

RASSEGNA STAMPA

DELL'ORDINE DEI MEDICI CHIRURGHI E ODONTOIATRI DELLA PROVINCIA DI SASSARI
25 MARZO 2014

DALLA SARDEGNA

LA NUOVA SARDEGNA

Per i giovani medici sardi la specializzazione è a rischio *di Eugenia Tognotti*

La Regione deve intervenire con urgenza per evitare una possibile penalizzazione dovuta all'eliminazione del requisito della residenza

Nubi all'orizzonte e non solo per i giovani medici sardi neoabilitati che aspettano, con comprensibile ansia, che sia definito il loro percorso di formazione e specializzazione. Complice la novità di quest'anno, cioè il concorso nazionale per le scuole di specializzazione e la drastica riduzione delle borse, si profila il rischio di una riduzione delle possibilità di accedere alle Scuole, a vantaggio di medici provenienti da altre realtà territoriali, che verrebbero così formati a spese della Regione Sardegna. In gioco non ci sono solo, com'è evidente, i destini personali dei singoli. Ma anche qualcosa chiamata programmazione sanitaria e il futuro assetto delle strutture e degli enti del servizio sanitario regionale. A cui naturalmente deve essere assicurata l'opera di professionisti adeguatamente formati e in grado di rispondere nel migliore dei modi alle domande di cura di quella che, nel mondo della sanità pubblica, viene generalmente chiamata "utenza". Ora, per comprendere bene perché, qui e ora, i giovani medici si trovano davanti a quel rischio, occorre andare all'antefatto, come si fa nei romanzi. Fino al 2012, la Regione sarda, applicando quanto previsto dallo Statuto speciale per la Sardegna in materia d'istruzione, consentiva alle Università sarde di acquisire nei propri bilanci risorse finanziarie aggiuntive rispetto a quelle erogate dallo Stato, allo scopo di permettere l'accesso di un certo numero di laureati alla frequentazione delle scuole di specializzazione in area medica. Erano richiesti tre specifici requisiti: nati in Sardegna, figli di emigrati sardi, residenti da 6 anni nell'isola. Requisiti che non corrispondono, con tutta evidenza, alla difesa egoista e miope, di uno ius loci. Ma ad una precisa esigenza di incentivare il percorso di formazione dei giovani laureati locali e assicurare, quindi, anche per questa via, il diritto alla salute dei sardi. Sennonché quell'anno, il Miur, nel fissare con decreto il numero e la ripartizione dei contratti ministeriali di formazione specialistica medica, ha stabilito che per cinque discipline - Cardiochirurgia, Chirurgia toracica, Medicina Fisica e Riabilitazione, Nefrologia, Scienza dell'alimentazione - gli Atenei di Cagliari e Sassari diventassero sedi aggregate ad Università non sarde (Roma e Genova). Avendo anche determinato che eventuali posti aggiuntivi regionali dovessero essere destinati all'Ateneo sede amministrativa e che solo queste potessero richiederle, è successo che i due Atenei 'continentali' non hanno accettato l'attivazione di contratti aggiuntivi destinati alla Regione Sardegna, opponendo che erano restrittivi e inapplicabili riguardo ai requisiti di territorialità. La diretta conseguenza è stata la perdita del finanziamento di ben 15 contratti di specializzazione in quelle cinque discipline mediche. I passi della precedente Giunta per scongiurare vuoti nella risposta al

fabbisogno formativo, hanno però complicato la situazione, data la riduzione del numero delle borse per quest'anno accademico e la novità del concorso nazionale per le scuole di specializzazione. La riscrittura delle norme (L.R 7/12 del 5 febbraio 2013), ha portato, infatti, ad eliminare il requisito della residenza di sei anni, stabilendo che per accedere a tutte le Scuole è sufficiente essere residenti nel territorio isolano alla data della stipulazione del contratto di formazione specialistica. In sostanza, un giovane proveniente da qualsiasi sede della formazione medica della Penisola, che ha partecipato e superato il concorso nazionale, potrebbe chiedere e ottenere la residenza pochi giorni prima del bando. Col bel risultato di andare incontro, a fronte di un importante investimento di fondi regionali, ad un vuoto sul mercato del lavoro di figure professionali necessarie al funzionamento del sistema sanitario. Il problema è serio e bene ha fatto il rettore dell'Università di Sassari a chiedere di modificare la L.R del 2013 e di portare a tre anni il requisito di residenza. Potrebbe essere uno dei primi impegni della nuova Giunta regionale. Se si comincia bene, cioè con il capitale umano, si è già a metà dell'opera.

DALL'ITALIA

DOCTORNEWS33

Ecm, ispettori in campo: occhio alle verifiche di apprendimento

Sono già partiti, e si annunciano severi, i controlli sugli eventi di formazione continua per medici e altri sanitari. È operativa da tempo una prima schiera di valutatori a livello nazionale delle cui verifiche i provider (enti che erogano la formazione) sono avvertiti. Intanto hanno appena seguito un percorso altri circa 80 “ispettori sul campo”: questi, nelle prossime settimane, verranno ai corsi senza che i provider siano avvertiti. Oltre che ai conflitti d'interesse, gli erogatori di formazione dovranno evitare di essere “troppo buoni”. Tra gli snodi critici, **Corrado Ruozi** presidente dell'Osservatorio nazionale sulla formazione continua dell'Agenas (Onfocs), sottolinea la valutazione di apprendimento finale. «I valutatori possono presenziare anche solo all'ultimo giorno di un corso residenziale per assistere alla verifica di apprendimento e se questa si riduce, come a volte avviene, a una “assemblea collettiva”, non è rispettato lo spirito dell'Ecm, che chiede rigore proprio in questo passaggio». Tra gli altri possibili punti critici, la registrazione di entrata e di uscita, o la corretta compilazione dei questionari di gradimento. Il provider con poco rigore potrebbe vedersi ritirata la possibilità di organizzare eventi che danno a medici & co crediti Ecm. In realtà il meccanismo più che “punitivo” è “migliorativo”. Ruozi sottolinea che i gruppi formati dall'Onfocs sono due. «Gli “ottanta” (ma il numero dovrebbe crescere), appartenenti a tutte le professioni sanitarie, utilizzano una check list “intuitiva” per verificare se le condizioni dichiarate nei progetti di formazione sono davvero realizzate nel corso, ad esempio controllando i partecipanti, l'identità dei docenti, la corrispondenza dei contenuti presentati a quelli annunciati; i loro blitz saranno quasi sempre entro i confini della regione dove lavorano». Alle loro spalle, a un livello più sofisticato di conoscenza, ci sono i “diciannove” «che hanno seguito un training di sei giorni, e con check list complesse verificano l'efficacia dei processi formativi, per ricavare una tassonomia dell'offerta

formativa media dei provider». «Potremmo dire – conclude Ruozi - che si tende a classificare la qualità della formazione continua con una logica da “Tripadvisor”, nella quale ogni produttore è verificato sulla base di requisiti “alti”: puntiamo a far finalmente decollare in Italia un vero sistema di valutazione».

Decreto stupefacenti, su oppiacei tutto torna come prima

«Un provvedimento dovuto e tempestivo, che ripristina lo stato quo ante sulla prescrizione degli oppiacei contro il dolore cronico»: così **Pierangelo Lora Aprile**, responsabile Area cure palliative della Società di medicina generale, commenta il decreto legge "Disposizioni urgenti in materia di disciplina degli stupefacenti e sostanze psicotrope", il 21 marzo in Gazzetta Ufficiale. Il decreto, che introduce pure trial indipendenti per sperimentare farmaci per usi off-label, ripristina le tabelle sui medicinali a rischio di provocare dipendenza (analgesici oppiacei, barbiturici, benzodiazepine). Restano sostanzialmente al loro posto i principi attivi inclusi nelle tabelle al 25 febbraio scorso, data in cui la Corte costituzionale con sentenza 32 annullò la legge Fini Giovanardi. «Per la precisione, il decreto legge 272/2005 – ricorda Lora Aprile – è stato annullato dalla Consulta solo per un vizio di forma (andava oltre la delega conferita dal parlamento, che regolava le sole olimpiadi invernali, ndr). Per tale motivo, il mondo medico dopo la sentenza non si è sollevato, ma ha continuato ad agire e a prescrivere come sempre, in quanto la sentenza non incideva sulla sostanza della classificazione e dell'erogazione dei medicinali ai malati». Tuttavia, il 272 introduceva il ricettario speciale per dispensare farmaci per la terapia del dolore, utilizzabile nel Ssn e anche al di fuori. «Dalla “Fini Giovanardi” – ricorda Lora Aprile – deriva la legge 38/2010 che consente oggi di prescrivere sul ricettario del Servizio sanitario nazionale le molecole oppioidi di cui all'allegato 3 bis, preziose per i malati terminali e di dolore cronico; venendo a cadere la prima in teoria i problemi per continuare come prima c'erano». Il nuovo provvedimento, che rimanda al Governo e al Parlamento la disciplina delle sanzioni penali per i reati riguardanti le sostanze stupefacenti, lascia invariate anche le modalità con cui il medico si approvvigiona di farmaci oppioidi, che può ottenere con auto prescrizione se compresi nella tabella III bis. Lora Aprile non nasconde la delicatezza della materia, «per questo mi pare di poter dire che ora tutto è ok: il lavoro fatto con il capo dell'ufficio legislativo del Ministero della Salute Giuseppe Chinè ha riportato in carreggiata conquiste che rischiavamo di perdere».

Medici e dirigenti sanitari al Governo: difendete il Ssn

Responsabilità professionale, rinnovo del contratto di lavoro, riconoscimento delle peculiarità di medici e dirigenti sanitari, precariato e contratti di formazione specialistica. Sono questi i cinque temi al centro delle richieste che le organizzazioni sindacali della dirigenza medica, sanitaria, tecnica e professionale hanno elencato in una lettera inviata al Presidente Renzi, ai Ministri Lorenzin e Madia, al Presidente Errani e al coordinatore degli Assessori alla salute Coletto che si conclude con la richiesta di un incontro per cercare soluzioni esaustive. «Si tratta di temi prioritari per la tenuta del Sistema Sanitario» si legge nella lettera allegata che auspica «un inequivocabile riconoscimento della centralità del Ssn pubblico come strumento imprescindibile del diritto alla salute, il solo che la Costituzione definisce fondamentale. Da un tale dibattito» continua la lettera «non possono, comunque, essere esclusi i professionisti, sul lavoro dei quali si basano tale centralità e tale diritto. Condannare la sanità pubblica a non reggere l'onda d'urto della crisi e ad essere spazzata

via, come in Grecia e in Spagna, significa incidere sullo stesso grado di civiltà di un Paese, come la vicenda greca dimostra. Ma si tutela il sistema delle cure se si tutela chi quelle cure è chiamato ad erogare. Non sarà possibile» conclude l'intersindacale «mantenere un Sistema Sanitario equo, solidale e universalistico, se i professionisti del Servizio Sanitario vengono sconfitti nei propri valori etici e deontologici, ridotti a ingranaggi di un apparato che continua a scaricare su di loro l'insostenibile obbligo di continuare a colmare il vuoto tra le attese dei cittadini e le risorse a disposizione».

DIRITTO SANITARIO **Paziente sviene a casa dopo intervento: responsabili i sanitari**

Il fatto

Al termine di un intervento chirurgico di colicistectomia presso una Casa di Cura, al paziente è stato inserito un tubo di drenaggio, collegato ad una piccola sacca di raccolta liquidi, che, dopo le dimissioni, gli ha causato un violento dolore addominale, tanto da svenire e, cadendo sul pavimento, determinare la ritenzione del tubo nella cavità addominale.

Profili giuridici

In primo grado il Tribunale, decidendo sulla richiesta di risarcimento del danno promossa dal paziente contro la struttura sanitaria per l'errata applicazione del tubo di drenaggio, che lo aveva costretto ad un secondo intervento chirurgico di rimozione, ha ritenuto esistente anche un concorso di colpa dell'attore, per non aver preso tutte le possibili precauzioni per evitare il danno.

La Corte d'Appello, riformando la decisione del Tribunale, ha chiarito che non può escludersi la responsabilità dei sanitari, affermando che il distacco del drenaggio si sarebbe verificato a seguito di un evento esterno alla sfera di controllo degli stessi, quale la caduta a terra del paziente. Tale evento accidentale può spiegare il distacco della sacca dal tubo, ma non la sua retrazione nell'addome; inoltre, vi è comunque una responsabilità dei medici per avere consentito la dimissione, rappresentando lo svenimento del paziente in convalescenza operatoria una evenienza normalmente prevedibile, tanto più che questi aveva presentato, alla precedente visita, uno stato febbrile e di intenso dolore.

[Avv. Ennio Grassini – www.dirittosanitario.net]

QUOTIDIANOSANITA'.IT

Mef: spesa sanitaria 2012 a quota 113,6 mld. “I tagli hanno contribuito a frenarne la crescita”

Ecco i numeri contenuti nella Relazione generale sulla situazione economica del paese per il 2012. Scende il costo del personale e della farmaceutica convenzionata. Si riduce il disavanzo di gestione mentre cresce la spesa per beni e servizi e aumentano Irap e Irpef.

Stabile l'ospedaliera accreditata. Risultato d'esercizio a -17% rispetto al 2011. LA RELAZIONE - LE TABELLE

La spesa per il Ssn nel 2012 si è posizionata a quota 113,6 mld. Un aumento dello 0,8% rispetto all'anno precedente che fa attestare il rapporto tra spesa per Ssn e Pil al 7,3%. I numeri sono contenuti nella *Relazione generale sulla situazione economica del paese 2012 pubblicata dal Ministero dell'Economia* che evidenzia come rispetto alla crescita dell'1,3% registrato nel 2011 e l'1% del 2010, la spesa sanitaria stia sostanzialmente tornando sotto controllo dopo gli sconquassi degli anni zero.

Scende dell'1,4% il costo (35,6 mld) del personale del Ssn. Cresce l'acquisto di beni e servizi (+2,1% rispetto al 2011) mentre scendono gli interessi passivi e le imposte. Sale dello 0,6% il costo della medicina di base (6,6mld) e della Specialistica convenzionata e accreditata (+0,7% a quota 4,7 mld). In calo verticale (-8,6%), invece la spesa per la farmaceutica convenzionata che nel 2012 si è attestata a quota 9 mld.

Numeri che per il Mef evidenziano come per la sanità "dall'esame dei dati di spesa riferiti agli anni 2009-2012 e dalla variazione percentuale annua registrata dagli stessi, si evince chiaramente come le misure di contenimento messe in campo sia a livello nazionale sia a livello regionale per effetto delle misure messe in atto per l'attuazione dei piani di rientro e dei programmi operativi (es. accreditamento degli operatori privati con l'assegnazione di tetti di spesa e attribuzione di budget, riorganizzazione della rete ospedaliera ecc.) abbiano posto un forte freno alla crescita". Infatti il disavanzo di gestione è sceso dai 3,3 mld del 2009 al miliardo del 2012.

La spesa del Ssn nel 2012

La spesa totale nel 2012 è stata di 113,683 miliardi di euro, di cui 113,036 miliardi di euro riferiti alle Regioni e alle province autonome e 0,647 miliardi di euro agli altri enti del SSN finanziati direttamente dallo Stato. Un numero che ha fatto registrare un rapporto tra spesa complessiva del SSN e PIL al 7,3%.

Dall'esame dei dati di spesa riferiti agli anni 2009-2012 e dalla variazione percentuale annua registrata dagli stessi, si evince chiaramente come le misure di contenimento messe in campo sia a livello nazionale (es. ulteriore blocco dei contratti collettivi nazionali di lavoro per la validità di un triennio con decorrenza anno 2010, interventi in materia di farmaci ecc.) sia a livello regionale per effetto delle misure messe in atto per l'attuazione dei piani di rientro e dei programmi operativi (es. accreditamento degli operatori privati con l'assegnazione di tetti di spesa e attribuzione di budget, riorganizzazione della rete ospedaliera ecc.) abbiano posto un forte freno alla crescita. Infatti il disavanzo di gestione è sceso dai 3,3 mld del 2009 al miliardo del 2012.

La spesa media pro-capite nazionale nel 2012 è di 1.914 euro, mentre il valore medio riferito alle Regioni a statuto speciale e alle Province Autonome è di 1.903 euro. A livello territoriale si riscontra un'ampia variabilità, con il valore minimo di 1.713 euro della Campania e i valori massimi, oltre i 2.000 euro, della P.A di Bolzano, della Valle d'Aosta, della Provincia Autonoma di Trento, del Lazio e del Molise.

Il personale

Il costo totale del personale nel 2012 ammonta a 35,606 miliardi di euro (il 36% circa della spesa corrente Ssn) con un decremento dell'1,4% rispetto al 2011.

Beni e servizi

Ammontano a 35,159 miliardi di euro, con un incremento del 2,1% rispetto all'anno 2011 (nell'anno 2011 rispetto all'anno 2010 si era invece registrato un incremento dello 4%). L'analisi delle voci che compongono questo aggregato di spesa rileva in particolare:

- *Beni:*

incrementano dello 0,6%, rispetto all'anno 2011 che registrava, invece, un aumento del 2,4% rispetto all'anno 2010. A tale minore crescita, hanno contribuito positivamente l'ottimizzazione delle procedure di acquisto dei farmaci (in particolare, attraverso gare centralizzate gestite da centri di riferimento a livello regionale o aziendale), nonché il consolidarsi in alcune Regioni del fenomeno della distribuzione diretta dei farmaci (già attivata nei precedenti anni dalle stesse) e dall'accelerazione data da parte di altre Regioni a tale forma di dispensazione dei farmaci, al fine di contenere la spesa farmaceutica erogata attraverso le farmacie convenzionate. Tra i fattori che, invece, sospingono la spesa è da segnalarsi il costo dell'alta tecnologia presente nei beni utilizzati in sanità.

Un tema di estrema rilevanza è rappresentato poi dal contenimento della spesa in termini di dispositivi medici.

- *Servizi sanitari e non sanitari (Trasporti sanitari, Consulenze, Formazione, etc.):*

aumentano del 7,5 % rispetto all'anno 2011, rispetto al decremento dello 4,3 % tra l'anno 2011 e l'anno 2010. L'incremento è riferibile in particolare alle consulenze, collaborazioni, interinale e altre prestazioni di lavoro non sanitarie, ancorché continui l'impegno assunto da parte delle Regioni di monitorare il fenomeno del ricorso alle consulenze sanitarie e non sanitarie, avendo riguardo all'entità della spesa e al rispetto dei vincoli previsti dalla normativa vigente.

- *Servizi non sanitari appaltati (Lavanderia, Pulizia, Mensa, Riscaldamento, etc.):*

si rileva un incremento del 2,1% nell'anno 2012, rispetto all'incremento del 3,4 % registrato tra l'anno 2010 e l'anno 2011. Anche per questi servizi il freno alla crescita è in parte riferibile all'impegno assunto da parte delle Regioni di monitorare tali settori di spesa, anche su impulso del Commissario della spending review, avendo riguardo all'entità della spesa e al rispetto dei vincoli previsti dalla normativa di cui ai decreti-legge nn. 98/2011 e 95/2012;

- *Manutenzioni e Riparazioni:*

incrementano nell'anno 2012 del 3,7%, rispetto all'aumento del 2,6 % registrato nell'anno 2011 rispetto all'anno 2010. L'incremento è riferibile in particolare alle manutenzioni esternalizzate che crescono del 4,2% mentre l'acquisto di materiali per la manutenzione decresce dell'8,1%;

Interessi passivi e Oneri finanziari:

diminuiscono del 7,9% nell'anno 2012, a differenza del 2011 in cui aumentavano del 6,7 % rispetto al 2010. Rispetto al trend registrato nei precedenti anni tale aggregato economico risente dell'effetto positivo derivante dalla diminuzione dei tempi medi di pagamento in molte Regioni sottoposte ai Piani di rientro, con conseguente riduzione degli oneri legati al pagamento degli interessi di mora.

Medicina di base

Il costo complessivo della medicina di base da convenzione è pari a 6,664 miliardi di euro con una crescita, rispetto al 2011, dello 0,6%, mentre il dato relativo al 2011 presentava un incremento dell'1,3%. Il freno alla crescita è conseguenziale al blocco dei rinnovi delle

convenzioni sul personale. L'ultimo rinnovo delle convenzioni con i medici di base, relative al biennio economico 2008-2009, risale infatti all'8 luglio 2010.

Farmaceutica convenzionata

Il livello della spesa registrato dall'aggregato nell'anno 2012 è pari a 9,011 miliardi di euro, in diminuzione dell' 8,6% .

La consistente riduzione della spesa farmaceutica convenzionata si è realizzata quale risultato dell'effetto combinato di diversi fattori quali:

- il potenziamento della distribuzione diretta - soprattutto nelle Regioni soggette a Piano di rientro - che ha determinato lo spostamento di quote di mercato dal canale convenzionale verso quello della distribuzione diretta, con il conseguente risparmio a vantaggio delle Regione, dato dalla minore remunerazione della filiera distributiva;
- l'implementazione dell'attività di monitoraggio del livello di appropriatezza delle prescrizioni terapeutiche;
- ulteriori misure destinate a conseguire risparmi di spesa attraverso aumenti degli sconti sul prezzo dei farmaci a carico di grossisti e farmacisti, Gli effetti economici conseguenti all'introduzione di un extrasconto a carico del farmacista dell'1,82%, l'introduzione di un pay-back dell'1,83% a carico del produttore, l'allineamento del prezzo di riferimento della lista di trasparenza AIFA al prezzo dei farmaci a brevetto scaduto vigente in altri Paesi Europei.

Tra i fattori che hanno concorso alla riduzione della spesa farmaceutica convenzionata vi è stato, inoltre, l'incremento della compartecipazione alla spesa da parte del cittadino a seguito dell'aumento della misura dei ticket in molte Regioni, in cui essi erano stati già operativi e alla loro adozione anche in Regioni nelle quali sinora tale forma di compartecipazione non era stata introdotta. Le tipologie di compartecipazione hanno riguardato sia il ticket imposto dalla Regione di riferimento sulla ricetta o sui pezzi prescritti, sia la quota a carico del cittadino data dalla differenza tra il prezzo al pubblico del farmaco a brevetto scaduto "di marca" e il prezzo di riferimento a carico del SSN dato dal generico.

Specialistica convenzionata e accreditata

Comprende gli acquisti di prestazioni di assistenza specialistica da convenzionati SUMAI, da Ospedali classificati, IRCCS privati, Policlinici privati e da altri operatori privati accreditati. I relativi costi ammontano a 4,700 miliardi di euro, evidenziando un incremento dello 0,7%, contro un corrispondente incremento del 3,6% nel 2011. Il rallentamento registrato negli anni è da riferirsi essenzialmente all'effetto positivo derivante dall'adozione degli strumenti di governo della spesa da parte delle Regioni oltre che dal consolidamento degli effetti già prodotti negli anni passati del processo di deospedalizzazione, che ha comportato una maggiore fruizione in ambito ambulatoriale di alcune prestazioni ritenute inappropriate in ambito ospedaliero. Il freno della crescita registratosi nel 2012 è, inoltre, riferibile agli interventi introdotti dalla spending review che , già dal 2012, prevede una riduzione complessiva degli acquisti da erogatori privati (volumi e corrispettivo) per prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale e di assistenza ospedaliera, in misura tale da ridurre la spesa, rispetto al valore consuntivato nel 2011, dello 0,5 per cento per il 2012, dell'1 per cento per il 2013 e del 2 per cento a decorrere dal 2014.

Assistenza riabilitativa

Comprende gli acquisti di prestazioni di assistenza riabilitativa convenzionata ed

extraospedaliera da strutture private accreditate. I due aggregati ammontano nel loro complesso a 1,898 miliardi di euro con un decremento rispetto al 2011 del 2,9%.

Assistenza integrativa e protesica

Ammonta a 1,841 miliardi di euro, considerando sia l'acquisto da pubblico che da privato, con un decremento rispetto al 2011 del 4,9%.

Altra assistenza convenzionata e accreditata

Comprende cure termali, medicina dei servizi, assistenza psichiatrica e agli anziani, ai tossicodipendenti, agli alcolisti, ai disabili, comunità terapeutiche. I relativi costi ammontano a 6,627 miliardi di euro, con un incremento del 5,9% (nel 2011 l'incremento è stato del 5,7%).

Assistenza ospedaliera accreditata

Comprende gli acquisti di assistenza ospedaliera da Ospedali convenzionati, classificati, IRCCS privati, Policlinici universitari privati e Case di cura private accreditate, che nel 2012 sono costati 8,659 miliardi di euro, con un incremento pari allo 0,2%, in controtendenza rispetto all'anno 2011, quando si registrava un -2,4%. Per la Relazione, comunque, “si può in generale affermare che una regolazione più rigorosa dei meccanismi di accreditamento delle aziende private, che operano per conto del Ssn adottata a livello regionale, e le misure in materia di riorganizzazione della rete ospedaliera, hanno contribuito a contenere la crescita della spesa di tutte le prestazioni acquistate dal settore privato”.

Saldo gestione straordinaria

È rappresentata dalle componenti di ricavo e costo legate ad esercizi precedenti. Le componenti di ricavo ricomprendono: plusvalenze, sopravvenienze attive, insussistenze attive che ammontano, per il 2012, a 0,563 miliardi di euro. Le componenti di costo ricomprendono: minusvalenze, sopravvenienze passive (in cui vengono contabilizzati anche oneri per arretrati dei contratti e delle convenzioni in caso di insufficienti accantonamenti e/o partite debitorie riferite agli anni precedenti), insussistenze passive che ammontano a 0,710 miliardi di euro.

“Si evidenzia – spiega nella Relazione – come negli ultimi esercizi i componenti straordinari di reddito diminuiscono drasticamente in tutte le Regioni, grazie all'avvio di un percorso virtuoso da parte delle regioni che tende a superare le criticità nella qualità dei dati contabili e nella loro comparabilità legate alle carenze dei flussi informativi dei dati contabili e di gestione che continuano ancora a causare in alcune realtà territoriali scollamento di processo tra dato gestionale e registrazioni contabili con iscrizioni contabili a volte non tempestive e non correttamente allineate ai dati gestionali”.

Ammortamenti

Valgono 2,654 miliardi di euro e riguardano il costo pro quota sostenuto per l'acquisto di beni ad utilità ripetuta (immobili, macchinari, apparecchiature, altri beni di d'investimento) la cui caratteristica è quella di avere un utilizzo in una pluralità di esercizi.

Finanziamento del Ssn

Nel 2012 le risorse destinate al finanziamento del SSN per l'anno 2012, non considerando i ricavi della gestione straordinaria e quelli per l'intramoenia, che sono stati considerati come

saldo nel livello di spesa, sono state complessivamente pari a 112,641 miliardi di euro, di cui 111,994 miliardi di euro riferiti alle Regioni e alle province autonome e 0,647 miliardi di euro riferiti ad altri enti del SSN finanziati direttamente dallo Stato.

Il rapporto tra Fsn e Pil si è attestato al 7,3 %, più alto rispetto a quello dell'anno precedente pari a 7,1%. L'incremento percentuale del finanziamento complessivo del SSN a livello nazionale rispetto all'anno precedente è stato dell'1%, mentre l'anno precedente era del 2,2%.

Irap e addizionale regionale Irpef

Sono state stimate in 39,902 miliardi di euro, con un incremento del 4,6 % rispetto ad un incremento del 3,4 % nel 2012.

Fondo per fabbisogno sanitario ex decreto legislativo 56/2000 (federalismo fiscale: iva e accise)

Ammonta a 52,969 miliardi di euro, con un decremento pari all'1,6%, rispetto al 2011, in cui si registrava un incremento dello 0,6 %. L'importo indicato si riferisce però alla valorizzazione degli importi indicati in via provvisoria a copertura integrale del fabbisogno.

Ulteriori trasferimenti dal settore pubblico e da quello privato

In tale aggregato sono contabilizzate le quote di partecipazione delle Regioni a statuto speciale e delle province autonome - ripartite dal CIPE - che, per le regioni Val D'Aosta, Friuli Venezia Giulia e Sardegna (quest'ultima dal 2007 non riceve più trasferimenti a carico del Bilancio dello Stato) e per le province autonome di Trento e Bolzano, devono intendersi a copertura integrale del loro fabbisogno mentre per la regione Sicilia, la cui quota di partecipazione è fissata, per l'anno 2012, nella misura del 49,11%, è a parziale copertura del fabbisogno medesimo.

Vengono ricompresi, inoltre, gli ulteriori trasferimenti da parte della regione o della provincia autonoma a carico dei rispettivi bilanci, comprese le risorse aggiuntive per garantire l'equilibrio economico-finanziario, nonché quelli da parte del settore pubblico allargato (altre amministrazioni statali, province, comuni) e di quello privato.

Alla data del 2 maggio 2013, dati SIS relativi al 4° trimestre 2012, gli ulteriori trasferimenti dal settore pubblico e da quello privato desunti dal NSIS, comprensivi delle quote a carico delle regioni a statuto speciale per l'integrale copertura del loro fabbisogno sanitario, pari a 0,766 miliardi di euro, risultano pari a 10,367 miliardi di euro, con un decremento pari a 3,6%, mentre nel 2011 si registrava un decremento del 2,2%.

Ricavi ed entrate proprie

Sono rappresentati, in generale, dai ricavi conseguiti dalle aziende sanitarie derivanti dalla vendita di prestazioni sanitarie e non sanitarie a soggetti pubblici e privati, della regione e al di fuori della regione di appartenenza e da altri ricavi quali interessi attivi e altri proventi finanziari, rimborsi etc. Sono ricompresi nella voce anche i ticket introitati dalle aziende sanitarie. Alla data del 2 maggio, dati NSIS relativi al 4° trimestre 2012, risultano pari a 3,077 miliardi di euro, con un incremento del 2,7 %, mentre nel 2011 si registrava un incremento del 2,8%.

Fondo sanitario nazionale e quote vincolate a carico dello Stato per le Regioni e Province Autonome

Oltre ai fondi rimasti a favore della regione Sicilia, si riferisce la finanziamento di specifici

obiettivi tra cui l'assistenza e formazione per l'aids, borse di studio ai medici di medicina generale, assistenza agli extracomunitari, interventi nel settore dell'assistenza veterinaria, assistenza agli Hanseniani, assistenza e ricerca per la fibrosi cistica, fondo di esclusività per la dirigenza medica, obiettivi prioritari del PSN, medicina penitenziaria). Tali trasferimenti ammontano a complessivi 4,004 miliardi di euro, con un incremento del 3,6 % , come nel 2011.

Ulteriori quote vincolate a carico dello stato per gli altri enti sanitari pubblici

Si tratta di fondi assegnati ad alcuni enti del SSN (Croce Rossa Italiana e Istituti Zooprofilattici Sperimentali per le rispettive esigenze di funzionamento, Cassa DD.PP. per il rimborso delle rate dei mutui pre-riforma, Università per l'erogazione delle borse di studio ai medici specializzandi). Ammontano a 0,647 miliardi di euro, con un incremento del 1%, mentre nel 2011 si registrava un incremento dell'13,9%.

Il risultato di Esercizio

Il risultato d'esercizio al 4° trimestre 2012, corrispondente alla somma algebrica degli utili e delle perdite delle singole regioni e province autonome come risultante dai dati trasmessi al NSIS e prima delle coperture, ammonta complessivamente a circa 1,043 miliardi di euro, in diminuzione del 17% rispetto al 2011.

L'andamento dei risultati di esercizio rileva un'inversione di tendenza dal 2001 al 2012, registrando una crescita media annua nel periodo 2001-2006 del +15,39%, a -8,87% nel periodo 2007-2009 a -31,54% nel periodo 2010-2012. La Relazione sottolinea come “a fronte di questi risultati a livello nazionale, alcune regioni successivamente interessate dai Piani di rientro (Liguria, Lazio, Abruzzo, Molise, Campania, Sicilia e Sardegna) erano responsabili nel 2006 di un disavanzo complessivo di 4,483 mld di euro, pari ad oltre l'80% del disavanzo del settore sanitario, mentre le Regioni impegnate nei Piano di rientro nell'anno 2012 (Piemonte, Lazio, Abruzzo, Molise, Campania, Puglia Calabria e Sicilia) sono responsabili di una disavanzo complessivo di 1,042 mld di euro, per una percentuale pari a circa il 74%. Ciò – secondo il Rapporto– testimonia che la normativa in materia di Piani di rientro ha prodotto sicuramente un miglioramento delle performance in materia di controllo della spesa, tanto che i costi hanno registrato un incremento percentuale medio annuo, nel periodo 2001-2006 del 6,97%, nel periodo 2007-2009 del 2,99% e nel periodo 2010-2012 dello 0,88%”.

Intersindacale: “Difendete il Ssn e i suoi professionisti”. Lettera appello a Governo e Regioni. Chiesto incontro urgente

Evidenziate cinque criticità/priorità: responsabilità professionale, rinnovo dei contratti, precariato, formazione specialistica, riconoscimento della peculiarità della dirigenza medica e sanitaria. “Si tutela il sistema delle cure se si tutela chi quelle cure è chiamato ad erogare”. L'appello inviato anche al ministro per la Semplificazione Madia e al coordinatore degli assessori regionali alla Sanità Coletto. LA LETTERA.

Subito la legge sulla responsabilità professionale. Avviare la trattativa per il rinnovo del contratto di lavoro. Riconoscere la peculiarità dei medici e dirigenti sanitari. Trovare una

soluzione definitiva al problema del precariato in sanità. Allineare il numero dei contratti di formazione specialistica con quello dei laureati. Sono queste le cinque richieste che le organizzazioni sindacali della dirigenza medica, sanitaria, tecnica e professionale hanno elencato in una lettera inviata al Presidente del Consiglio **Matteo Renzi**, ai Ministri della Salute **Beatrice Lorenzin** e della Semplificazione **Maria Anna Madia**, al Presidente della Conferenza delle Regioni **Vasco Errani** e al coordinatore degli Assessori alla Salute **Luca Coletto**, che si conclude con la richiesta di un incontro per cercare soluzioni esaustive.

“Si tratta di temi prioritari per la tenuta del Sistema Sanitario – si legge nella lettera allegata – che al nuovo Governo chiedono segnali positivi, un inequivocabile riconoscimento della centralità del SSN pubblico come strumento imprescindibile del diritto alla salute, il solo che la Costituzione definisce fondamentale. Da un tale dibattito non possono, comunque, essere esclusi i professionisti, sul lavoro dei quali si basano tale centralità e tale diritto”.

Per i sindacati, “condannare la sanità pubblica a non reggere l’onda d’urto della crisi e ad essere spazzata via, come in Grecia ed in Spagna, significa incidere sullo stesso grado di civiltà di un Paese, come la vicenda greca dimostra. Ma si tutela il sistema delle cure se si tutela chi quelle cure è chiamato ad erogare”, sottolinea l’intersindacale, secondo la quale “non sarà possibile mantenere un Sistema Sanitario equo, solidale ed universalistico, se i professionisti del Servizio Sanitario vengono sconfitti nei propri valori etici e deontologici, ridotti ad ingranaggi di un apparato che continua a scaricare su di loro l’insostenibile obbligo di continuare a colmare il vuoto tra le attese dei cittadini e le risorse a disposizione”.

Specialistica ambulatoriale. Sigm: “No a incarichi ai medici in pensione a scapito delle nuove generazioni”

Bisogna rispettare le incompatibilità tra i medici in quiescenza e il convenzionamento che deve invece essere attribuito esclusivamente secondo il punteggio maturato ai sensi di legge. Per questo i Giovani medici chiedono l’intervento del ministero della Salute, delle Regioni e degli OMCeO.

“È venuto il momento di mettere un punto alla prassi diffusa di riservare corsie preferenziali ai medici in quiescenza ex dipendenti del Ssn a scapito delle nuove generazioni di medici. Bisogna quindi rispettare l’incompatibilità tra medici dipendenti in quiescenza dal Ssn ed il convenzionamento con la specialistica ambulatoriale e attribuire le convenzioni esclusivamente secondo il punteggio maturato ai sensi di legge (Acn 2005 e smi).

È questa la richiesta del Segretariato Italiano Giovani Medici (Sigm) dopo le segnalazioni arrivate da tutta Italia sull’applicazione di deroghe rispetto a quanto previsto dalla normativa vigente.

“Giungono alle nostre sedi in tutta Italia segnalazioni circa il perpetrarsi di una prassi consolidata da parte delle Asl e dei Comitati consultivi zonali ad attribuire incarichi di studio e di consulenza o addirittura incarichi di medicina specialistica convenzionata a soggetti, già appartenenti a ruoli del Ssn, che vanno in pensione per aver raggiunto l’anzianità contributiva necessaria, per poi ricoprire nuovi ruoli nei diversi Ssr” spiegano in una nota Giovani Medici (Sigm).

Si tratta, secondo il Sigm, di una “ingiustificabile forma di penalizzazione a scapito dei

giovani medici, che quei ruoli potrebbero ricoprirli utilmente, maturando esperienza ed anzianità di servizio; e che, per aspirare ad accedere alla specialistica convenzionata, spesso permangono per anni in graduatorie immobili per poi scoprire che in quelle stesse graduatorie possono essere scavalcati da quanti fuoriescono dal Ssn, potendo documentare titoli ben più strutturati di quelli esibibili dai più giovani colleghi”.

Queste prassi, inoltre, suggerisce il Sigm “scavalcherebbero quanto previsto dalla normativa vigente”. Infatti, il Legislatore, con l’art. 25 della L. 23 Dicembre 1994, n. 724, aveva già inteso precludere l’affidamento di incarichi “di consulenza, collaborazione, studio e ricerca” ai dipendenti che cessano volontariamente dal servizio, pur non avendo il requisito previsto per il pensionamento di vecchiaia, ma che tuttavia dispongono dei requisiti contributivi per l’ottenimento della pensione anticipata di anzianità. Questa volontà è stata peraltro ribadita dall’art. 5, comma 9 del D.L. 6 Luglio 2012, n. 95. E davanti al sussistere di comportamenti opposti alla volontà del legislatore, il Ministero dell’Economia, con nota del 7 Gennaio 2014 (MEF-RGS Prot. 104123 del 16/12/2013 U), affermava con chiarezza che “non sembrano dunque sussistere dubbi circa il fatto che le norme in questione pongono in capo alle pubbliche amministrazioni il divieto di conferire incarichi di studio o consulenza al personale già dipendente e collocato in quiescenza, ove tali incarichi abbiano ad oggetto la medesima attività, ovvero le medesime funzioni svolte in vigenza del rapporto di lavoro dipendente”, aggiungendo che “tale divieto sembra dunque doversi applicare anche al conferimento di incarichi che si concretizzano nello svolgimento di funzioni di medico convenzionato con il Ssn, ove il soggetto interessato sia cessato da un rapporto di dipendenza con lo stesso Ssn, atteso che il rapporto convenzionale viene inquadrato, da giurisprudenza consolidata, fra le prestazioni d’opera professionale, di natura privatistica”.

Il Sigm auspica infine che alla loro battaglia si uniscano anche i colleghi delle sezioni giovanili dei Sindacati ospedalieri e del territorio, “per dare finalmente concretezza alle attenzioni che le organizzazioni sindacali negli ultimi tempi dichiarano di riservare nei confronti delle giovani generazioni di medici”.

La riforma degli Ordini. *Molta immagine, poca sostanza e tanta nuova burocrazia* di Ivan Cavicchi

Oggi le professioni sono sfruttate in tutti i modi, operano in contesti ostili e difficili, sono esposte al contenzioso legale, sono in conflitto tra loro, per cui il problema nuovo è come difenderle da tutto ciò e come metterle in condizioni di essere davvero delle professioni. Ma su tutte queste questioni i vari ddl di riordino dicono ben poco

Dopo l’articolo sui presidenti multitasking ([QS 17 marzo](#)) in tanti mi hanno chiesto di chiarire il mio pensiero sulla riforma degli ordini. Qualcuno ha inoltre ritenuto inadeguato l’uso da parte mia del termine “corporazione” convinto probabilmente che “ordine” e “corporazione” abbiano significati diversi. Questo termine mi è stato suggerito dal diritto amministrativo che classifica gli enti pubblici in “corporazioni” e “istituzioni” cioè in persone giuridiche in cui prevale l’elemento personale (ordini, collegi, associazioni ecc), e in persone giuridiche in cui prevale l’elemento patrimoniale (per esempio gli istituti previdenziali). Nella proposta di legge ad esempio Bianco/Silvestro e altri, ma anche in quella Lorenzin, si ribadisce per gli ordini la definizione di “ente pubblico non economico” quindi di “corporazione” .

Sul complesso delle proposte di riforma degli ordini sono perplesso nel senso che la questione, secondo me, è, in ogni testo che ho letto, sotto determinata. La riforma è necessaria ma come sbocco naturale di un ripensamento profondo dell'idea di "corporazione" e del suo rapporto con la società, lo Stato e tra professioni. Quali le aporie principali?

Mi sembra esagerato, l'uso diffuso del termine "riforma". Nei vari testi si usa il termine "riordino" per cui non si riforma praticamente niente, ci si limita a riordinare l'esistente tanto per i medici che per gli infermieri. Viene ribadito "*l'ente pubblico non economico*" quindi la classica idea di corporazione, tant'è che il grosso delle proposte, riguarda i poteri, gli organismi, la loro composizione le modalità elettive, le cariche ecc .

In tutti i disegni di legge non è mai chiarito il presupposto in ragione del quale si devono riordinare ordini e collegi. Il dubbio che viene non è solo l'incapacità a contestualizzare i problemi delle professioni e semmai solo dopo quelli delle rappresentanze, ma quello di voler deliberatamente centrare l'attenzione sull'istituzione in se più che sui soggetti che essa dovrebbe tutelare. Si può tutelare una professione senza specificare e definire la professione in rapporto al suo tempo?

Nelle poche righe nelle quali si spiegano le finalità degli ordini i termini "autonomia professionale", "conoscenze e competenze", appaiono del tutto decontestualizzati. Il nostro tempo è quello in cui i maggiori problemi delle professioni nascono: 1) perché le loro autonomie sono ridiscusse da mille condizionamenti; 2) sono drammaticamente in conflitto tra loro; 3) sono considerate un problema e non una soluzione. Di quale ordine o collegio avremmo bisogno per impedire il depauperamento professionale?

Le questioni tipiche dell'ordinistica, albi a parte, quali le sanzioni e la deontologia, sono semplicemente ribadite rivelandosi così fuori dalla realtà. Oggi le professioni sono sfruttate in tutti i modi, operano in contesti ostili e difficili, sono esposte al contenzioso legale, sono in conflitto tra loro, per cui il problema nuovo è come difenderle da tutto ciò e come metterle in condizioni di essere davvero delle professioni.

La tutela delle professioni oggi non passa solo per la sanzione degli iscritti che contravvengono alle regole ma passa soprattutto per la sanzione nei confronti di chi abusa delle professioni impedendo loro di essere quello che sono. Ma per difendere gli abusati dagli abusanti è necessario definire una deontologia forte che garantisca una nuova idea di professione. Oggi l'elaborazione deontologica è molto scadente e degrada verso quello che altrove ho definito "il crepuscolo del dovere".

In sintesi rispondendo e ringraziando i miei cortesi interlocutori:

- a me piacerebbe una riforma e non un semplice riordino, che oltrepassi l'idea di corporazione, e che costruisca gli strumenti normativi, per regolare, controllare, intervenire, affinché le professioni siano tali;
- non mi convince l'idea parastatale del vecchio ente pubblico non economico e meno che mai la gran voglia di dicasterismo che si coglie in tutte le proposte in circolazione. Ordini e collegi oggi sono troppo simili ai ministeri. Si tratta di sburocratizzare non di riburocratizzare;
- per ogni professione o per gruppi di professioni analoghe , prevederei una "agenzia per lo

sviluppo della professione” con compiti chiari e autonomia piena. L’agenzia è un ente pubblico a cui sono attribuiti specifici incarichi che si differenzia dagli altri tipi di enti pubblici (compreso gli ordini e i collegi) perché svolge funzioni eminentemente operative. Con l’agenzia l’asse si sposta da una vecchia idea di corporazione che tutela passivamente i valori della professione ad una idea nuova di company, nel senso di una associazione ad azionariato diffuso, che sviluppa e garantisce attivamente i valori dei suoi associati;

- contemporaneamente creerei un “*professional board*”, cioè un comitato valutario composto dai rappresentanti di tutte le agenzie professionali con un coordinatore e un apparato minimo, emanazione delle varie agenzie, per offrire a tutte le professioni un luogo di confronto, nel quale programmare linee di intervento comuni, deontologie comuni, affrontare le controversie e i conflitti tra professioni, esaminare le problematiche comuni a più professioni, come quelle delle équipes.

Infine sulla proposta di parificazione nominale tra ordini e collegi. Non riesco a comprenderne i vantaggi pratici dal momento che giuridicamente tra ordini e collegi non c’è nessuna differenza perché entrambi sono enti pubblici non economici. Sembra una operazione semplicemente di facciata ma che riguarda comunque professioni molto diverse, con percorsi formativi pure molto diversi, e con titoli di studi diversi. Personalmente preferirei evitare gli equivoci della propaganda ingannevole e puntare alla sostanza e cioè alla effettiva specificazione delle professioni nella logica dell’eguaglianza nelle differenze altrimenti detta “logica della pari dignità”. Ebbene l’idea di agenzia professionale e del professional board, consente ad ogni professione o a gruppi di professioni analoghe sia di organizzare le proprie tutele intorno alle proprie specificità sia di confrontarsi tra di loro evitando inutili appiattimenti nominali.

In conclusione: non si ha riforma se non si cambia la vecchia idea di corporazione. Le inadeguatezze le debolezze strutturali organizzative strategiche degli ordini e dei collegi, che traspaiono dalle loro proposte, oggi sono parte integrante del problema drammatico delle professioni. Per cui credo che ci sia un gran bisogno di idee nuove.

Ivan Cavicchi

SOLE24ORE/SANITA'

Giovani medici all'attacco: «Stop alla prassi di convenzionare medici in pensione»

Stop alla «prassi consolidata» delle Asl di attribuire incarichi di studio e di consulenza o di medicina specialistica convenzionata ai pensionati. A chiedere con forza un intervento del ministero della Salute, delle Regioni e degli Ordini professionali è il Segretariato italiano giovani medici (Sigm), che richiama le aziende sanitarie al rispetto dell’incompatibilità tra l’attività di medico convenzionato con il Ssn e i medici in quiescenza già dipendenti del Ssn, e invita a disporre che le convenzioni vengano attribuite esclusivamente secondo il punteggio maturato ai sensi della normativa vigente (Acn 2005 e smi).

«Giungono alle nostre sedi in tutta Italia - spiega il Sigm - segnalazioni circa il perpetrarsi di

una prassi consolidata da parte delle Asl e dei Comitati consultivi zionali nel senso di attribuire incarichi di studio e di consulenza o addirittura incarichi di medicina specialistica convenzionata a soggetti, già appartenenti a ruoli del Ssn, che vanno in pensione per aver raggiunto l'anzianità contributiva necessaria, per poi ricoprire nuovi ruoli nei diversi servizi sanitari regionali». Un'ingiustificabile forma di penalizzazione, scrive l'associazione, «a scapito dei giovani medici, che quei ruoli potrebbero ricoprirli utilmente, maturando esperienza e anzianità di servizio; e che, per aspirare ad accedere alla specialistica convenzionata, spesso permangono per anni in graduatorie immobili per poi scoprire che in quelle stesse graduatorie possono essere scavalcati da quanti fuoriescono dal Ssn, potendo documentare titoli ben più strutturati di quelli esibibili dai più giovani colleghi».

La prassi, ricorda il Sigm, viola la legge. L'art. 25 della legge 724/1994 aveva già inteso precludere l'affidamento di incarichi «di consulenza, collaborazione, studio e ricerca» ai dipendenti che cessano volontariamente dal servizio, pur non avendo il requisito previsto per il pensionamento di vecchiaia, ma che tuttavia dispongono dei requisiti contributivi per l'ottenimento della pensione anticipata di anzianità. Volontà ribadita dall'art. 5, comma 9 del Dl 95/2012.

Il ministero dell'Economia, con nota del 7 gennaio scorso, (MEF-RGS Prot. 104123 del 16/12/2013 U), affermava con chiarezza che «non sembrano dunque sussistere dubbi circa il fatto che le norme in questione pongono in capo alle pubbliche amministrazioni il divieto di conferire incarichi di studio o consulenza al personale già dipendente e collocato in quiescenza, ove tali incarichi abbiano ad oggetto la medesima attività, ovvero le medesime funzioni svolte in vigenza del rapporto di lavoro dipendente», aggiungendo che «tale divieto sembra dunque doversi applicare anche al conferimento di incarichi che si concretizzano nello svolgimento di funzioni di medico convenzionato con il Servizio sanitario nazionale, ove il soggetto interessato sia cessato da un rapporto di dipendenza con lo stesso Servizio sanitario nazionale, atteso che il rapporto convenzionale viene inquadrato, da giurisprudenza consolidata, fra le prestazioni d'opera professionale, di natura privatistica».

LA GIURISPRUDENZA [Cassazione: spese legali, il rimborso per il \(medico\) dipendente non è scontato](#)

Il dipendente dell'azienda sanitaria locale ha diritto al rimborso delle spese legali sostenute per difendersi in un processo penale per ragioni del proprio ufficio, a condizione che l'azienda sia stata informata immediatamente della contestazione.

È questa la motivazione con la quale la sezione Lavoro della Cassazione, con la sentenza n. 4978/2014, depositata il 4 marzo, ha respinto il ricorso proposto da un dirigente che si era visto negare dalla Corte d'appello di Reggio Calabria il rimborso in quanto tardivamente richiesto.

L'azienda - ricordano i Supremi Giudici - ha l'onere di far assistere il dipendente da un legale fin dall'inizio del procedimento e per tutti i gradi di giudizio, assumendo le spese e comunicando al dipendente il nominativo del legale per ottenere il suo gradimento. Tali ultime disposizioni presuppongono però che l'azienda sia stata informata dell'esistenza del giudizio, che sia stata portata a conoscenza dal dipendente della propria volontà di ottenere l'assistenza legale e che abbia nominato un difensore.

Le norme contrattuali consentono che il funzionario respinga il professionista indicato dalla

Asl e nomini un legale di propria fiducia, nel qual caso potrà chiedere il rimborso delle spese sostenute entro il limite di quanto l'azienda avrebbe dovuto corrispondere a un legale da essa stessa nominato.

Nulla osta, quindi, che nei propri regolamenti, le aziende indichino un termine entro il quale il lavoratore ha l'onere di informarle dell'esistenza del procedimento penale e della volontà di godere dell'assistenza legale, dal momento che devono seguire dei vincoli di bilancio e un obbligo di programmazione della spesa. In altre parole, la formulazione della norma regolamentare è un corretto bilanciamento dell'interesse al contenimento della spesa e dell'interesse del dipendente a non sostenere le spese legali e sul piano giuridico impone di qualificare l'onere di informazione preventiva come perentorio.

La ricostruzione giuridica, secondo la Cassazione, trova fondamento nell'art. 25 del Ccnl 1998-2001 dell'area della dirigenza medica e veterinaria del Servizio sanitario nazionale, stipulato in data 8 giugno 2000 (rimasto immutato nei contratti successivi), il quale prevede che l'azienda, verificata l'assenza di conflitto di interesse, assuma a proprio carico la difesa del dirigente (art. 25) o genericamente del dipendente (art. 26) per i giudizi amministrativi, civili o penali riconnessi all'espletamento del servizio e all'adempimento dei compiti di ufficio. Le stesse disposizioni prevedono che gli oneri della difesa, in caso di assoluzione, siano a carico dell'azienda se il dipendente è stato assistito da un legale da essa prescelto o nel caso di legale di fiducia nei limiti del costo preventivato.

A completezza, è opportuno indicare il precedente costituito dalla sentenza della Corte dei Conti n. 106/2004 che ha individuato un ulteriore limite nell'esistenza di fatti che non costituiscano conflitto d'interessi. Il Tar del Veneto, nel precedente costituito dalla sentenza n. 3712/03, chiarì che nel caso in cui un dipendente con posizione giudicata originariamente in conflitto di interessi con l'azienda sia stato poi assolto dal giudice (assoluzione che, quindi, comporta l'eliminazione, ancorché ex post, dell'originaria posizione di incompatibilità) ha diritto al rimborso che, in mancanza di parametri tariffari prestabiliti (che, comunque, non possono prevedere costi inferiori ai minimi di tariffa), andrà effettuato alla stregua della fattura emanata dal professionista e, se del caso, previa liquidazione da parte dell'Ordine.