



Gerardo Ricchiuto

Responsabile Nazionale Coordinamento Ospedali Classificati e Religiosi

OSPEDALI CLASSIFICATI

Cenni storici e normativi

Gli ospedali dipendenti da Ordini Religiosi, anche di fede non cattolica, vantano una grande tradizione storica e culturale di assistenza sanitaria che precede nei secoli quella organizzata dallo Stato.

L'ordinamento legislativo italiano a partire dall'**art. 5 dei Patti Lateranensi** e con la **legge 27/05/1929 n. 848** aveva disposto che tali istituti ecclesiastici, stante l'attività sociale ed assistenziale fornita anche ai laici, fossero sottoposti alle leggi civili attinenti tali attività.

Fondamentale nell'inquadramento giuridico di questi Enti fu la **legge 12 febbraio 1968 n. 132** (Enti ospedalieri ed assistenza ospedaliera) che all'art. 1 dispone che gli Istituti ed Enti ecclesiastici che esercitavano l'assistenza ospedaliera, in possesso dei requisiti previsti dalla legge, potevano essere **classificati**, a domanda, nelle categorie ospedaliere previste per la programmazione ospedaliera.

Il **D.P.R. 128 del 27 marzo 1969, n. 130** normava l'ordinamento di classificazione del personale ospedaliero e relative qualifiche, disponeva i diritti sindacali, i doveri e le responsabilità, la cessazione e ricostruzione del rapporto di impiego, le norme concorsuali, gli esami di idoneità.

Fu la vera svolta per i medici che fino ad allora avevano avuto un rapporto libero-professionale con gli ospedali religiosi.

Infatti **l'art. 129** di tale decreto presidenziale dispose che, a domanda, i servizi ed i titoli del personale dipendente da tali enti fossero equiparati ai servizi e titoli del personale di ospedali pubblici di eguale classifica a condizione che i propri ordinamenti del personale fossero stati equipollenti a quelli del pubblico. In pratica i medici poterono passare da un rapporto libero-professionale ad un rapporto di dipendenza.

Lo **stesso D.P.R.** regolamentava l'ordinamento interno dei servizi ospedalieri determinando così i requisiti e le dotazioni alla base della classificazione ospedaliera.

Fu creata, quindi, una nuova fattispecie giuridica ospedaliera, quella privata delle strutture ecclesiastiche classificate ed equiparate che a tutt'oggi garantiscono un servizio sottoposto alle stesse regole generali del settore pubblico.

La **legge n. 833 del 23/12/1978**, istitutiva del SSN, all'**art. 41**, confermava l'autonomia giuridico-amministrativa degli ospedali classificati, determinava che il rapporto fra questi e le UUSLL doveva essere regolato da apposite convenzioni e che le stesse UUSLL dovevano considerare dette convenzioni, contemplando di fatto l'obbligo del convenzionamento e del finanziamento di questi Enti. Li definiva "**istituzioni sanitarie riconosciute che esercitano l'assistenza pubblica**" che "**conservano la loro posizione di soggetti attivi nel sistema pubblico dell'assistenza**".

Nelle due successive riforme del SSN, precisamente **art. 4, comma 12 del D.lgs 502/92**, confermato col **D.lgs 229/99**, "**nulla è innovato alla vigente disciplina**" in materia.

Venivano, tuttavia introdotte novità che si ripercuotono sul pagamento a prestazione (DRG e non più tariffa) e sui rapporti fra Regione, ASL con tutte le strutture sanitarie pubbliche e private, assicurando così i Livelli Essenziali di Assistenza. Tali innovazioni limitano, di fatto, il ruolo e le attribuzioni degli ospedali classificati.

La **legge costituzionale n. 3 del 2001** non distingue più l'assistenza sanitaria fra pubblica/privata classificata da un lato e privata dall'altro, bensì accomuna il privato classificato no-profit con il privato puro, considerandolo alla stessa stregua soprattutto ai fini del finanziamento a tetto di spesa, senza possibilità di rinegoziazione in caso di sforamento dello stesso, così come è possibile per le strutture pubbliche.

E' evidente che un tale provvedimento legislativo non poteva che comportare notevoli problemi di natura economico-finanziaria a questi Enti, determinando, in alcuni casi, una vera e propria crisi gestionale con ripercussioni negative anche sul piano occupazionale.

Alcuni dati

Le strutture sanitarie religiose sono distribuite su tutto il territorio nazionale in un numero non trascurabile, garantendo in alcuni casi livelli di assistenza di eccellenza e costituendo punti di riferimento anche oltre la propria area geografica.

Complessivamente, la sanità religiosa si conferma un'importante componente del sistema di strutture di ricovero pubbliche e private che assicura l'erogazione dei Lea.

Annovera, infatti, 113 strutture di ricovero (10% del totale) operanti in 16 Regioni e 48 Province, tra cui 2 policlinici universitari, 14 Irccs e 26 ospedali classificati; presenta inoltre alcune strutture di grandi dimensioni (13 superano i 300 posti letto)..inoltre nella sola Lombardia, 321 strutture territoriali(21% del totale).. (4)

La maggioranza di esse aderiscono all'ARIS (Associazione Religiosa Istituti Socio-Sanitari) che ne cura e rappresenta gli interessi, nella maggior parte viene applicato il contratto ARIS-ANMIRS (Associazione Nazionale Medici Istituti Religiosi Spedaliere), in diverse è invece applicato il CCNL dei dirigenti medici dipendenti da strutture pubbliche, compatibilmente con la loro peculiarità giuridico-amministrativa.

Bibliografia essenziale

- 1) *Nicola Gasparro*, Diritto Sanitario Legislazione, organizzazione, amministrazione, economia, etica e lavoro. 2009 Il Sole 24 ORE S. p. A.
- 2) *Carmela elefante*, Enti Ecclesiastici ospedalieri, sanità pubblica e *spending review*. 2014 – G. GIAPPICHELLI EDITORE – TORINO
- 3) *Carlo Ciardo*, PUBBLICO E PRIVATO NEL SERVIZIO SANITARIO L'ESPERIENZA ITALIANA E IL MODELLO INGLESE. Napoli: Edizioni Scientifiche Italiane, 2014
- 4) *Amerigo Cicchetti, Stefano Villa, Eugenio Annessi Pessina*, Le quattro sfide della sanità cattolica, Il Sole 24 ORE Sanità, Anno XVIII, n. 29-30, 27 lug. -7 sett. 2015
- 5) *Margherita Bramato*, Ospedali classificati, GIOIE E DOLORI in aris SANITA' – Trimestrale dell'Associazione Religiosa Istituti Socio-Sanitari- Anno XXVII- Numero 2 – Agosto 2015

COORDINAMENTO OSPEDALI CLASSIFICATI E RELIGIOSI

ATTIVITA' ED OBIETTIVI

Tra la fine del secolo scorso e l'inizio del **2000**, la CIMO-ASMD costituiva al proprio interno il **Coordinamento Ospedali Classificati e Religiosi**, nella consapevolezza dell'importante ruolo svolto nell'ambito del SSN da parte di questi Enti.

Fu nominato responsabile il **Dott. Nicola Moricca**, Dirigente Medico dell'Ospedale Cristo Re di Roma, che avviò i primi contatti con gli altri iscritti dipendenti da ospedali classificati, confrontandosi sulle principali problematiche e peculiarità che tale dipendenza comporta.

Ne scaturì l'esigenza di organizzare un apposito Convegno su "**Il ruolo della Ospedalità Classificata no profit nella Sanità Pubblica**", tenutosi poi a Roma il 5 Aprile 2001 presso l'Aula "Sistina" dell'Ospedale S. Spirito, con la Presidenza dell'allora Segretario Nazionale Organizzativo, **Prof. Michele Poerio** e la partecipazione del Presidente Nazionale CIMO-ASMD **Dott. Stefano**

Biasioli e di autorevoli rappresentanti del mondo politico, di quello sanitario pubblico e classificato di quei tempi.

Seguì formale lettera a firma dell'allora Presidente Nazionale CIMO - ASMD, **Dott. Stefano Biasioli** indirizzata all'allora Presidente dell'ARIS, **Fra' Pietro Dr. Cicinelli** ed all'allora Delegato per la Pastorale Sanitaria della CEI, **Mons. Sergio Pintor**, mediante la quale si manifestava *“il diritto-dovere di rappresentare sia a livello nazionale che a livello locale il congruo numero di propri iscritti”*.



Roma, 5 Aprile 2001, Aula “Sistina” dell’Ospedale Santo Spirito. Da sin. Prof. Michele Poerio, On. Francesco Storace, Dott. Stefano Biasioli, nel corso del Convegno “Il ruolo della sanità no profit nella Sanità Pubblica”(Ripresa da ALBUM di FAMILGIA CIMO –ASMD)

Con l’entrata in vigore della **Riforma Bindi** che, come noto, introdusse l’**indennità di esclusività** per i medici ospedalieri che optavano per l’attività libero-professionale extra-moenia, ci furono iniziali resistenze da parte delle strutture religiose, non avendo queste certezza della relativa copertura da parte delle Regioni, alla sua corresponsione come per il settore pubblico anche ai propri dipendenti.

La nostra Associazione Sindacale ebbe un ruolo determinante nell’ottenimento di tale diritto.

Sotto la spinta del sottoscritto, sin da allora in contatto con il Coordinatore Nazionale appena nominato, con l'impegno di tutta la CIMO-ASMD Puglia, fu organizzato un incontro su tale problematica nell'aula magna dall'Ospedale "Card. G. Panico" di Tricase(LE) con la Dirigenza Nazionale e Regionale al completo che vide la partecipazione di tantissimi medici, riuscendo così a sensibilizzare e convincere i vertici di quella Azienda Ospedaliera a corrispondere la sostanziale voce stipendiale appena introdotta, aprendo poi la strada per i medici dipendenti dalle altre strutture religiose distribuite sul territorio nazionale.

Alla responsabilità del Coordinamento succedette il **Dott. Giuseppe Orlando**, Dirigente Medico dell'Ospedale San Camillo di Trento, che continuò l'azione svolta dal predecessore.

Nel **Settembre 2009**, in occasione del Congresso di Abano Terme, venne nominato Responsabile del Coordinamento il sottoscritto, Dirigente Medico dell'Azienda Ospedaliera "Cardinale G. Panico" di Tricase(LE), successivamente riconfermato in occasione dell'ultimo Congresso svoltosi a Roma.

Continuando l'impegno profuso dai predecessori a vari livelli, periferici e centrali, egli è anche invitato a partecipare con questa veste alle riunioni delle Direzioni Nazionali CIMO, apportando il proprio contributo, rappresentando ed approfondendo in tale sede le più varie, particolari e per certi versi poco conosciute e non facilmente risolvibili problematiche sia di natura strettamente giuridico-amministrativa, sia assicurativa e contrattuali che il mondo della sanità classificata vive e che si sono acuite negli ultimi anni in concomitanza con la retrocessione economica e con le sempre più esigue risorse destinate alla sanità in genere e a questo settore in particolare.

Questo Coordinamento ha a che fare con una realtà sanitaria che, per la sua storia e natura giuridico-amministrativa abbastanza complessa è di non facile approccio, ma che tuttavia, stante l'attuale crisi dello stato sociale, potrebbe costituire elemento di confronto e di stimolo nell'ambito del SSN, come da più parti si dibatte.

Pertanto, a maggior ragione, la CIMO ha avuto l'intuito ed il merito di istituirlo, oramai da più di quindici anni, con l'obiettivo di meglio seguire le dinamiche e le problematiche di tale settore della sanità.

Oggi il Coordinamento si pone l'obiettivo di crescere ulteriormente sia sul piano organizzativo-sindacale che su quello dello studio ed approfondimento della normativa giuridico-amministrativa e contrattuale che regola il rapporto di lavoro negli Ospedali Classificati e Religiosi, in considerazione anche del peso e ruolo quali-quantitativo che questi rivestono nel Sistema Sanitario Nazionale, concorrendo, con la sanità pubblica, a fornire un servizio pubblico a tutti gli effetti al cittadino-utente.

Siamo convinti che la Dirigenza Medica di questi Enti *privati no profit*, i quali, stanti i dati relativi al 2011 pubblicati dal Ministero della Salute, ammontano a **10.205 unità**, ha il diritto di continuare ad essere sempre più adeguatamente rappresentata e tutelata dal punto di vista sindacale ai vari livelli istituzionali e di contrattazione e la CIMO, in rappresentanza dei propri iscritti, mediante anche questo Coordinamento, è meritoria nel farsene carico.

Dott. Gerardo Ricchiuto