

COSMeD

I pareri espressi

PSN 2011-2013
e DDL congedi,
aspettative, permessi

La COSMeD ha espresso il proprio parere sullo schema del PSN 2011-2013, così come previsto dall'art. 1 comma 5 del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502 e successive modifiche, e ha analizzato e proposto degli emendamenti al decreto legislativo attuativo della delega al Governo per il riordino della normativa in materia di congedi, aspettative e permessi.

PIANO SANITARIO NAZIONALE 2011-2013

Lo schema di Piano Sanitario Nazionale previsto per il 2011-13 presenta numerosi aspetti condivisibili e si propone finalità e azioni utili al miglioramento del Servizio Sanitario Nazionale.

Appare positivo il metodo della concertazione "strumento facilitatore dell'incontro delle responsabilità e delle risorse" nonché il coordinamento con la Conferenza delle Regioni.

Del resto il governo di un sistema complesso quale quello sanitario non può prescindere da un forte coordinamento nazionale delle diverse realtà regionali, specie dopo la devoluzione alle Regioni dell'organizzazione sanitaria, né dal contributo degli operatori, medici e dirigenti sanitari, in particolare, che non devono essere emarginati e devono poter sviluppare, in autonomia, quel governo clinico delle strutture, da tutti auspicato, ma che non trova adeguato e coerente riscontro sia negli atti normativi sia nella abituale pratica di governo delle strutture sanitarie.

Si condivide la necessità di un rilancio

della prevenzione come scelta strategica, prevenzione che non può essere solo sanitaria, dato che i soggetti interessati appartengono ad amministrazioni diverse (SSN, ARPA, Province e Comuni) che richiedono un forte coordinamento e integrazione.

Fondamentale appare la problematica della salute e sicurezza nei luoghi di lavoro che richiede specifici investimenti nonché il coinvolgimento di diversi soggetti e, in particolare, la valorizzazione del ruolo sanitario dell'INAIL le cui attività andranno integrate con quelle del SSN. Risulta necessaria una politica sulla sicurezza delle strutture che devono rispondere a precisi requisiti strutturali e organizzativi, con investimenti sia per l'edilizia sanitaria sia per l'ammodernamento e la sicurezza delle apparecchiature.

La sicurezza delle cure richiede necessariamente una dotazione organica quantitativamente adeguata, capace di assicurare il rispetto delle normative europea sull'orario di lavoro, nonché della presenza di specifiche figure specialistiche e di strutture in grado di fornire prestazioni adeguate ed appropriate. Sarebbe utile se il piano cominciasse a delineare livelli essenziali organizzativi che le Regioni devono essere in grado di assicurare per la erogazione delle prestazioni sanitarie. In tal senso va inquadrata anche la problematica dei piccoli ospedali e della loro riconversione, secondo modelli di intensità di cura compatibili con le risorse umane e strumentali disponibili. Si segnala, peraltro, che in questi anni alla chiusura dei piccoli ospedali pubblici è corrisposto un incremento di piccoli ospedali privati, accreditati in numero crescente e inse-

riti nella rete ospedaliera, in evidente controtendenza con gli orientamenti generali.

Per quanto riguarda la riabilitazione si condivide la necessità di un percorso riabilitativo unico con riferimento a prestazioni sanitarie e assistenziali con una reale integrazione tra il SSN e gli Enti di previdenza e assistenza (INAIL e INPS in particolare) mentre lascia perplessi l'ipotizzata compartecipazione alla spesa da parte del cittadino "per la parte non sanitaria".

La ricerca biomedica trova due ostacoli principali: la spesa per la ricerca troppo bassa e la fuga dei cervelli per cui le proposte elaborate risultano più un'ipotesi che un vero e proprio piano. Importante è l'attenzione sui dispositivi medici e la loro sicurezza.

Appare necessario implementare le competenze tecniche proprie delle aziende sanitarie che devono essere in grado di esprimere valutazioni autonome sugli impianti e le attrezzature delle aziende senza subalternità e condizionamenti da parte dai fornitori. In tal senso andranno sviluppate adeguate e autonome competenze di ingegneria clinica.

Non possiamo non evidenziare ed apprezzare un livello di attenzione e di dettaglio finalmente adeguati per le politiche di Prevenzione in generale e per la Sanità Pubblica Veterinaria in particolare con lo specifico richiamo alle logiche di filiera e agli aspetti legati a una politica della prevenzione sempre più mirata e legata a una corretta analisi del rischio.

La sicurezza alimentare dovrà essere parte di un sistema in cui oltre ai LEA siano garantiti dei livelli organizzativi minimi che ci consentano di certificare la salubrità delle nostre produzioni tipiche, sia di continuare a garantire una risposta professionale e uniforme alle emergenze sanitarie.

Lo scenario globale internazionale richiede, inoltre, maggiori investimenti nel campo della profilassi internazionale e della sicurezza alimentare delle merci. La ricostituzione del ministero della salute è un fatto estremamente positivo, ma il nuovo Ministero dovrà

valorizzare le proprie funzioni sanitarie integrandole con il servizio sanitario nazionale anche a garanzia di uniforme erogazione dei LEA su tutto il territorio nazionale.

In tal senso andrà completata la riforma del Ministero della salute, portando a termine l'inquadramento giuridico del suo personale sanitario e il superamento del precariato.

In definitiva si concorda pienamente sulla validità del modello di sistema sanitario pubblico del nostro Paese, riconosciuto a livello internazionale come uno dei migliori in termini di accessibilità, equità e sostenibilità economica, così come si rende indispensabile un recupero di consenso da parte dei cittadini nei confronti del servizio sanitario. Infatti la qualità percepita del sistema, che per parte sua negli ultimi anni sembra assestato in una mediocre stabilità, è assai inferiore rispetto a quella scientificamente riconosciuta, come dimostrano le ricerche di settore in tema di aumento della sfiducia dei cittadini verso il sistema e i suoi attori.

Raggiungimento degli obiettivi

Il principale obiettivo di un sistema sanitario resta l'efficacia e la capacità di soddisfare i bisogni essenziali su tutto il territorio nazionale, in maniera tale da evitare di declinare il diritto alla salute, che è diritto di cittadinanza, in funzione del luogo in cui ci si trova a vivere. Le pur legittime esigenze di contenimento della spesa non devono produrre fenomeni di razionamento incardinati in logiche economicistiche. La tutela della salute delle persone resta la più razionale forma di investimento in una società evoluta e deve costituire una delle priorità nell'agenda politica del Paese.

Questa Confederazione, pur riconoscendo la validità complessiva dell'impianto proposto, ritiene che il raggiungimento degli obiettivi sia di difficile realizzazione soprattutto in termini di soddisfazione degli utenti se non si

interviene su quattro temi fondamentali: il finanziamento del sistema, la carenza di posti letto, le liste di attesa, le risorse umane.

Finanziamento del sistema

La spesa sanitaria *pro capite* negli ultimi 50 anni è costantemente aumentata in tutti i Paesi dell'OCSE, non vi è Paese che non incrementi ogni anno la spesa sanitaria dell'anno precedente (con due sole eccezioni negli ultimi 50 anni riferiti all'Islanda nel 2005 e 2006 e all'Ungheria nel 2007).

Nel 2007 la spesa sanitaria complessiva *pro capite* negli USA ha raggiunto i 7.290 dollari pro-capite, contro i 2.686 dell'Italia (OECD Health, 2009).

I dati dell'ultimo rapporto OCSE dimostrano ancora una volta come i servizi sanitari pubblici risultano molto meno costosi rispetto ai sistemi privatistici. Inoltre i servizi sanitari pubblici ottengono risultati migliori in termini di accessibilità e di efficacia delle cure e in termini di salute, mortalità evitabile, concorso al prolungamento della vita media di tutta la popolazione.

Va quindi ribadita la scelta di fondo del servizio sanitario pubblico respingendo la tentazione di "collocare sul mercato" il bene salute, moderando approcci ideologici che tendono a ricondurre la sanità a logiche di "libero mercato".

Il recente rapporto Istat 2011 analizza la spesa sanitaria pubblica dell'Italia nel contesto europeo e conclude che: «La spesa sanitaria pubblica italiana è molto inferiore rispetto a quella di altri importanti Paesi europei. A fronte dei circa 2.200 dollari per abitante in parità di potere d'acquisto spesi in Italia nel 2008, poco più della spesa sostenuta dalla Spagna, il Regno Unito destina quasi 2.600 dollari, mentre la Francia e la Germania sfiorano i 2.900 dollari pro capite».

Lo stesso rapporto ricorda che oltre il 20% della spesa sanitaria totale è sostenuta dalle famiglie, in analogia con quanto accade in Francia e Germania e in percentuale maggiore del Regno Unito.

Il sottofinanziamento del servizio sanitario pubblico è tanto più grave nel nostro Paese ove si consideri:

- l'alta percentuale di anziani presente nel nostro Paese;
- la scarsa spesa pubblica per prestazioni assistenziali;
- il basso livello delle pensioni (importo medio € 10.219,00 annui);
- l'alto livello di disoccupazione;
- l'assenza di un efficace e diffuso "secondo pilastro" di assistenza sanitaria integrativa.

A causa dello scarso incremento del sistema sanitario, numerose Regioni presentano deficit sanitari, sebbene le Regioni stesse destinino alla spesa sanitaria più del 80% dei loro bilanci. Sono ormai 15 le Regioni che presentano deficit da ripianare oltre a quelle storicamente deficitarie e soggette a commissariamento.

I deficit sanitari regionali producono inoltre un blocco del turnover indiscriminato che rischia di compromettere la presenza in servizio di figure specialistiche sanitarie indispensabili per assicurare con i necessari requisiti di professionalità i livelli essenziali di assistenza.

Occorre pertanto un rapido rifinanziamento se si vuole mantenere standard tecnologici e professionali adeguati, riconoscendo alla sanità pubblica quel ruolo prioritario che le compete in termini di qualità della vita e di sviluppo umano.

Posti letto ospedalieri

Il recente rapporto Istat "Noi Italia 2011" dedica giustamente un intero capitolo alla ormai acclarata carenza di posti letto ospedalieri sintetizzata nel titolo: "L'offerta di posti letto ospedalieri continua a diminuire ed è al di sotto del valore medio dell'Unione Europea".

Infatti, nel 2008 a fronte di un numero di posti letto medio nell'Unione Europea di 5,6 posti per 1.000 abitanti l'Italia disponeva di soli 3,7 posti per mille abitanti. La nazione con il maggior numero di posti letto risultava la Germania con 8,2 posti letto per mille abitanti con l'Italia al 24° posto.

L'Italia inoltre è l'unico Paese europeo che ha dimezzato dal 1990 ad oggi la dotazione di posti letto che era di 7,2 per mille nel 1990 e di 6,2 nel 1995. È convinzione diffusa, come trapela anche da alcune affermazioni contenute nel piano, che la riduzione dei posti letto coincida con la riduzione del deficit sanitario. Tutto questo è contraddetto dal fatto che tra le Regioni con il maggior numero di posti letto troviamo l'Emilia Romagna e il Trentino (entrambe con 4,2 posti letto per mille abitanti), Regioni notoriamente virtuose e in equilibrio di bilancio, mentre tra le Regioni con il minor numero di posti letto troviamo Campania e Calabria (rispettivamente con 3,1 e 3,2 per mille) che risultano tra le più indebitate.

La carenza di posto letto rende drammatica la condizione dei pronto soccorso ospedalieri, specie metropolitani, con lunghi periodi di attesa in barella nelle strutture di emergenza. Si tratta di una vera e propria emergenza sociale che crea gravi disagi ai pazienti e disaffezione dei cittadini nel servizio sanitario pubblico, oltre che una lesione dei diritti del malato e un grave pregiudizio alla serenità e alla sicurezza delle cure.

Stupisce che proprio un Paese con un'elevata percentuale di anziani, spesso soli e in condizioni di disagio economico, si persegua una riduzione dei posti letto. Si tratta di una evidente stortura del sistema a finanziamento mediante DRG che rende necessario ridurre i posti letto per calmierare la produzione degli stessi DRG che costituiscono la base di calcolo della spesa ospedaliera. L'introduzione della contabilità a DRG ha poi spostato nel tempo risorse dalle competenze sanitarie a quelle amministrative in modo significativo.

A una riduzione drammatica dei posti letto dei posti letto passati dal 2002 al 2007 da 4,3 a 3,7 posti per mille abitanti con una riduzione di oltre 23.000 posti letto (-14%) non ha fatto seguito una significativa riduzione del numero di strutture (ridotte da 1.286 a 1.197 con un calo del 6,9%), che risultano

dotate mediamente di 185 posti letto. Una logica di tagli lineari che rischia di trasformare l'intera rete ospedaliera in piccoli ospedali, in contrasto con gli orientamenti sanitari universalmente riconosciuti.

Si sta inoltre sviluppando un orientamento quasi di contrapposizione tra ospedale e territorio che non tiene conto di come, storicamente, l'ospedale appartenga al territorio e trova radicamento nel territorio stesso.

L'ospedale nel tempo ha arricchito l'offerta di servizi di tipo ambulatoriale, superando una esclusiva attività di ricovero mettendo al servizio del territorio sia le competenze specialistiche sia gli strumenti diagnostici di cui dispone.

Esiste inoltre il fondato sospetto che ai tagli alla spesa ospedaliera non corrisponda un altrettanto potenziamento territoriale. Del resto nonostante i progressi della medicina territoriale restano alcuni nodi scoperti sul territorio: la copertura di 24 h dei servizi di base, la difficoltà di una risposta integrata tra valutazione clinica e accertamento diagnostico strumentale e di laboratorio, la possibilità di una valutazione plurispecialistica. A dimostrazione di tali difficoltà vi è l'evidenza di un sempre maggiore ricorso dei cittadini alle strutture di pronto soccorso che si contrappone al trasferimento della spesa dall'ospedale al territorio stesso verificatosi in questi anni: la spesa ospedaliera è, infatti, inferiore al 50% della spesa totale. Le politiche di integrazione, necessarie ed auspicate devono superare posizioni teorico-ideologiche e confrontarsi con le risorse umane disponibili.

Del resto le cure domiciliari non sono meno costose di quelle ospedaliere se si conteggiano gli oneri che restano a carico delle famiglie. Inoltre l'efficacia delle cure domiciliari è possibile solo in ambienti familiari culturalmente ed economicamente elevati, non certo alla portata di tutti i pazienti specie se anziani, soli e non abbienti.

Certamente la domiciliarizzazione delle cure è un obiettivo da perseguire, ma richiede notevoli disponibilità eco-

nomiche non alla portata attualmente di larghi strati della popolazione. Questa Confederazione pertanto non può che riaffermare l'importante stato di disagio di cittadini e operatori per la grave carenza di posti letto elemento che rischia di pregiudicare in tempi brevi la credibilità e l'efficacia dell'intero sistema sanitario.

Liste di attesa

L'allungamento delle liste di attesa rappresenta un punto critico per la credibilità del sistema.

Il rischio è di fornire una risposta tecnicistica, ideologica e inadeguata al fenomeno classificando la grande richiesta di accertamenti clinici, diagnostici e strumentali come per lo più il prodotto di richieste non appropriate. In realtà l'inappropriatezza viene troppo spesso valutata a posteriori, dopo l'accertamento, mentre è assai meno evidente e quantitativamente ridotta se valutata all'inizio dell'*iter* diagnostico. Le liste di attesa esprimono in realtà un bisogno di salute non soddisfatto e resta incomprensibile per il cittadino la lunga attesa per effettuare un accertamento prescritto da un medico di fiducia.

Si tratta di uno dei fenomeni che minano la fiducia del cittadino nel servizio sanitario che compromette gravemente la credibilità nel sistema e la soddisfazione dell'utenza.

In realtà le liste di attesa sono in buona parte generate dalle scelte di politica e di programmazione della spesa sanitaria.

Le Aziende ospedaliere e sanitarie pubbliche e private non hanno interesse a implementare l'offerta di prestazioni ambulatoriali assai meno remunerative rispetto a quelle correlate al ricovero e alla fatturazione mediante DRG.

Lo smantellamento del sistema dell'incentivazione alla produttività e il ricorso sempre più ridotto alle prestazioni aggiuntive da richiedere al personale sanitario hanno ulteriormente inciso nell'offerta di prestazioni ambulatoriali.

In generale, al pari dell'attività di rico-

vero, le Regioni rispondono ai deficit di bilancio chiedendo una riduzione della produttività e imponendo tetti di produzione per tutte le attività, tale fenomeno è più marcato in quelle organizzazioni dove si è verificato lo scorporo tra le funzioni di governo della spesa e le strutture deputate all'erogazione dei servizi fino ad assumere un ruolo di committente da parte delle Aziende sanitarie nei confronti delle aziende ospedaliere deputate alla produzione.

In realtà l'attività ambulatoriale è resa economicamente sconveniente in quanto gravata da ticket che non costituiscono entrata aggiuntiva, ma che vengono sottratti al finanziamento ordinario delle attività sanitarie, ciò rende le tariffe di rimborso nettamente inferiori ai costi sostenuti per erogare la prestazione. Di fatto incrementare l'attività ambulatoriale determina un incremento del deficit nonostante l'aumento di produzione.

Per converso il ticket è in grado di coprire parte significativa della spesa sostenuta, in definitiva il cittadino in questo sistema non riesce a trovare prestazioni tempestive anche in presenza di un'ampia compartecipazione alla spesa. Di fatto le risorse ricavate dai ticket costituiscono anticipazione di finanziamento per tutte le attività sanitarie e non per implementare le attività ambulatoriali.

Infine, va flessibilizzata con opportuni incentivi l'offerta di prestazioni ambulatoriali considerato che il costo del ticket è solo uno dei costi che le famiglie devono sopportare a cui si aggiungono gli oneri per l'accompagnamento del paziente in termini di perdita di giornate lavorative.

Occorre una azione specifica nel merito che consenta di evitare il circolo vizioso che si è cercato di descrivere mediante una chiara iniziativa di politica sanitaria:

- trasformare i ticket come risorsa aggiuntiva dedicata all'attività ambulatoriale o comunque non penalizzare le regioni che implementano l'attività ambulatoriale;
- incentivare il ricorso a prestazioni

aggiuntive per l'abbattimento delle liste di attesa nell'ambito di accordi contrattuali aziendali che coinvolgano non solo determinati specialisti, ma tutto il personale mediante un fondo di perequazione;

- estendere ai programmi di abbattimento delle liste di attesa i benefici fiscali e contributivi previsti per l'incremento della produttività (fiscalità di vantaggio per straordinari e raggiungimento di obiettivi) da estendere a tutto il personale sanitario coinvolto;

- incentivazioni per l'erogazione di servizi in orari serali o prefestivi.

Appare indispensabile superare la logica dei tagli finalizzati alla riduzione della spesa e incentivare la produttività per perseguire un minor costo per unità di prodotto. Perlomeno si incrementerà la spesa sanitaria correlandola alla produttività e alla soddisfazione dell'utenza.

Le risorse umane

Assai condivisibile appare la preoccupazione per la progressiva carenza di medici che si prospetta nei prossimi anni, risolvibile non già con il prolungamento dell'età lavorativa fino al 70° anno di età o con l'apertura indiscriminata del corso di laurea di Medicina, bensì con la trasformazione, almeno a partire dal terzo anno del percorso formativo, del contratto di formazione-lavoro in contratto di lavoro a tempo determinato che consenta, al pari di quanto avviene in tutti i Paesi della Comunità Europea, un graduale inserimento dei medici specializzandi all'interno delle attività assistenziali. La formazione specialistica del medico, essendo un primario interesse di chi fornisce l'assistenza sanitaria pubblica, non può, infatti, non coinvolgere il SSN al quale il D.Lgs. 502/92 e s.m. attribuisce un ruolo rilevante vista l'eccessiva lunghezza di tale percorso e la sostanziale inefficacia dell'attuale organizzazione dell'attività di gran parte delle scuole di specializzazione, che in molte discipline continua a essere lontana dal garantire gli obiettivi formativi previsti dalle indicazioni

ni della UE.

Un forte rinnovamento dei percorsi formativi, in grado di far fronte alla continua espansione di una domanda a carattere eminentemente pratico deve prendere in considerazione nuovi contenitori ove la preparazione teorica sia immediatamente embricata nella attività pratica e le funzioni tutoriali sul campo accompagnino e completino le conoscenze teoriche acquisite in aula. In tal senso si auspicano coerenti modifiche legislative.

Si ricorda che la carenza di personale laureato coinvolgerà non solo i medici, ma anche i veterinari pubblici, dai dati in nostro possesso risulta che nel prossimo triennio il 35% dei medici veterinari andrà in pensione.

Appare indispensabile un investimento nella formazione specialistica per tutte le professioni sanitarie valorizzando la funzione formativa della dirigenza del SSN. La carenza di figure professionali, medici in particolare, nasce non solo dall'approssimarsi della gobba demografica, ma anche da un sostanziale peggioramento delle condizioni di lavoro nelle Aziende sanitarie. Il combinato disposto tra blocco di ogni progressione economica e aumento delle condizioni di disagio lavorativo, stante anche il blocco del turnover ormai generalizzato, in forma latente o manifesta, che priva il sistema di forze giovanili e ripartisce tra pochi una mole di lavoro crescente, spinge di fatto i medici fuori dal sistema. Fattori strutturali e sovrastrutturali determinano una crisi di ruolo in cui sembra smarrirsi la stessa identità professionale. Ma una parte importante è giocata dall'attuale modello di *governance* delle aziende sanitarie divenuto conflittuale con la posizione di garanzia che il medico è chiamato a svolgere dal codice deontologico e da quello penale.

La recente sentenza della Suprema Corte di Cassazione bene descrive il moderno paradosso del ruolo del medico nelle organizzazioni sanitarie: tanto piccolo e marginale, magari da

controllare con sanzioni disciplinari, negli aspetti organizzativi, quanto grande, centrale ed esclusivo nelle sue funzioni di garanzia del cittadino e di responsabilità sull'efficacia e sicurezza dell'intero sistema delle cure e nella tutela dei diritti costituzionali da questo protette.

La cornice legislativa degli assetti organizzativi del SSN, che non impedisce alla politica di invadere la sfera della sanità, né a certa cultura aziendalista di minimizzare i valori della professione medica, si è tradotta in una rigida catena di comando che tutto ha sacrificato sull'altare del pareggio di bilancio, senza nemmeno raggiungere l'obiettivo, come il disastro dei conti dimostra. Le Aziende Sanitarie si comportano come pure aziende contabili, smarrendo le loro finalità istituzionali, e adottano regole di ingaggio sempre più radicate in un efficientismo gestionale che esercita un controllo pressoché assoluto dei Medici, privi di un coinvolgimento operativo nei percorsi organizzativi, considerati solo come costosi fattori di produzione, generatori di altri costi. Risorse umane nei discorsi ufficiali, costi aziendali da tagliare nella pratica quotidiana.

L'idea del governo clinico, nata ormai molti anni fa, per reclutare le competenze, le autonomie, le responsabilità e i valori dei professionisti alle logiche e agli obiettivi del management aziendale, esige un sostanziale cambio di paradigma culturale e politico per contrastare una cultura che, nelle organizzazioni sanitarie, riduce i Medici alla stregua di macchine banali e anonime, rinunciando alle loro competenze e professionalità.

La sfida della sostenibilità economica, sociale, etica e tecnico-professionale di un sistema sanitario equo, accessibile ed efficace richiede di ridefinire ruolo e responsabilità del Medico, anche attribuendogli reali margini di autonomia e responsabilità per orientare e supportare il management aziendale nelle scelte tecniche. Una *governance* integrata, che indivi-

dui procedure di selezione e verifica delle carriere meno discrezionali ed autoritarie, sottraendole al puro rapporto fiduciario con il DG per valorizzare la valutazione professionale anche ai fini del rinnovo degli incarichi.

Se è l'ora delle risorse umane vanno messe in campo politiche in grado di supportarne la crescita professionale e il coinvolgimento nei modelli di *governance* aziendali.

CONGEDI, ASPETTATIVE E PERMESSI

La Legge 183/2010 all'articolo 23 conferiva al Governo la delega per adottare disposizioni finalizzate al riordino della normativa vigente in materia di congedi, aspettative e permessi, comunque denominati, fruibili dai lavoratori dipendenti di datori di lavoro pubblici e privati.

Nonostante l'ampia delega, il Governo si è limitato a modeste variazioni sulla delicata materia e inoltre, nell'incontro con le Confederazioni generali, ha annunciato di non voler introdurre ulteriori variazioni utilizzando la delega che gli è stata conferita dal Parlamento.

La COSMeD ha lamentato i tempi stretti per la consultazione e il metodo che utilizza prioritariamente lo strumento legislativo riducendo la concertazione a mera informazione.

In sintesi il provvedimento proposto presenta le seguenti novità.

Articolo 2. Flessibilità del congedo di maternità

In caso di interruzione spontanea o terapeutica della gravidanza successiva al 180° giorno la lavoratrice può riprendere, volontariamente, in qualunque momento l'attività lavorativa, con certificato medico che attesti che il lavoro non pregiudica la salute.

Articolo 3. Modifica in materia di congedo parentale

Chiarisce che i genitori di minori portatori di handicap possono usu-

fruire fino a tre anni di congedo parentale (come in precedenza) e che tale periodo non può sommarsi ai 10 mesi previsti come congedo parentale per tutti i genitori entro i primi 8 anni, come poteva essere interpretato dalla precedente normativa. Si tratta di un chiarimento restrittivo.

Articolo 4. Modifica congedo per assistenza di soggetto portatore di handicap grave

Estende il novero dei familiari che possono usufruire del congedo.

Articolo 5. Aspettativa per dottorato di ricerca

Estende a tutti i dipendenti pubblici, medici e sanitari compresi, l'obbligo di restituire le somme percepite durante l'aspettativa per dottorato di ricerca in caso di licenziamento dalla pubblica amministrazione entro due anni dalla fine del dottorato.

Articolo 6. Modifica congedo per assistenza a soggetti portatori di handicap gravi

Si restringe la platea dei dipendenti che hanno diritto di prestare assistenza nei confronti di più persone portatrici di handicap gravi e se residente a più di 150 km deve attestare il raggiungimento dell'assistito.

Articolo 7. Congedo per cure per gli invalidi

Equipara il congedo per cura agli invalidi al regime economico delle assenze per malattia, pone pertanto in capo delle penalizzazioni economiche, di dubbia costituzionalità in caso di malattia, estendendole anche agli invalidi riconosciuti.

In definitiva si tratta di un provvedimento limitato teso a "raschiare il fondo del barile" comunque peggiorativo della situazione esistente (fatto salvo il rientro volontario dopo il congedo di gravidanza).

Non si può dire che si tratti dell'ennesima "stangata" e dell'ulteriore "macelleria sociale", ma di limature fastidiose.

Emendamenti COSMeD

Al decreto legislativo attuativo della delega al Governo per il riordino della normativa in materia di congedi, aspettative e permessi.

Articolo 3

Aggiungere tra le figure previste (madre e padre, anche adottivi) anche gli affidatari del minore; così in tutti i punti che riguardino intervento dei genitori, anche adottivi, verso figlio minore.

Articolo 3 bis

Abrogare «Il lavoratore che usufruisce dei permessi di cui al comma 3 per assistere persona in situazione di handicap grave, residente in comune situato a distanza stradale superiore a 150 km rispetto a quello di residenza del lavoratore, attesta con titolo di viaggio, o altra documentazione idonea, il raggiungimento del luogo di residenza dell'assistito».

Si tratta di un' **inaccettabile limitazione** di difficile realizzazione che rende impossibile l'uso di auto propria trasformando un diritto come inesigibile.

Articolo 7

Sostituire il comma 3: «Durante il periodo di congedo, il dipendente ha diritto a percepire il trattamento calcolato secondo il regime economico delle assenze per malattia. Il lavoratore è tenuto a documentare in maniera idonea l'avvenuta sottoposizione alle cure» con il seguente:

«Durante il periodo di congedo, il dipendente ha diritto a percepire il trattamento economico ordinario. Il lavoratore è tenuto a documentare in maniera idonea l'avvenuta sottoposizione alle cure».

Le penalizzazioni economiche cui sono soggetti i dipendenti pubblici in caso di malattia, ancorché di dubbia costituzionalità, non possono essere estese anche alle cure riservate agli invalidi riconosciuti.

Accordo sulle elezioni delle RSU del 11 aprile.
Non interessa alla dirigenza, ma costituisce un primo passo per ripristinare il regolare rinnovo delle rappresentanze sindacali

È stato raggiunto in Aran, lunedì 11 aprile, l'accordo per il rinnovo delle RSU che prevede le elezioni per il prossimo 5 marzo 2012.

Si voterà con i nuovi comparti accorpati se si raggiungerà tra Aran e le Confederazioni Generali un accordo entro novembre 2011, in caso contrario si voterà con gli attuali comparti.

COSMeD non era presente alla riunione in quanto non interessata alle RSU, organismo peraltro non previsto per la dirigenza.

Va segnalato, tuttavia, che mentre le RSU non ci riguardano direttamente, l'accorpamento delle aree e dei comparti ci coinvolge pienamente in quanto interesserà l'articolazione della contrattazione della dirigenza.

È positivo che la trattativa sulle aree e comparti non sia più subordinata alla questione delle RSU che ne ha condizionato lo svolgimento e che possa svolgersi liberamente come più volte affermato da COSMeD.

È altresì auspicabile che le rappresentanze sindacali possano essere rinnovate secondo scadenze regolari, come previsto dalla normativa, con rilevazioni delle deleghe entro l'ultimo anno di vigenza contrattuale ovvero dicembre 2011-gennaio 2012 (per la dirigenza) e con rilevazioni di deleghe e RSU per i comparti.

Dovrebbe in tal modo essere ripristinata la regolare determinazione delle rappresentanze sindacali, a tutt'oggi congelata alla rilevazione del 2006 in seguito a interventi legislativi che hanno prorogato le rappresentanze esistenti fino al 2012.

La democrazia sindacale esige tempi certi per lo svolgimento delle rilevazioni che esprimono la volontà dei lavoratori e determinano le rappresentanze ai tavoli negoziali.