



MANOVRE/ Stipendi inadeguati per i vertici che dovrebbero governare la spending review

La magra paga dei manager

Molti primari guadagnano di più - Ma così non si incentivano i migliori

Il comma 8 dell'articolo 3-bis del Dlgs 502/1992, inserito dall'articolo 3, comma 3, del Dlgs 229/1999, ha stabilito che il trattamento economico del direttore generale, del direttore sanitario e del direttore amministrativo fosse definito, in sede di revisione del citato Dpcm 502/1992, anche con riferimento ai trattamenti previsti dalla contrattazione collettiva nazionale per le posizioni apicali della dirigenza medica e amministrativa.

Conseguentemente, il Dpcm 319/2001 ha modificato il Dpcm 502/1995, che ha regolato il trattamento economico dei manager (si veda il box), stabilendo quale clausola di salvaguardia del livello minimo retributivo, solo per il direttore sanitario e per il direttore amministrativo, un trattamento economico definito in misura non inferiore a quello previsto dalla contrattazione collettiva nazionale rispettivamente per le posizioni apicali della dirigenza medica e amministrativa. La validità della clausola di salvaguardia è stata riconosciuta da alcune sentenze di merito (Trib. civ. di Roma, sentenza 13788/2009; Trib. civ. di Vicenza, sentenza 8/2008; Trib. civ. di Padova, sentenza 649/2007).

In realtà, non solo non è intervenuto alcun adeguamento di tali trattamenti economici, nonostante l'avvicinarsi delle varie tornate contrattuali della dirigenza medica e amministrativa ma, addirittura, l'articolo 61, comma 14, del Dl 112/2008 (legge 133), recante «Disposizioni urgenti per lo sviluppo economico, la semplificazione, la competitività, la stabilizzazione della finanza pubblica e la perequazione tributaria» ha disposto che i trattamenti economici complessivi dei direttori generali, direttori sanitari e direttori amministrativi e i compensi spettanti ai componenti dei collegi sindacali delle aziende sanitarie locali, delle aziende ospedaliere, delle aziende ospedaliere-universitarie, degli istituti di ricovero e cura a carattere scientifico e degli istituti zooprofilattici, siano ridotti - a decorrere dalla data di conferimento o di rinnovo degli incarichi - del 20% rispetto all'ammontare risultante alla data del 30 giugno 2008, portando il valore massimo della remunerazione per i direttori generali a 123.200 euro (il 20% in meno va attribuito al direttore amministrativo e sanitario, fatta salva, per tutti questi incarichi, la eventuale retribuzione di risultato che, come già detto, non può comunque superare l'ammontare del 20% della retribuzione totale). Nella tabella in alto sono riportate le decurtazioni decise dalle Regioni.

Correlativamente, il Dpcm 23 marzo 2012, in attuazione dell'articolo 23-ter del Dl 201/2011, ha stabilito, quale tetto massimo per emolumenti o retribuzioni nell'ambito di rapporti di lavoro dipendente o autonomo con le pubbliche amministrazioni statali, la retribuzione percepita dal primo presidente della Corte di cassazione, pari a 293.658,95 euro.

Tale riduzione delle retribuzioni dei manager della Sanità ha comportato che, di prassi, la remunerazione dei direttori generali, sanitari

Quel trattamento economico fermo al 1995

Il rapporto di lavoro del direttore generale delle aziende sanitarie è regolato da un contratto di diritto privato con la Regione, qualificabile come rapporto di lavoro autonomo. L'articolo 3 del decreto legislativo 502/1992 stabiliva che i contenuti del contratto degli organi di vertice, ivi compresi i criteri per la determinazione degli emolumenti, sarebbero stati fissati entro centoventi giorni dalla data di entrata in vigore del decreto legislativo, con Dpcm, su proposta dei ministri della Sanità, del Tesoro, del Lavoro e della previdenza sociale e per gli Affari regionali, sentita la Conferenza Stato-Regioni.

Con Dpcm 502/1995, successivamente modificato con Dpcm 319/2001, è stato emanato il «Regolamento recante norme sul contratto del direttore generale, del direttore amministrativo e del direttore sanitario delle unità sanitarie locali e delle aziende ospedaliere». Il decreto stabilisce che al direttore generale è attribuito il trattamento economico onnicomprensivo individuato dalla Regione in relazione ai seguenti parametri: volume delle entrate di parte corrente dell'unità sanitaria locale o dell'azienda ospedaliera; numero di assistiti e di posti letto; numero di dipendenti. Stabilisce, altresì, che tale trattamento non può essere superiore a 300 milioni di lire (circa 154.000 euro). Il trattamento economico può essere integrato di una ulteriore quota, fino al 20% dello stesso, previa valutazione dei risultati di gestione ottenuti e della realizzazione degli obiettivi di salute e di funzionamento dei servizi, assegnati al Dg annualmente dalla Regione.

Il direttore generale, ai sensi dell'articolo 3, comma 1-quinquies, e dell'articolo 3-bis, comma 8, del decreto legislativo 502/1992 e successive modificazioni, stipula il contratto di lavoro con il direttore amministrativo e con il direttore sanitario dell'unità sanitaria locale o dell'azienda ospedaliera, sulla base di uno schema tipo approvato dalla Regione. I trattamenti economici annui sono onnicomprensivi e non possono essere fissati in misura superiore all'80% del trattamento base attribuito al direttore generale. Il predetto trattamento può essere integrato di un'ulteriore quota, fino al 20%, sulla base dei risultati di gestione ottenuti e della realizzazione degli obiettivi fissati annualmente dal direttore generale e misurata mediante appositi indicatori.

I tagli decisi nel 2008

Decurtazione del 20 per cento (ex articolo 61 del Dlgs 112/2008): Piemonte, Veneto, Lazio, Abruzzo, Molise, Campania, Calabria e Sardegna

Decurtazione del 10 per cento: Friuli Venezia Giulia, Liguria, Sicilia

Decurtazione del 30 per cento: Marche

Nessuna riduzione (in presenza di equilibrio economico del Ssr): Lombardia, Emilia-Romagna, Toscana, Umbria

e amministrativi sia inferiore a quella di molti direttori di struttura complessa. Difatti, ai sensi dei vigenti Ccnl della dirigenza medico-veterinaria e Spta, l'ammontare massimo della retribuzione di posizione, unitamente allo stipendio tabellare, tende a superare l'ammontare della retribuzione che sconti l'abbattimento percentuale di cui al citato articolo 61, comma 14 prevista per i direttori generali, sanitari e amministrativi. La situazione si aggrava nell'ipotesi in cui il responsabile di struttura complessa percepisca altresì l'indennità di dipartimento. Peraltro, va evidenziato che il comma 20 del citato articolo 61 finalizzava le risorse provenienti dalla riduzione di cui al comma 14 dello stesso articolo alla copertura degli oneri derivanti dall'abolizione della «quota di partecipazione al costo per le prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale per gli assistiti non esentati, di cui all'articolo 1, comma 796, lettera p), primo periodo, della legge 27 dicembre 2006, n. 296» di cui al comma 19, i cui effetti sono cessati per disposizione dell'articolo 17, comma 6, del Dl 98/2011, convertito, con modificazioni, dalla legge 111/2011.

Di fatto, la norma di cui al comma 14 dell'articolo 61 sembrerebbe di per sé inosservante del principio costituzionale di adeguata proporzionalità tra la retribuzione e la qualità della prestazione resa, sancita dalla Carta costituzionale, nonché dell'articolo 3 della Costituzione, per l'irrazionale discriminazione retributiva tra la posizione del direttore generale, amministrativo e sanitario di azienda sanitaria e quella dei dirigenti, medici e ammi-

nistrativi, titolari di posizione apicale della stessa azienda. La Corte costituzionale, intervenuta in materia, relativamente a una legge della Regione Puglia - che prevedeva che il trattamento economico annuo del direttore generale delle Asl, delle aziende ospedaliere-universitarie e degli Irccs pubblici fosse equiparato al trattamento economico massimo complessivo, esclusi la retribuzione di risultato ed eventuali assegni ad personam, previsto dalla contrattazione collettiva nazionale per le posizioni apicali della dirigenza medica, incrementato del 25%, fatta salva la decurtazione del 20% prevista per le nomine effettuate successivamente alla data di entrata in vigore della legge 133/2008 e successive modificazioni - ha di fatto assegnato al principio di riduzione dei trattamenti economici ricavabile dall'articolo 61 comma 14 del Dl 112/2008 il rango di principio fondamentale.

Con la legge 92/2012 - «Disposizioni in materia di riforma del mercato del lavoro in una prospettiva di crescita» - è stata di recente varata la riforma del lavoro. L'articolo 1, comma 7 stabilisce che «le disposizioni della presente legge, per quanto da esse non espressamente previsto, costituiscono principi e criteri per la regolazione dei rapporti di lavoro dei dipendenti delle pubbliche amministrazioni di cui all'articolo 1, comma 2, del decreto legislativo 30 marzo 2001, n. 165, e successive modificazioni». Tra le novità della riforma Fornero c'è l'affermazione del principio, cogente per l'ambito privatistico, desumibile dal novellato articolo 63 del Dlgs 276/2003, che il compenso

corrisposto ai collaboratori a progetto debba essere proporzionato alla quantità e alla qualità del lavoro eseguito e che, in assenza di contrattazione collettiva specifica, il compenso non possa essere inferiore, a parità di estensione temporale dell'attività oggetto della prestazione, alle retribuzioni minime previste dai contratti collettivi nazionali di categoria applicati nel settore di riferimento alle figure professionali il cui profilo di competenza e di esperienza sia analogo a quello del collaboratore a progetto.

È evidente la distonia con il trattamento dei manager della Sanità, equiparabili a co.co.co., che non solo sono stati sganciati, di fatto, da qualunque dinamica retributiva, nonostante le suddette contrarie previsioni normative e regolamentari vigenti, ma hanno ricevuto una incomprensibile riduzione.

Ciò che preoccupa, dal punto di vista gestionale, è che la mortificazione delle retribuzioni dei manager, in relazione alle pesanti difficoltà che l'assunzione del ruolo determina, induca i migliori, meglio pagati per altri incarichi, a tirarsi fuori dalle pressanti responsabilità di vertice in un momento difficilissimo per la Sanità. Basti pensare che 8 Regioni su 20 sono attualmente in piano di rientro. Chi governerà la spending review, la cui applicazione necessita di altissime professionalità, per evitare che i tagli lineari imposti dal Dl 95/2012 affossino completamente il nostro sistema di welfare? Quale azienda privata allo sbando risparmierebbe sul manager chiamato a reingegnerizzare il sistema? Il rischio da evitare è che, allontanandosi da logiche premiali dei migliori, si finisca per scegliere i manager solo con meccanismi clientelari, incrementando l'inefficienza e l'incompetenza. A pagare, ancora una volta, sarebbe il cittadino.

Tiziana Frittelli

Direttore
Dipartimento Risorse umane -
Policlinico Tor Vergata Roma

BONDI E DINTORNI

L'etica dei numeri e i falsi risanatori

Nel marasma generale della crisi senza fine, anche l'episodio emblematico e inquietante del super-tagliatore Bondi che presenta alle Regioni obiettivi di risparmio costruiti su indicatori assurdi e numeri sbagliati - come anticipato su Il Sole-24 Ore Sanità n. 29/2012 - non ha avuto il giusto rilievo.

Sarà il prestigio personale del Grande Risanatore, sarà la fretta di giungere a una decisione qualsiasi nel più breve tempo possibile, sarà la voglia diffusa di soluzioni semplici e punitive nei confronti della pubblica amministrazione, ma il Bondi che dà i numeri, presentando tabelle ove si dimostra che la Calabria è la più virtuosa tra le Regioni, trova più tifosi che critici.

Ci ascriviamo fra questi ultimi, per ribadire che un DI mediocre, che confonde le ambulanze con le auto blu e ribattezza i soliti meccanismi di taglio con un nome pomposo e li nobilita con il dogma dell'"invarianza dei servizi ai cittadini", avrebbe richiesto almeno una applicazione tecnica più approfondita che ne limasse le storture. Separare analiticamente gli aggregati di spesa per poi proporre, su ognuno, il livello più basso è un metodo concettualmente errato che avrà come conseguenza inevitabile - quindi politicamente voluta - lo scadimento qualitativo dei servizi offerti alla collettività.

L'auspicata (almeno da Fiaso) introduzione di prezzi di riferimento che aiutasse le aziende sanitarie a districarsi nella giungla dei listini dei dispositivi medici richiedeva un supporto tecnico e una base di dati certi che il Governo ha chiaramente mostrato di non possedere.

Non vorremmo che anche in questo caso - in analogia a quanto accaduto per legislazione sul lavoro ed "esodati" - prevalesse l'arroganza di una presunta necessità, che chiude ogni discussione e aggiunge errore a errore.

La Sanità ha bisogno anzitutto di un'operazione verità, che riproponga all'opinione pubblica i numeri - giusti - di un servizio pubblico molto efficace e complessivamente efficiente. Ristabilito il quadro macro, occorre costruire meccanismi virtuosi che partendo dalla corretta rilevazione dei dati contabili li confrontino con quantità e qualità di servizi resi per porre ogni Regione, ogni azienda sanitaria, ogni struttura organizzativa, di fronte alla propria immagine raffrontata con quella di altre realtà simili.

Il momento drammatico che il Paese sta attraversando può rappresentare l'occasione storica per una revisione radicale dei comportamenti reali della pubblica amministrazione. La Sanità non deve, non può, non vuole chiamarsi fuori da questo contesto proclamando una diversità che pure esiste e va riconosciuta.

Non uniremo la nostra voce a quella di coloro che a ogni errore, a ogni caso di malasanità - o di malacronaca - si abbandonano alla lamentazione sulle risorse scarse, rappresentate come la causa di ogni disservizio. Sappiamo che non è così. Che il clima interno non dipende dai livelli di spesa, che l'efficienza si può sempre migliorare, che la competenza e la corretta motivazione dei collaboratori suppliscono a molte carenze, di spazi o di tecnologie.

Ma dobbiamo anche richiedere con fermezza che vengano ripristinate logiche di governo del sistema che consentano la costruzione di motivazioni corrette, che favoriscano l'assunzione di responsabilità, che aprano i necessari spazi di autonomia, che riconoscano in qualche forma, non solo e non necessariamente economica, il merito.

L'approssimazione è cattiva consigliera. Non ci servono tecnici che sbagliano i conti e nemmeno lo riconoscono. Abbiamo bisogno di un recupero di etica. Sul piano dei principi, certo, ma anche su quello della gestione. L'etica, prima delle leggi, esige criteri di finanziamento equi e trasparenti, regole di contabilità stabili, finalizzate alla corretta rappresentazione dei dati economici, in assenza della quale ogni misura di correzione comporta il rischio di aggravare il male che si intenderebbe curare.

Accade, nei momenti di crisi, che si chiamino a raccolta grandi energie ma che prevalga l'irrazionalità. Per salvaguardare l'irrinunciabile patrimonio collettivo del nostro Ssn occorre uno sforzo straordinario di volontà illuminato dall'etica e guidato dalla ragione.

Giovanni Monchiero
Presidente Fiaso