlo Sizia*

## Una fresca vena letteraria tra di Noi

Carlo Sizia

Mi piace recensire tre libri che il prof. Giuseppe Rabitti, uno dei padri della CIMO moderna, mi ha donato quest'estate.

Il primo libretto "Cent'anni... si può" è un piccolo breviario per poter vivere fino a cent'anni, contenente una serie di approfondimenti e di regole su aspetti importanti della nostra vita: l'educazione, la sessualità, l'ambiente, la dieta, l'attività sportiva, la profilassi delle malattie, la vecchiaia, ecc.

Il libretto, edito nel 2001 da ANDROMEDA Editrice, Colledara (Teramo) è illustrato con disegni originali di un artista, Marcello Ercole, nato a Luco dei Marsi e residente in Avezzano.

Il secondo libretto "Poesie sparse", stampato nell'ottobre 2009 in Avezzano presso Grafiche Di Censo, esprime tutta la forza poetica dell'uomo Giuseppe Rabitti, specie quando affronta temi che gli sono molto cari: la fede, l'amore per la montagna e per le figure femminili, per la natura nelle sue varie manifestazioni, ecc.

Particolarmente commoventi le poesie "La Fede", nonché quella in ricordo del recente terremoto d'Abruzzo "Tragedia annunciata" e quella in memoria del Prof. Paolo Marrama "A Paolo Marrama", che di Giu-

seppe Rabitti è stato maestro di vita e di professione. Il terzo libro "Dalle macerie nasce una rosa", stampato da Grafiche Di Censo nel 2009 in Avezzano, è un racconto autobiografico che rende testimonianza di un quindicennio di vita italiana ed europea: dagli orrori della seconda Guerra mondiale, come vissuta sulle sponde del Po, nei dintorni di Melara (Ro), paese natale di Rabitti, alla lenta ripresa post-bellica dell'Italia e dell'Europa, raccontata dall'Autore anche attraverso i ricordi della sua esperienza di autostoppista attraverso tutta l'Europa negli anni 1953-1957.

Questo libro, dedicato ad Anna Frank, è illustrato con fotografie d'epoca di forte impatto, nonché da commoventi disegni di un fratello di Giuseppe Rabitti, Arturo, che oggi non è più, e che all'epoca dei disegni aveva 16 anni.

Nel lodare l'amico e Collega Giuseppe Rabitti per le sue fatiche letterarie e nel ringraziarlo per il gradito dono, constato ancora una volta come nei medici (Rabitti è stato primario per 33 anni) la base classica ed umanistica conviva felicemente con la pratica clinica e scientifica.

Carlo Sizia

