

DIRIGENZA MEDICA

Il mensile dell'Anaao Assomed

POSTE ITALIANE SPA - SPED. IN ABB. POSTALE - D.L. 353/2003 (CONV. IN L. 27/02/2004 N. 46) ART. 1, COMMA 1, DCB ANCONA

Editoriale

I MEDICI TRA CONTRATTO E ORDINI

Come tutti sapete il 12 maggio scorso è stato pre-siglato all'Aran il contratto riguardante il quadriennio normativo 2002-2005 e il I biennio economico 2002-2003.

I contenuti sono ormai noti nelle loro linee fondamentali e sono già stati presentati a tutti i responsabili aziendali in maniera analitica in tre seminari tenutisi nelle scorse settimane a Roma, Napoli e Milano.

Il giudizio sui risultati della faticosissima trattativa, iniziata nel luglio del 2004, è di moderata soddisfazione, soprattutto se si considerano le posizioni iniziali della controparte e le condizioni economico-politiche del Paese.

Il protrarre ulteriormente il braccio di ferro per spuntare condizioni più favorevoli, rischiava di farci perdere tutto: non potevamo permettercelo.

Ci ha confortato, in queste settimane di presentazione del contratto, la serena e matura condivisione di questa opinione da parte della quasi totalità dei colleghi. Naturalmente rimane l'impegno della delegazione trattante a tentare di completare nel secondo biennio il mandato affidato dalla commissione contratto.

A distanza di più di 45 giorni dalla pre-sigla i ministeri del tesoro e della funzione pubblica non hanno ancora portato il testo per l'approvazione al Consiglio dei ministri ed è quindi sfumata la possibilità di vedere gli aumenti nella busta paga prima della pausa estiva. Nel 2000 fummo costretti ad una giornata di sciopero per costringere il Governo Amato ad onorare la firma del contratto avvenuta mesi prima. Temiamo che si stia riproducendo oggi la stessa situazione nonostante le dichiarazioni di buona volontà del neo-ministro della salute Storace.

Ritarda pure l'inizio della trattativa del II biennio economico nonostante la firma dell'accordo intercompartimentale sul pubblico impiego che porta le risorse disponibili per i rinnovi contrattuali dal 4.33, al 5.01% della massa salariale. Manca l'atto di indirizzo, ma soprattutto è evidente la volontà di perdere tempo e il profilarsi di un nuovo conflitto tra Stato e Regioni circa la responsabilità dell'onere finanziario aggiuntivo.

Di fronte a questa situazione di stallo è necessaria l'attenzione e la mobilitazione di tutta l'associazione insieme a tutte le altre sigle firmatarie perché il tempo non giochi a nostro favore. La crisi economica si sta aggravando: il Governo sta rimandando l'assunzione di iniziative efficaci e rigorose in capo economico per non alienarsi le simpatie degli elettori e per non compromettere definitivamente l'esito delle elezioni politiche del 2006. Chiunque allora vincerà dovrà assumersi

segue in ultima

Intervista al ministro della Salute "INTRAMOENIA? MEGLIO ALLARGATA"

Secondo il ministro Francesco Storace "il cittadino è imbarazzato quando l'attività intramoenia viene svolta all'interno della struttura ospedaliera e si chiede perché ciò avvenga". Per questo il ministro - nell'intervista rilasciata a Dirigenza Medica - annuncia di voler ripensare a come erogare questo servizio e contribuire al contempo alla riduzione delle liste d'attesa. E difende il ddl sul governo clinico, nel quale individua "segnali importanti di cambiamento, che puntano a valorizzare il ruolo del medico". "Il nostro obiettivo è quello di riuscire a garantire ai cittadini un servizio sanitario sempre migliore, in termini sia di efficacia che di qualità. - sintetizza - Ma perché ciò avvenga occorre permettere ai medici, vero e proprio fulcro della sanità, di lavorare serenamente"

servizio a pag. 2

COSA PREVEDE IL NUOVO ACCORDO PER I MEDICI DEL SSN

Un contratto per la conferma del ruolo della dirigenza medica

Al momento di andare in stampa il testo del nuovo contratto per i medici del Ssn è ancora all'esame del Consiglio dei Ministri. L'approvazione è attesa entro il mese. I sindacati seguono con attenzione l'iter di un accordo faticoso giunto al termine di una vertenza durata quasi due anni.

All'interno un ampio dossier con la sintesi, articolo per articolo, della parte normativa e un compendio dei nuovi indicatori economici delle retribuzioni.

Sottoscritto anche il protocollo d'intesa per il Secondo biennio economico 2004-2005, di cui pubblichiamo il testo integrale, sempre nel dossier centrale dedicato al nuovo contratto della dirigenza medica

servizio alle pagg.5/11

Comitato nazionale "Solidarietà e Salute" MASSIMA VIGILANZA CONTRO GLI ATTACCHI AL SSN

In un documento approvato dal direttivo del Comitato nazionale, presieduto da Michele Arpaia, di cui fanno parte le principali associazioni ordinarie e professionali della sanità italiana, si denunciano i rischi di manovre sull'Irap che potrebbero minare le basi di finanziamento del Ssn, nonché i rischi della riforma costituzionale all'esame del Parlamento contenente la devolution e i pericoli di una progressiva erosione degli spazi a gestione diretta nel Ssn

servizio a pag. 16

PRIMO PIANO

Dopo le elezioni di aprile la Commissione Salute delle Regioni avrà come coordinatore Enrico Rossi (Toscana) e vicecoordinatore Gianfranco Vitagliano (Molise). I profili di tutti i nuovi assessori alla Sanità

A PAGINA 3

PRIMO PIANO

Diminuisce il contributo Onaosi, che sarà ora differenziato, da un minimo di 12 ad un massimo di 120 euro all'anno, a seconda dell'età e del reddito del professionista

A PAGINA 3

PRIMO PIANO

I dati dello studio "Inf Nos 2" che ha monitorato la presenza di infezioni ospedaliere su un campione di circa cinquanta strutture di ricovero in Italia. Circa 700mila casi ogni anno, molti dei quali potrebbero essere evitati

A PAGINA 4

STUDI E ANALISI

L'Assr fa il punto sul progetto "Mattoni del Ssn", che le istituzioni sanitarie nazionali e le Regioni stanno portando avanti, per costruire un sistema informativo aggiornato della sanità italiana

A PAGINA 12

INTERVISTA AL MINISTRO DELLA SALUTE FRANCESCO STORACE

“Intramoenia? Meglio allargata”

Secondo il ministro Storace “il cittadino è imbarazzato quando l’attività intramoenia viene svolta all’interno della struttura ospedaliera e si chiede perché ciò avvenga”. Per questo il ministro annuncia di voler ripensare a come erogare questo servizio e contribuire al contempo alla riduzione delle liste d’attesa. E difende il ddl sul governo clinico, nel quale individua “segnali importanti di cambiamento, che puntano a valorizzare il ruolo del medico”. “Il nostro obiettivo è quello di riuscire a garantire ai cittadini un servizio sanitario sempre migliore, in termini sia di efficacia che di qualità. – sintetizza – Ma perché ciò avvenga occorre permettere ai medici, vero e proprio fulcro della sanità, di lavorare serenamente”

di Eva Antoniotti

Non si può negare che l’arrivo di un “politico” al ministero della Salute, dopo la stagione dei tecnici Veronesi e Sirchia, abbia fatto registrare un cambiamento di ritmo. Siglata la preintesa per il contratto dei medici, Storace ha lanciato la grande offensiva per ottenere dai farmacisti uno “sconto” sui farmaci che i cittadini pagano di tasca propria, annunciando anche la volontà di arrivare entro l’anno ad un nuovo Piano sanitario nazionale, che arrivi fino al 2007.

Al centro delle sue dichiarazioni ci sono sempre i cittadini, il loro diritto alla salute, le loro esigenze, guardando anche, come è giusto che faccia un politico, al loro voto. Ma in questa intervista chiarisce le sue posizioni e i suoi propositi verso la categoria medica, che definisce “vero e proprio fulcro della sanità”. E non raccoglie nessuna “provocazione” in merito alla preintesa e al fatto che le risorse per finanziarla arriveranno solo con la Finanziaria 2006: “Il contratto soddisfa tutte le parti in causa. Un contratto atteso e che si stava trascinando da troppo tempo”.

Ministro Storace, nei suoi primi giorni a Lungotevere Ripa, non è certo stato avaro di dichiarazioni impegnative sui problemi aperti della sanità italiana. Il tempo che ha davanti in questa legislatura però, considerando anche la pausa estiva e il periodo elettorale della primavera prossima, è ormai ridottissimo. Quali sono quindi gli obiettivi prioritari sui quali ritiene di poter raggiungere risultati concreti?

Fin dall’inizio di questo mandato ho posto l’accento su alcune questioni che ritengo prioritarie e sulle quali intendo lavorare nei prossimi dodici mesi. A cominciare dal rinnovo del contratto dei medici che finalmente è arrivato a conclusione. Com’è noto non appena arrivato al ministero ho chiesto un dossier sulla vicenda, e durante uno dei primi Consigli dei Ministri ho immediatamente posto la questione e, insieme al ministro Baccini, ho iniziato a lavorare concretamente per trovare una soluzione. Altra problematica che ho posto tra le priorità e che tocca da vicino i cittadini è quella riguardante i prezzi dei farmaci, un peso sociale ancora troppo forte e al quale occorre porre un freno. Così come non possiamo dimenticare che è necessario definire il nuovo Piano sanitario e accelerare l’attuazione del programma sulle cure palliative per far sì che i malati terminali possano contare su strutture appropriate.

Recentemente si è espresso per un ripensamento dell’intramoenia. Può spiegare meglio la sua posizione?

Con la proroga dell’intramoenia allargata ho voluto segnalare un problema che esiste e che interessa i cittadini. Personalmente credo che l’intramoenia allargata sia migliore di quella all’interno dell’ospedale, il cittadino infatti è imbarazzato quando questa attività viene svolta all’interno della struttura ospedaliera e si chiede perché ciò avvenga. Non sto indicando soluzioni, ma credo sia necessario aprire un dialogo con tutti i soggetti coinvolti perché va dato al cittadino un servizio per cui paga le tasse. Non penso ad un provvedi-

mento legislativo di modifica, ma l’attività intramoenia, va ripensata e per cambiare ci vuole consenso. La proroga dell’intramoenia allargata diventa opportuna e doverosa, e su questo non manca il parere concorde di larga parte della classe medica, almeno fino a quando gli ospedali pubblici non si doteranno delle necessarie strutture e attrezzature, altrimenti l’emergenza liste d’attesa potrebbe divenire insostenibile e col rischio, reale, che gran parte dell’attività libero professionale possa essere dirottata dal pubblico al privato. Il problema delle liste d’attesa, infatti, si lega strettamente all’intramoenia, perché quando il medico è costretto a ricorrere all’ospedale per fare esami che non potrebbe effettuare nel proprio studio, finisce irrimediabilmente col gravare sulle liste. Ecco, quando parlo di ripensare l’intramoenia, intendo dire che va riconsiderata sotto diversi aspetti, di cui quello legato alle liste d’attesa è uno dei più rilevanti.

Sul problema delle liste d’attesa lei ha coinvolto anche i Nas, suscitando qualche critica da parte delle Regioni. Come pensa di procedere?

Le liste d’attesa rappresentano una priorità per il Paese. La decisione di chiedere la collaborazione operativa dei Nas è nata dalla volontà di verificare a livello regionale se e quanto fosse stato applicato l’accordo Stato-Regioni che ha fissato parametri e azioni per frenare i tempi troppo lunghi di attesa per le prestazioni sanitarie. I dati rilevati hanno dimostrato che occorre impegnarsi di più per venire incontro alle esigenze dei cittadini. E si tratta solo di un primo passo. Esistono strumenti come i centri di prenotazione unica che in alcuni casi, come nel Lazio, hanno dimostrato la propria validità in termini di razionalizzazione delle richieste e celerità delle risposte. Occorre investire di più su queste risorse pensando anche a ipotesi di collaborazione tra Regioni per le città di confine. Ho incontrato i presidenti di Regione proprio per confrontarci insieme sui tempi rilevati dai Nas e definire insieme le soluzioni più appropriate per snellire le liste d’attesa.

Intende riprendere il provvedimento sul governo clinico attualmente all’esame del Parlamento?

Il governo clinico pone una questione davvero rilevante, recuperare quel rapporto di fiducia tra medico e paziente che si era logorato. La valorizzazione del medico, del suo ruolo, della sua professionalità, incide anche sulle riposte che si danno ai cittadini-pazienti e se questa valorizzazione viene a mancare subentra nella classe medica una demotivazione che poi si riflette in maniera negativa anche nei confronti del malato. Ecco perché assume importanza il governo clinico laddove si propone di restituire alla figura del medico il giusto valore. Nei mesi che abbiamo di fronte vogliamo dunque cercare di dare risposte concrete ai bisogni dei cittadini. Ma credo che si debba fare un grande sforzo anche per andare incontro alle legittime attese degli operatori sanitari. Nel ddl sul governo clinico ci sono segnali importanti di cambiamento, che puntano a

valorizzare il ruolo del medico. Non solo si ipotizza – e questa mi pare una proposta assolutamente condivisibile – un collegio di direzione, che affianchi il direttore generale della Asl, ma si introduce anche il principio in base al quale, per la scelta dei dirigenti di secondo livello, il direttore stesso non potrà più scegliere in modo arbitrario, ma potrà attingere solo dai primi tre posti di una graduatoria, che si andrà a stilare. Penso che questa sia la strada da percorrere per arrivare a una reale valorizzazione delle professioni sanitarie. Il nostro obiettivo è quello di riuscire a garantire ai cittadini un servizio sanitario sempre migliore, in termini sia di efficacia che di qualità. Ma perché ciò avvenga occorre permettere ai medici, vero e proprio fulcro della sanità, di lavorare serenamente, di tornare a contare nelle scelte operate nelle strutture sanitarie di appartenenza e motivarli nuovamente attraverso il riconoscimento della loro professionalità.

A turbare il lavoro dei medici ci sono ormai anche molte cause civili intentate per presunti errori. Un fenomeno in continua crescita, tanto che ormai non ci sono quasi più compagnie d’assicurazione disposte a stipulare polizze ai medici e tanto meno alle aziende sanitarie e ospedaliere. Come pensa di intervenire per affrontare una situazione che rischia di spingere i professionisti alla pratica di una medicina difensiva?

Il rinnovo del contratto dei medici è un traguardo importante e, tengo sottolineare, presenta una particolare novità, che riguarda proprio la garanzia assicurativa: per la prima volta, infatti, si prevede copertura assicurativa, anche per la colpa grave e la partecipazione dei medici alle spese, con una quota pro capite, compresa tra 26 e 50 euro al mese. Si tratta di un contributo importante (tra i 500 e i 700 milioni di euro), che avremmo avuto difficoltà a reperire e che risolve alla radice le preoccupazioni espresse sul tema della responsabilità professionale dei medici.

Ultima domanda, di carattere più generale. Condivide l’allarme, sollevato anche da molti protagonisti del mondo della sanità per il rischio che la legge sulla devolution all’esame del parlamento produca un’ulteriore frammentazione del servizio sanitario del nostro Paese?

La devoluzione rafforza l’autonomia delle Regioni in alcune materie di cui già dispongono la titolarità, e fra queste c’è proprio la sanità. Il federalismo non si pone certo l’obiettivo di frammentare il paese e, anche in campo sanitario, non ci saranno cittadini di serie A e di serie B. E lo dico perché il nostro paese negli anni ha saputo costruire un sistema sanitario ispirato ai principi fondamentali della gratuità e dell’universalità dell’accesso alle cure per tutti e oggi è in grado di integrarsi nel nuovo assetto federalista mantenendo una cornice unitaria attraverso i livelli essenziali di assistenza. I Lea assicurano quell’approccio uniforme in tutte le realtà regionali a garanzia di servizi sanitari minimi senza alcuna discriminazione.

LE GIUNTE AL LAVORO IN TUTTE LE REGIONI

I nomi e i profili dei 14 nuovi assessori alla sanità

Dopo il voto del 3 e 4 aprile cambia il volto delle 19 amministrazioni regionali e delle due province autonome. Ora il centro sinistra ne amministra 17 su 21. Ma anche dove il centro destra ha tenuto, sono significativi i cambiamenti sulla sanità con la Lega che "conquista" gli assessorati in Lombardia e Veneto. Rossi, assessore della Toscana e Vitigliano assessore del Molise, nominati rispettivamente coordinatore e vice coordinatore degli assessori alla sanità

Piemonte. Mario Valpreda. Nato ad Asti nel 1937, è laureato in Veterinaria e in Scienze Politiche. Dal maggio 1966 è assistente straordinario presso l'Istituto Zooprofilattico di Torino. Dal 1998 è direttore generale della Sanità pubblica della Regione Piemonte con responsabilità di tutta l'attività dei servizi medici e veterinari delle Asl.

Lombardia. Alessandro Cè. Nato a Castrezzato (BS) nel 1955, è laureato in medicina e chirurgia. Iscritto alla Lega Nord dal 1992, ne è responsabile federale del settore Sanità. Nel 1996 viene eletto alla Camera e nel 2001 confermato, assumendo la carica di capogruppo della Lega Nord Padania fino all'elezione in Consiglio Regionale nel 2005. Dal 2003 è Consigliere comunale a Brescia.

Veneto. Flavio Tosi. Nato a Verona nel 1969, è programmatore elettronico nell'ambito dell'automazione industriale. È iscritto alla Lega Nord dal 1991. Eletto Consigliere regionale nel 2000, è presidente del Gruppo consiliare Lega Veneta Lega Nord Padania e componente della Prima Commissione del Consiglio regionale Affari istituzionali, Programmazione, Bilancio, Enti locali.

Liguria. Claudio Montaldo. Nato a Genova nel 1950, è dirigente del Pci e si è occupato di scuola, lavoro ed economia. Ha fatto parte della Direzione Nazionale del Pci ed è stato protagonista della nascita del Pds e dei Ds. Consigliere comunale di Genova dal 1985, è stato vicesindaco e assessore.

Emilia Romagna. Giovanni Bissoni. Già assessore alla Sanità della Giunta uscente, è nato a Cesena (Fo) nel 1953.

Laureato in architettura, è stato assessore, vicesindaco e sindaco di Cesenatico. Eletto consigliere regionale nel 1990, è stato presidente della Commissione Bilancio. Dal 1993 al '95 è stato capogruppo del Pds in Consiglio regionale.

Toscana. Enrico Rossi. Guida la sanità regionale dal 2000, dopo aver lavorato al dipartimento delle politiche economiche dei Democratici di Sinistra, su incarico della segreteria nazionale.

Nato a Bientina nel 1958 e laureato in Filosofia, nel 1985 assume l'incarico di assessore e vicesindaco al Comune di Pontedera. Dal 1990 al 1999 ne diventa sindaco.

Umbria. Maurizio Rosi. Nato a Umbertide nel 1949. È stato vicepresidente della Comunità Montana Alto Tevere. Successivamente, per 13 anni, dal 1983 al 1995, ha ricoperto la carica di sindaco di Umbertide. Eletto consigliere nelle elezioni regionali nel 1995, è stato riconfermato nel 2000. È stato anche assessore regionale all'Agricoltura.

Marche. Almerino Mezzolani. Nato a Colbordolo nel 1956, di cui è stato sindaco per 14 anni. Ha ricoperto incarichi nelle strutture provinciali del Pci. Nel 1999 entra nel Consiglio Provinciale di Pesaro ed è eletto segretario provinciale del Pds prima e dei Ds poi, carica che ha ricoperto fino alle elezioni dello scorso aprile.

Lazio. Augusto Battaglia. È nato a Milano nel 1948. Laureato in Lettere moderne, è stato già deputato nelle legislature XI, XIII e componente della Commissione Affari Sociali della Camera dal 2001 fino alle recenti dimissioni del 26 aprile. Consigliere comunale a Roma dal 1984 al 1992,

ha fatto parte della Commissione consiliare per la sanità.

Abruzzo. Bernardo Mazzocca. Nato a Caramanico Terme nel 1959. Dopo essere stato segretario regionale e membro della Direzione nazionale del Ppi fino al 2002, ha partecipato alla fondazione della Margherita, di cui è coordinatore regionale. È stato consigliere comunale e sindaco di Caramanico Terme. È funzionario dell'Amministrazione provinciale di Pescara.

Campania. Angelo Montemarano. Ha 51 anni ed è nato a Torella dei Lombardi (Avellino). Ex Dc, è stato direttore generale della Asl Napoli 1, la più grande dell'Italia meridionale. Esperto di gestione sanitaria, è considerato uomo d'area ed è alla sua prima esperienza politica.

Puglia. Alberto Tedesco. Nato a Bari nel 1949. Aderente al partito Socialista, è laureato in Scienze politiche e dal 1985 è consigliere regionale. Ha ricoperto la carica di assessore alla Sanità già nel 1992-94, è stato anche assessore regionale all'Industria, Commercio e Artigianato.

Basilicata. Rocco Colangelo. Assessore alla Sicurezza e alla solidarietà sociale, denominazione con cui la Basilicata identifica le politiche sanitarie. Colangelo è dirigente generale uscente della Presidenza della Giunta ed è stato anche assessore regionale alla Programmazione e al Bilancio.

Calabria. Doris Lo Moro. Nata a Filadelfia (VV) nel 1955. Residente a Lamezia Terme, è magistrato, con funzioni di giudice presso il Tribunale penale di Roma. Sindaco del Comune di Lamezia Terme dal 1993 al 2001. Nello stesso periodo è componente della Direzione Nazionale dei Ds.

Referendum: flop, vota un italiano su quattro

Il referendum sulla legge 40 si risolve in un nulla di fatto. Un flop che ha visto prevalere l'astensionismo. Appena un italiano su quattro, infatti, si è recato alle urne facendo fermare l'affluenza e dunque il quorum al 25,9%.

Esperti ed analisti hanno ipotizzato diverse cause che possono aver influito sul risultato: la complessità tecnica dei quesiti, l'efficacia della campagna astensionista, la data del voto, ormai alle porte dell'estate. Una cosa però è certa: i numeri, e questi dicono che solo un italiano su quattro ha deciso di esercitare il suo diritto al voto. L'andamento del referendum è apparso quasi subito segnato. Le conferme, poi, sono giunte man mano che affluivano i dati. Alla fine della prima giornata, il fallimento della consultazione era un dato quasi certo.

La sostanza di questa due giorni referendaria è che la legge 40 resta così com'è. Resta in vigore il divieto di sperimentazione sull'embrione umano e quello di creare più di tre embrioni da impiantare contemporaneamente. Rimane ferma l'equiparazione tra i diritti dell'embrione e quelli di una persona vivente. E continuerà ad essere proibita la fecondazione eterologa, vale a dire l'utilizzo di ovuli o di seme forniti da persone estranee alla coppia.

Con i risultati usciti dalle urne resta difficile che ci sia la volontà politico-parlamentare di rilanciare le ipotesi di modifica parlamentare della normativa.

Nella storia referendaria, dal 1946 ad oggi, quando cioè si trattò di scegliere tra Monarchia e Repubblica, un

quorum così basso si ebbe solo il 15 giugno 2003 (referendum contro l'articolo 18 dello Statuto dei lavoratori e gli elettrodotti), alle urne andò appena il 25,7% degli elettori. In tutte le tornate referendarie, la soglia del 50% più uno dei votanti manca ormai da 10 anni, 24 quesiti e sei giornate elettorali. Dal giugno 1946, infatti, su 16 volte che gli italiani sono stati chiamati a votare per esprimere con un sì o con un no le loro scelte su 61 quesiti referendari abrogativi proposti, non si è raggiunto il quorum per 6 volte e su 24 quesiti.

In particolare è dal 1995 che un referendum non riesce a raggiungere il quorum necessario per la sua validità.

Un'analisi del voto, Regione per Regione, sui quattro

quesiti referendari fa emergere che sono stati i veneti (73,1%) e i siciliani (73,8%) i votanti più tiepidi verso il referendum che avrebbe consentito di ammettere la fecondazione eterologa, possibilità apprezzata invece da toscani (83,6%), liguri (81,7%), emiliani (82,8%) e dai laziali (80,6%).

Nel 25,7% dei votanti, comunque, il sì è stato prevalente in misura larghissima (poco sotto il 90% e, dunque, intorno al 22,5% degli aventi diritto). I picchi maggiori del sì all'abrogazione della legge 40/2004 si sono avuti nelle Regioni tradizionalmente di sinistra, dove ha sfiorato e superato il 90% (Toscana in testa, seguita da Liguria, Emilia Romagna, Lazio e Umbria).

Onaosi: diminuisce il contributo per i dipendenti

Con delibera del Consiglio di Amministrazione, approvata dal ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali, la Fondazione Onaosi ha deciso di diminuire il contributo dovuto dai medici e dagli altri professionisti della sanità per il sostegno degli orfani a partire dal primo Gennaio 2005 differenziando la somma dovuta per fasce di età e di reddito.

Il contributo obbligatorio per il periodo 2005-10 va da un minimo di 12 euro/anno per chi è iscritto all'Ordine da meno di 5 anni ai 120 euro/anno per i contribuenti tra i 34 ed i 66 anni con reddito imponibile superiore a 28.000 euro. "Si perfeziona così l'intendimento più volte espresso di ridurre entro i limiti delle compatibilità di bilancio - spie-

ga Aristide Paci, presidente dell'Onaosi in una nota inviata agli Ordine dei Medici - l'onere in capo ai contribuenti, introducendo, altresì, elementi di progressività nella relativa determinazione. Sono certo - continua Paci - che con l'approvazione di questo importante provvedimento, le polemiche 'indotte' sono da considerare superate".

PUBBLICATO IL SECONDO STUDIO "INF NOS" COORDINATO DALL'ISTITUTO NAZIONALE PER LE MALATTIE INFETTIVE

Infezioni ospedaliere: batterle con il monitoraggio

Chiunque operi in ospedale sa che sono un nemico subdolo. Si possono sconfiggere con armi semplici ma si ripresentano altrettanto facilmente. Una rilevazione attenta delle infezioni ospedaliere può persino produrre un effetto paradossale, facendole apparire come più numerose. Ma è l'unico modo per conoscere davvero quantità e caratteristiche delle infezioni che colpiscono i pazienti ospedalizzati e avviare così un serio programma di controllo. E proprio questo è lo scopo dello studio "Inf Nos" realizzato per la prima volta nel 2001 e arrivato ora alla sua seconda edizione

di Eva Antoniotti

Il 6,7% dei pazienti ricoverati negli ospedali italiani contrae un'infezione, per curare la quale la degenza si prolunga in media di cinque giorni. Le infezioni più frequenti riguardano il tratto respiratorio inferiore, le vie urinarie e quelle del torrente circolatorio. L'incidenza delle infezioni ospedaliere è legata alla durata della degenza e alle manovre invasive effettuate sul paziente, dall'intervento chirurgico al cateterismo urinario e venoso: per questo si passa da un 5,5% di casi nei reparti di medicina al 34,2% delle unità di terapia intensiva.

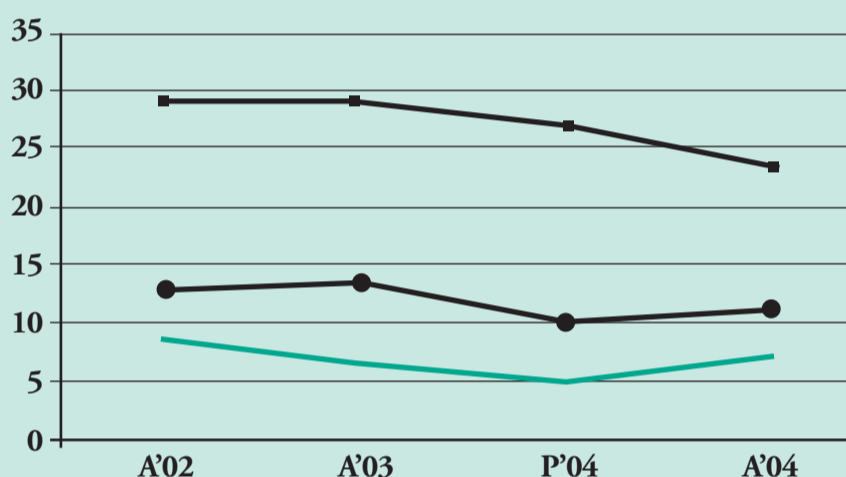
LE CARATTERISTICHE DEGLI STUDI

Una prima realizzazione di "Inf Nos", ricerca guidata dall'Istituto per le malattie infettive "Lazzaro Spallanzani" e sostenuta da Glaxo Smith Kline, è avvenuta nel 2001. Il campione era allora piuttosto ristretto, solo 15 ospedali, e le acquisizioni ottenute abbastanza prevedibili. Le infezioni risultavano infatti più presenti negli ospedali più grandi, cosa che in sé non fornisce indicazioni per valutare l'affidabilità di una struttura, giacché occorrerebbe valutare il livello tecnologico dell'assistenza, la complessità dei pazienti assistiti, i trasferimenti da altre strutture.

Quell'inizio ha però consentito di avviare una rete finalizzata al monitoraggio delle infezioni ospedaliere in continua crescita. Gli ospedali coinvolti sono ora una cinquantina e il campione analizzato riguarda per il 40% l'area chirurgica, per il 40% l'area medica e per il restante 20% le unità di terapia intensiva.

Per la realizzazione dello studio "Inf Nos 2", appena pubblicato, si sono compiute rilevazioni puntuali su campioni di circa 200 reparti per ogni tornata: una ri-

Prevalenza di pazienti con IN e durata degenza al momento dello studio



levazione nel 2002, una nel 2003 e due nel 2004. Questo significa che si tratta del maggiore studio epidemiologico sul tema mai realizzato in Italia dopo lo studio Sipio del 1983, che fotografò la realtà ospedaliera italiana "producendo" poi la circolare ministeriale n. 52/1985 per la "Lotta contro le infezioni ospedaliere".

I NUMERI DELLE INFEZIONI OSPEDALIERE IN EUROPA

La media europea delle infezioni ospedaliere va dal 5 al 10% e gli studi italiani mostrano come la loro presenza sembri essere invariata da vent'anni a questa parte: il 6,8% dei pazienti ricoverati aveva contratto un'infezione secondo la rilevazione del 1983 e oggi la percentuale rilevata è ancora del 6,7%. Un risultato che non deve sorprendere ma che, secondo Giuseppe Ippolito, direttore sanitario dello Spallanzani, va anche letto alla luce del "paradosso" delle infezioni ospedaliere: se non vengono monitorate spesso non sono rilevate o si registrano in modo differito, mentre là dove c'è attenzione a questo tema il numero registrato diventa più elevato, almeno in una prima fase.

I dati complessivi possono essere spaventosi: ogni anno in Italia si contraggono 700 mila infezioni nosocomiali, con quasi l'1% di decessi. Numeri gravi, soprattutto se si considera che almeno un terzo di queste potrebbero essere evitate con procedure semplicissime, spesso soltanto con una maggiore cura nel lavaggio delle mani da parte degli operatori.

I COMITATI DI CONTROLLO DELLE INFEZIONI OSPEDALIERE

In questi anni è aumentata la percentuale di ospedali che hanno attivato, secondo quanto previsto dalle normative vigenti, un Comitato di controllo delle infezioni ospedaliere., passando dal 75% del 2001, al 90% del 2004. L'efficacia di questi Comitati spesso è limitata

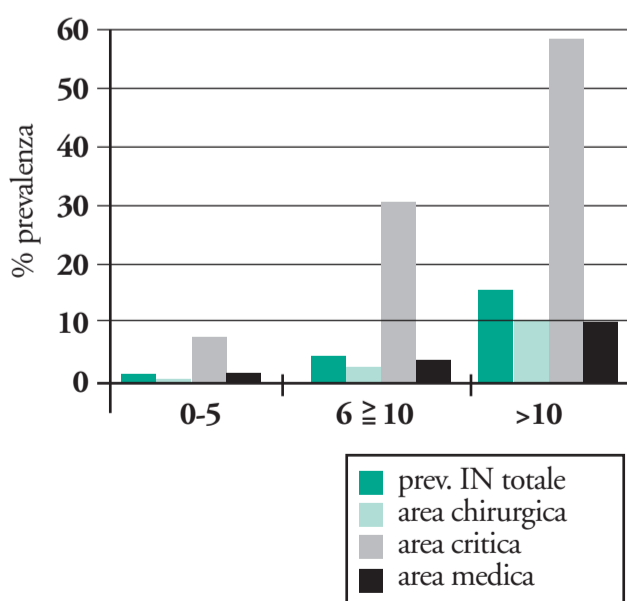
perché, come sottolinea lo stesso Ippolito: "i comitati non hanno a disposizione del personale adeguatamente formato o una reale delega o un reale potere a gestire situazioni complesse come quelle necessarie a controllare le infezioni in struttura ospedaliera specie se di grandi dimensioni". A ciò va aggiunto che nei Comitati deve avere un ruolo centrale il personale infermieristico, che ben istruito può effettuare una accurata raccolta dei dati. Ma la poca disponibilità a promuovere queste figure professionali nelle strutture ospedaliere, unita alla cronica carenza di personale infermieristico, costituisce spesso un ulteriore problema per il funzionamento degli stessi Comitati.

LE INFEZIONI OSPEDALIERE PIÙ FREQUENTI

Le infezioni più frequenti sono indubbiamente quelle delle vie urinarie, che sarebbero anche le più facilmente controllabili attraverso una razionalizzazione delle procedure di cateterismo e soprattutto riducendone la durata, procedure che sono state fissate da un apposito Comitato della Commissione nazionale di verifica della qualità Vrq (verifica della qualità). Allo stesso modo per le infezioni derivanti da ferita chirurgica, che rappresentano un altro grande gruppo di infezioni ospedaliere, è stato redatto un manuale per l'uso della profilassi antibiotica in chirurgia. Un uso improprio della terapia antibiotica, infatti, può portare al problema dell'antibiotico resistenza e dunque ad una quasi "invincibilità" delle infezioni. Accanto a queste vi sono poi le infezioni del sistema respiratorio e quelle riscontrate in pazienti portatori di catetere venoso centrale.

Da leggere con attenzione il dato che collega durata del ricovero e insorgenza delle infezioni: se infatti è intuibile che un più lungo ricovero renda più probabile un'infezione, occorre anche tener presente che la presenza di un'infezione allunga in media il ricovero di 5 giorni.

Prevalenza di pazienti con IN e durata degenza al momento dello studio



gg di ricovero al momento dello studio

COSA PREVEDE IL NUOVO ACCORDO PER I MEDICI DEL SSN

Un contratto di svolta, ma anche di conferma del ruolo della dirigenza medica

Riscritti gran parte degli articoli del precedente contratto. Il mobbing entra negli accordi aziendali. Recepita la legge 138 nella reversibilità e la direzione di struttura per i non esclusivisti. Ridisegnata la guardia medica e la pronta disponibilità. Riformato il tabellare unico e ribadita la garanzia dell'assicurazione professionale. Queste le principali novità di un accordo sofferto finalmente giunto al traguardo

Sintesi del testo a cura della redazione

Il testo integrale è consultabile sul sito www.anaao.it

PARTE I TITOLO I DISPOSIZIONI GENERALI CAPO I

Campo di applicazione (Sintesi art. 1)

Il nuovo contratto collettivo nazionale si applica a tutti i dirigenti medici, odontoiatri e veterinari, con rapporto di lavoro a tempo indeterminato e determinato, dipendenti dalle aziende ed enti del Ssn.

Durata e calcolo inflazione (Sintesi art. 2)

Il contratto concerne il periodo 1 gennaio 2002 - 31 dicembre 2005 per la parte normativa ed è valido dal 1 gennaio 2002 fino al 31 dicembre 2003 per la parte economica.

In sede di rinnovo biennale, per la determinazione della parte economica da corrispondere, ulteriore punto di riferimento del negoziato sarà costituito dalla comparazione tra l'inflazione programmata e quella effettiva intervenuta nel precedente biennio, secondo quanto previsto dall'accordo del 23 luglio 1993.

Il vecchio articolo 2 del precedente contratto decade completamente.

TITOLO II RELAZIONI E DIRITTI SINDACALI CAPO I OBIETTIVI E STRUMENTI

Relazioni sindacali (Sintesi art. 3)

Si riconferma il sistema delle relazioni sindacali previsto dall'art. 3 e dagli artt. da 8 a 12 del precedente contratto e dagli artt. 2, 3 e 4 del contratto integrativo del 10 febbraio 2004, fatto salvo per quanto riguarda i seguenti articoli che sostituiscono, modificano od integrano la predetta disciplina.

Contrattazione collettiva integrativa (Sintesi art. 4)

Anche in questo caso le norme riguardanti la contrattazione integrativa sono tutte nuove e sostituiscono completamente il vecchio art. 4 del precedente contratto.

Il nuovo contratto prevede che le parti stipulano il contratto collettivo integrativo utilizzando le risorse dei fondi di cui agli artt. 54 (fondi aziendali), 55 (tratta-

mento accessorio legato alle condizioni di lavoro) e 56 (retribuzione di risultato e per la qualità della prestazione individuale) del nuovo contratto.

In sede di contrattazione collettiva integrativa sono regolate le seguenti materie:

A) individuazione delle posizioni dirigenziali i cui titolari devono essere esonerati dallo sciopero;

B) criteri generali per:

1) la definizione della percentuale di risorse di cui al fondo dell'art. 56 (vedi sopra) da destinare alla realizzazione degli obiettivi aziendali generali ai fini dell'attribuzione della retribuzione di risultato ai dirigenti. Detta retribuzione è strettamente correlata alla realizzazione degli obiettivi assegnati e viene, quindi, corrisposta a consuntivo dei risultati totali o parziali raggiunti ovvero per stati di avanzamento, in ogni caso dopo la necessaria verifica almeno trimestrale. Nella determinazione della retribuzione di risultato si tiene conto degli effetti di ricaduta dei sistemi di valutazione dell'attività dei dirigenti;

2) l'attuazione dell'art. 43 legge n. 449 del 1997 (riguardante i contratti di sponsorizzazione ed accordi di collaborazione, convenzioni con soggetti pubblici o privati, contributi dell'utenza per i servizi pubblici non essenziali e misure di incentivazione della produttività);

3) la distribuzione delle risorse contrattuali tra i fondi degli artt. 54, 55 e 56 (vedi sopra) e delle risorse regionali eventualmente assegnate ove previsto dal contratto nazionale;

4) le modalità di attribuzione ai dirigenti cui è conferito uno degli incarichi previsti dall'art. 27, comma 1, lettere b), c) e d) del precedente contratto (riguardanti rispettivamente: la direzione struttura semplice; incarichi professionali di alta specializzazione, di consulenza, di studio e ricerca, ispettivi, di verifica e di controllo; incarichi a dirigenti con meno di cinque anni di attività) della retribuzione collegata ai risultati ed agli obiettivi e programmi assegnati secondo gli incarichi conferiti;

5) lo spostamento di risorse tra i fondi di cui agli artt. 54, 55 e 56 (vedi sopra) e la finalizzazione tra i vari istituti nonché la rideterminazione dei fondi stessi in conseguenza delle riduzioni di organico derivanti da stabili processi di riorganizzazione previsti dalla programmazione sanitaria regionale.

C) linee generali di indirizzo dei programmi annuali e pluriennali dell'attività di formazione manageriale e formazione continua;

D) pari opportunità, con le procedure indicate dall'art. 8 del precedente contratto (che regola-

E) criteri generali sui tempi e modalità di applicazione delle norme relative alla tutela in materia di igiene, ambiente, sicurezza e prevenzione nei luoghi di lavoro;

F) implicazioni derivanti dagli effetti delle innovazioni organizzative, tecnologiche e dei processi di esternalizzazione, disattivazione o riqualificazione e riconversione dei servizi, sulla qualità del lavoro, sulla professionalità e mobilità dei dirigenti;

G) criteri generali per la definizione dell'atto aziendale per la disciplina e l'organizzazione dell'attività libero professionale intramuraria nonché per l'attribuzione dei relativi proventi ai dirigenti interessati.

I contratti collettivi integrativi non possono essere in contrasto con vincoli e limiti risultanti dai contratti collettivi nazionali e si svolgono sulle materie stabilite nel presente articolo. Le clausole difformi sono nulle e non possono essere applicate.

Tempi e procedure per la stipulazione ed il rinnovo del contratto collettivo integrativo (Sintesi art. 5)

Anche quest'articolo sostituisce in toto il precedente art.5 del vecchio contratto sulla stessa materia. Le nuove norme stabiliscono che i contratti collettivi integrativi hanno durata quadriennale per la parte normativa e biennale per la parte economica.

L'azienda ha trenta giorni per costituire la delegazione di parte pubblica, mentre le parti si dovranno incontrare entro quindici giorni dalla presentazione della piattaforma sindacale.

Informazione, concertazione, consultazione e Commissioni paritetiche (Sintesi art. 6)

Tutto nuovo anche questo articolo, che sostituisce il vecchio art.6 del precedente contratto. Il nuovo articolo prevede che gli istituti dell'informazione, concertazione e consultazione siano così disciplinati:

A) Informazione:

L'azienda informa periodicamente e tempestivamente i soggetti sindacali sugli atti organizzativi di valenza generale, anche di carattere finanziario, concernenti il rapporto di lavoro, l'organizzazione degli uffici, la gestione complessiva delle risorse umane e la costituzione dei fondi previsti dal presente contratto.

Nelle materie per le quali il presente contratto prevede la contrattazione collettiva integrativa o la concertazione e la consultazione, l'informazione è preventiva. Il contratto integrativo individuerà le altre materie in cui l'informazione dovrà essere preventiva o successiva.

Ai fini di una più compiuta informazione le parti, a

richiesta, si incontrano comunque con cadenza almeno annuale.

B) Concertazione

• I sindacati, ricevuta l'informazione, possono attivare, mediante richiesta scritta, la concertazione sui criteri generali inerenti alle seguenti materie:

- affidamento, mutamento e revoca degli incarichi dirigenziali;
- articolazione delle posizioni organizzative, delle funzioni e delle connesse responsabilità ai fini della retribuzione di posizione;
- criteri generali di valutazione dell'attività dei dirigenti di cui all'art. 25, comma 5 del presente contratto (riguardante la valutazione delle attività professionali, prestazioni e competenze);
- articolazione dell'orario e dei piani per assicurare le emergenze;
- condizioni, requisiti e limiti per il ricorso alla risoluzione consensuale.

• La concertazione si svolge in appositi incontri, che iniziano entro le quarantotto ore dalla data di ricezione della richiesta e si conclude nel termine tassativo di trenta giorni dalla data della relativa richiesta; dell'esito della concertazione è redatto verbale dal quale risultino le posizioni delle parti nelle materie oggetto della stessa, al termine le parti riassumono i propri distinti ruoli e responsabilità.

C) Consultazione

• La consultazione dei sindacati, prima dell'adozione degli atti interni di organizzazione aventi riflessi sul rapporto di lavoro, è facoltativa. La consultazione si svolge obbligatoriamente su:

- a) organizzazione e disciplina di strutture, servizi ed uffici, ivi compresa quella dipartimentale e distrettuale, nonché la consistenza e la variazione delle dotazioni organiche;
- b) casi di cui all'art. 19 del D. lgs. 19 settembre 1994, n. 626 e successive modificazioni (riguardante le attribuzioni rappresentante sicurezza).

Allo scopo di assicurare una migliore partecipazione del dirigente alle attività dell'azienda è prevista la possibilità di costituire a richiesta Commissioni bilaterali ovvero Osservatori per l'approfondimento di specifiche problematiche. Tali organismi, ivi compreso il Comitato per le pari opportunità, hanno il compito di raccogliere dati relativi alle materie esaminate - che l'azienda è tenuta a fornire - e di formulare proposte in ordine ai medesimi temi. La composizione dei citati organismi, che non hanno funzioni negoziali, è di norma paritetica e deve comprendere una adeguata rappresentanza femminile.

Presso ciascuna Regione è costituita una Conferenza permanente (composta da regioni, asl, e sindacati) per la verifica della qualità e quantità dei servizi resi nonché degli effetti derivanti dall'applicazione del presente contratto, con particolare riguardo agli istituti concernenti la produttività, le politiche della formazione, dell'occupazione e l'andamento della mobilità. La Conferenza procede anche al monitoraggio del fenomeno del mobbing sulla base delle risultanze che i Comitati paritetici predispongono appositamente in occasione di almeno una delle due verifiche annuali ad essa demandate.

È costituita una Conferenza nazionale con rappresentanti dell'Aran, della Conferenza permanente per i rapporti Stato-Regioni e delle organizzazioni sindacali firmatarie del contratto, nell'ambito della quale, almeno una volta l'anno, sono verificati gli effetti derivanti dall'applicazione del contratto con particolare riguardo agli istituti concernenti la produttività, le politiche della formazione e dell'occupazione e l'andamento della mobilità.

CAPO II FORME DI PARTECIPAZIONE

Comitato paritetico sul fenomeno del mobbing (Sintesi art. 7)

Materia nuova per il contratto, quella del mobbing, in merito alla quale le parti prendono atto che il fenomeno, inteso come forma di violenza morale o psichica in occasione di lavoro - attuato dal datore di lavoro o da altri dipendenti - nei confronti di un lavoratore, va prevenuto,

rilevato e contrastato efficacemente.

Le parti, anche con riguardo alla risoluzione del Parlamento Europeo del 20 settembre 2001, riconoscono la necessità di avviare adeguate ed opportune iniziative al fine di contrastare la diffusione di tali situazioni, che assumono rilevanza sociale, nonché di prevenire il verificarsi di possibili conseguenze pericolose per la salute fisica e psichica del lavoratore interessato e, più in generale, migliorare la qualità e la sicurezza dell'ambiente di lavoro. Nell'ambito delle forme di partecipazione sono, pertanto, istituiti, entro sessanta giorni dall'entrata in vigore del presente contratto, specifici Comitati Paritetici presso ciascuna azienda o ente con i seguenti compiti:

- a) raccolta dei dati relativi all'aspetto quantitativo e qualitativo del fenomeno del *mobbing* nei confronti dei dirigenti;
- b) individuazione delle possibili cause del fenomeno;
- c) formulazione di proposte di azioni positive in ordine alla prevenzione e alla repressione delle situazioni di criticità, anche al fine di realizzare misure di tutela del dirigente interessato;
- d) formulazione di proposte per la definizione dei codici di condotta.

Le proposte formulate dai Comitati vengono presentate alle aziende o enti per i conseguenti adempimenti tra i quali rientrano, in particolare, la costituzione ed il funzionamento di sportelli di ascolto, nell'ambito delle strutture esistenti, l'istituzione della figura del consigliere/consigliera di fiducia nonché la definizione dei codici di condotta, sentite le organizzazioni sindacali firmatarie del presente contratto.

In relazione all'attività di prevenzione del fenomeno del *mobbing*, i Comitati valuteranno l'opportunità di attuare, nell'ambito dei piani generali per la formazione, idonei interventi formativi e di aggiornamento dei dirigenti, che possono essere finalizzati, tra l'altro, ai seguenti obiettivi:

- a) affermare una cultura organizzativa che comporti una maggiore consapevolezza della gravità del fenomeno e delle sue conseguenze individuali e sociali;
- b) favorire la coesione e la solidarietà dei dirigenti e dipendenti, attraverso una più specifica conoscenza dei ruoli e delle dinamiche interpersonali all'interno degli uffici/servizi, anche al fine di incentivare il recupero della motivazione e dell'affezione all'ambiente lavorativo da parte del personale.

I Comitati sono costituiti da un componente designato da ciascuna delle Organizzazioni Sindacali della presente area, firmatarie del contratto, e da un pari numero di rappresentanti delle aziende o enti. Il Presidente del Comitato viene designato tra i rappresentanti delle aziende o enti, il vicepresidente dai componenti di parte sindacale. Per ogni componente effettivo è previsto un componente supplente. Ferma rimanendo la composizione paritetica dei Comitati, di essi fa parte anche un rappresentante del Comitato per le pari opportunità, appositamente designato da quest'ultimo, allo scopo di garantire il raccordo tra le attività dei due organismi.

Le aziende o enti favoriscono l'operatività dei Comitati e garantiscono tutti gli strumenti idonei al loro funzionamento. I Comitati rimangono in carica per la durata di un quadriennio e comunque fino alla costituzione dei nuovi. I componenti dei Comitati possono essere rinnovati nell'incarico. Per la partecipazione alle riunioni non è previsto alcun compenso.

CAPO III PREROGATIVE E DIRITTI SINDACALI

Norma di rinvio ed integrazioni (Sintesi art. 8)

Per le prerogative e i diritti sindacali nessuna modifica rispetto alle precedenti normative contrattuali. Per il monte complessivo dei permessi orari aziendali spettanti ai dirigenti si fa, comunque, riferimento ai precedenti contratti, salvo una modifica degli aventi diritto (oltre ai componenti delle Rsa, rientrano anche i componenti delle organizzazioni sindacali rappresentative ammesse alla "contrattazione nazionale" (ndr, nel precedente contratto si parlava di "contrattazione collettiva integrativa")

Coordinamento Regionale (Sintesi art. 9)

Decade il vecchio art.7 del precedente contratto che regolamentava il coordinamento regionale. Con il nuovo contratto si prevede che, ferma rimanendo l'autonomia contrattuale delle aziende ed enti, le Regioni, entro 120 giorni dall'entrata in vigore del presente contratto, previo confronto con le organizzazioni sindacali firmatarie dello stesso, possono emanare linee generali di indirizzo nelle seguenti materie relative:

- a) all'utilizzo delle risorse economiche regionali;
- b) alla realizzazione della formazione manageriale e formazione continua, comprendente l'aggiornamento professionale e la formazione permanente;
- c) alle metodologie di utilizzo da parte delle aziende ed enti di una quota dei minori oneri derivanti dalla riduzione stabile della dotazione organica del personale;
- d) alla modalità di incremento dei fondi in caso di aumento della dotazione organica del personale o dei servizi anche ad invarianza del numero complessivo di essa;
- e) ai criteri generali dei sistemi e meccanismi di valutazione dei dirigenti che devono essere adottati preventivamente dalle aziende;
- f) ai criteri generali per sviluppare a livello aziendale un sistema di standard finalizzati all'individuazione dei volumi prestazionali riferiti all'impegno, anche temporale, richiesto nonché di monitoraggio delle prestazioni concordate e correlate al raggiungimento degli obiettivi;
- g) ai criteri generali per la razionalizzazione ed ottimizzazione delle attività connesse alla continuità assistenziale ed urgenza/emergenza al fine di favorire la loro valorizzazione economica;
- h) all'applicazione dell'art. 17 del Ccnl 10 febbraio 2004, diretto a regolare la mobilità in caso di eccedenza dei dirigenti nei processi di ristrutturazione aziendale;
- i) ai criteri generali per l'inserimento, nei regolamenti aziendali sulla libera professione, di norme idonee a garantire che l'esercizio della libera professione sia modulato in modo coerente all'andamento delle liste di attesa. Ferma rimanendo l'autonomia aziendale, il sistema delle relazioni sindacali regionali, secondo i protocolli definiti in ciascuna Regione con i sindacati firmatari del presente contratto, prevederà gli argomenti e le modalità di confronto su materie non contrattuali aventi riflessi sugli istituti disciplinati dal presente contratto ovvero sulla verifica dello stato di attuazione dello stesso, specie con riguardo alle risultanze dell'applicazione dell'art. 7 (ndr. *mobbing*) e degli artt. 54 (ndr. *fondo per l'indennità di specificità medica, ecc*) e 56 (ndr. *fondi trattamenti accessori*) solo nei casi di eventuale incapienza dei fondi da utilizzare. La verifica, in ogni caso, riguarderà anche l'entità dei finanziamenti dei fondi di posizione, di risultato e delle condizioni di lavoro nelle aziende soggette a riorganizzazione a seguito di piani regionali.

TITOLO III RAPPORTO DI LAVORO CAPO I STRUTTURA DEL RAPPORTO

Caratteristiche del rapporto di lavoro (Sintesi art. 10)

Ancora una riscrittura completa, in questo caso del vecchio art.15 del precedente contratto che definiva le caratteristiche del rapporto di lavoro della dirigenza del Ssn. La modifica più significativa è il recepimento della legge 138 del maggio 2004 sulla reversibilità dell'opzione sull'esclusività di rapporto e sulla possibilità di direzione di struttura anche per i non esclusivisti.

In ogni caso il nuovo contratto prevede che il rapporto di lavoro della dirigenza medica e veterinaria può essere esclusivo o non esclusivo. Dalla stessa data, è tuttavia disapplicata la clausola contenuta nel primo periodo dell'art. 13, comma 7 del precedente contratto (ndr. *obbligo esclusività per gli assunti dopo il 31/12/98*).

I dirigenti già a rapporto esclusivo, possono optare per il passaggio al rapporto non esclusivo entro il 30 novembre di ciascun anno. Gli effetti del passaggio decorrono dal primo gennaio dell'anno successivo all'opzione e sono

regolati dal successivo art. 12.

Per i dirigenti già a rapporto non esclusivo all'entrata in vigore della legge, in caso di opzione per il rapporto esclusivo, continua ad applicarsi l'art. 48 del precedente contratto (*ndr. trattamento economico in caso di revoca dell'opzione*), salvo che per il termine dell'opzione anch'essa da effettuarsi entro il 30 novembre di ciascun anno. L'indennità di esclusività è confermata nelle misure attualmente vigenti, non concorre a formare il monte salari e compete a tutti coloro che, essendo a rapporto esclusivo, già la percepivano all'entrata in vigore della legge n. 138 del 2004 - salvo che, successivamente ad essa e, comunque, con decorrenza dal 1 gennaio dell'anno successivo, non abbiano espresso diversa opzione. L'indennità compete, inoltre, a tutti quelli che opereranno per il rapporto di lavoro esclusivo. Per l'acquisizione delle fasce successive all'indennità di esclusività si confermano le norme stabilite dal precedente contratto.

Il rapporto di lavoro esclusivo comporta la totale disponibilità del dirigente nello svolgimento delle proprie funzioni nell'ambito dell'incarico attribuito e della competenza professionale nell'area e disciplina di appartenenza.

Il rapporto di lavoro dei dirigenti che abbiano mantenuto l'opzione per il rapporto di lavoro non esclusivo comporta la totale disponibilità nell'ambito dell'impegno di servizio, per la realizzazione degli obiettivi istituzionali programmati e lo svolgimento delle attività professionali di competenza. Le aziende - secondo criteri omogenei con quelli adottati per i dirigenti con rapporto di lavoro esclusivo e sulla base delle indicazioni dei responsabili delle strutture -, negoziano con le équipes interessate i volumi e le tipologie delle attività e delle prestazioni che i singoli dirigenti sono tenuti ad assicurare nonché le sedi operative in cui le stesse devono essere effettuate.

Modifiche ed integrazioni

(Sintesi art. 11)

Sono previste diverse modifiche al precedente contratto in materia di caratteristiche del rapporto. In particolare riguardo ai criteri per la sostituzione del dirigente di struttura complessa per la quale ora potrà essere indicato anche il titolare di un incarico di natura professionale. Altra modifica riguarda il recepimento della legge sulla reversibilità, eliminando la preclusione ai non esclusivisti della direzione di strutture complesse o semplici. Viene pertanto a decadere il comma 11 dell'art.27 del precedente contratto.

Effetti del passaggio dal rapporto esclusivo al rapporto non esclusivo e viceversa

(Sintesi art. 12)

Vengono introdotte ulteriori norme in materia, sempre a seguito della legge 138/2004, a partire dal fatto che il passaggio dei dirigenti al rapporto di lavoro non esclusivo non preclude il mantenimento o il conferimento di incarico di direzione di struttura complessa o semplice, revocando quindi anche l'art.45 del vecchio contratto. (*Per quanto riguarda il trattamento economico fondamentale e accessorio spettante ai dirigenti già a rapporto non esclusivo e a quelli che optino in tal senso dal 1 gennaio 2005 si rimanda all'allegato 6, tavola 2 del testo integrale del contratto, pubblicato sul sito www.anaao.it*). Il passaggio dal rapporto di lavoro esclusivo a quello non esclusivo dal 1 gennaio successivo a quello dell'opzione, comporta i seguenti effetti per i dirigenti interessati:

- i dirigenti di struttura complessa, divenuti tali dopo il 31 luglio 1999, dopo l'opzione continuano a percepire la relativa indennità senza soluzione di continuità solo in caso di mantenimento dell'incarico;
- non compete la retribuzione di risultato mentre per la retribuzione di posizione si prevede che quella minima contrattuale sia unificata e direttamente attribuibile dall'azienda in misura variabile tra i 2.568,43 Euro e i 3.507,14 Euro secondo gli incarichi ricoperti (*il dettaglio degli importi è inserito nel-*

la tabella allegata all'art.43 del presente contratto per la quale si rimanda al testo integrale pubblicato sul sito www.anaao.it);

- è inibita l'attività libero - professionale intramuraria;
- cessa di essere corrisposta l'indennità di esclusività che - dalla stessa data - costituisce risparmio aziendale.

Il ritorno dei dirigenti all'opzione per il rapporto di lavoro esclusivo, per quanto attiene la retribuzione di posizione e di risultato, è regolato dal precedente contratto come modificato dall'art.10, comma 3 e art.58 del presente contratto del presente accordo (*per quest'ultimo si rimanda al testo integrale del contratto pubblicato sul sito www.anaao.it*). L'indennità di esclusività è corrisposta dal 1 gennaio dell'anno successivo nella medesima misura già percepita all'atto dell'opzione per il passaggio a rapporto di lavoro non esclusivo con oneri a carico del bilancio.

Per l'acquisizione delle eventuali fasce successive si applica l'art. 5, commi 5 e 6 del precedente contratto, Il biennio economico (*ndr. Indennità di esclusività*)

Rapporti di lavoro ad esaurimento

(Sintesi art. 13)

I rapporti di lavoro a tempo definito ed altri similari, già indicati nel precedente contratto ed ancora in essere all'entrata in vigore del presente contratto, sono mantenuti ad esaurimento, fatto salvo il caso di opzione per il passaggio al rapporto di lavoro con orario unico, esclusivo o non esclusivo, dei dirigenti interessati entro il termine del 30 novembre di ciascun anno e con decorrenza dal 1 gennaio dell'anno successivo.

Quanto sopra trova applicazione anche nei confronti degli ex medici condotti ed equiparati, confermati ad esaurimento in via definitiva.

A seguito del passaggio al rapporto di lavoro con orario unico, ai suddetti dirigenti viene attribuito il trattamento economico complessivo fondamentale ed accessorio corrispondente al rapporto di lavoro prescelto, esclusivo o non esclusivo.

Le aziende ed enti fanno fronte ai maggiori oneri derivanti da queste norme congelando, in misura corrispondente alla spesa, assunzioni per posti vacanti di dirigente indipendentemente dalla disciplina di appartenenza, tenuto conto - per i dirigenti medici - del maggiore numero di ore da effettuarsi per l'adeguamento dell'orario di lavoro.

CAPO II ORARIO DI LAVORO

Orario di lavoro dei dirigenti

(Sintesi art. 14)

In quest'articolo vengono ulteriormente definite le norme relative all'orario di lavoro che è comunque confermato in 38 ore settimanali. Novità invece per quanto riguarda l'utilizzazione parziale del monte ore per la formazione e di parte dell'attività intramoenia al fine dello smaltimento delle liste d'attesa o per il raggiungimento di particolari obiettivi assistenziali.

Nell'ambito dell'assetto organizzativo dell'azienda, i dirigenti assicurano la propria presenza in servizio ed il proprio tempo di lavoro, articolando in modo flessibile l'impegno di servizio per correlarlo alle esigenze della struttura cui sono preposti ed all'espletamento dell'incarico affidato, in relazione agli obiettivi e programmi da realizzare.

Nello svolgimento dell'orario di lavoro previsto per i dirigenti medici, quattro ore dell'orario settimanale sono destinate ad attività non assistenziali, quali l'aggiornamento professionale, l'ECM, la partecipazione ad attività didattiche, la ricerca finalizzata ecc. Tale riserva di ore non rientra nella normale attività assistenziale, non può essere oggetto di separata ed aggiuntiva retribuzione. Tale riserva va resa in ogni caso compatibile con le esigenze funzionali della struttura di appartenenza e non può in alcun modo comportare una mera riduzione dell'orario di lavoro. Per i dirigenti rimasti con rapporto di lavoro ad esaurimento le ore destinate all'aggiornamento sono dimezzate.

L'azienda può utilizzare, in forma cumulata, n. 30 minuti settimanali delle quattro ore per l'aggiornamento per un totale massimo di n. 26 ore annue, prioritariamente, per contribuire alla riduzione delle liste di attesa ovvero per il perseguimento di obiettivi assistenziali e di prevenzione definiti con le medesime procedure.

Ove per il raggiungimento degli obiettivi prestazionali eccedenti quelli negoziati, sia necessario un impegno aggiuntivo, l'azienda, sulla base delle linee di indirizzo regionali ed ove ne ricorrano i requisiti e le condizioni, può concordare con l'equipe interessata l'applicazione dell'istituto previsto dall'art. 55, comma 2 del precedente contratto (*ndr. dove è prevista l'utilizzazione dell'intramoenia per smaltire le liste di attesa o l'acquisizione di prestazioni aggiuntive*). La misura della tariffa oraria da erogare per tali prestazioni è di Euro 60,00 lordi. Nell'individuazione dei criteri generali per l'adozione di tale atto dovrà essere indicato che l'esercizio dell'attività libero professionale è possibile solo dopo aver garantito gli obiettivi prestazionali negoziati.

La presenza del dirigente medico nei servizi ospedalieri delle aziende nonché in particolari servizi del territorio individuati in sede aziendale, deve essere assicurata nell'arco delle 24 ore e per tutti i giorni della settimana mediante una opportuna programmazione ed una funzionale e preventiva articolazione degli orari e dei turni di guardia. Con l'articolazione del normale orario di lavoro nell'arco delle dodici ore di servizio diurne, la presenza medica è destinata a far fronte alle esigenze ordinarie e di emergenza che avvengano nel medesimo periodo orario. L'azienda individua i servizi ove la presenza medica deve essere garantita attraverso una turnazione per la copertura dell'intero arco delle 24 ore.

Le norme sull'orario si applicano anche ai dirigenti con rapporto di lavoro non esclusivo già di I o II livello dirigenziale.

Tutti i dirigenti medici indipendentemente dall'esclusività del rapporto sono tenuti ad assicurare i servizi di guardia e di pronta disponibilità previsti dai successivi art. 16 e 17.

Orario di lavoro dei dirigenti con incarico di direzione di struttura complessa

(Sintesi art. 15)

Decade il vecchio art.17 del precedente contratto e subentra questo nuovo articolo che prevede che, nell'ambito dell'assetto organizzativo dell'azienda, i direttori di struttura complessa organizzano il proprio tempo di lavoro, articolandolo in modo flessibile per correlarlo a quello degli altri dirigenti, per l'espletamento dell'incarico affidato in relazione agli obiettivi e programmi annuali da realizzare nonché per lo svolgimento delle attività di aggiornamento, didattica e ricerca finalizzata.

I direttori di struttura complessa comunicano preventivamente e documentano - con modalità condivise con le aziende ed enti - la pianificazione delle proprie attività istituzionali, le assenze variamente motivate (ferie, malattie, attività di aggiornamento, etc.) ed i giorni ed orari dedicati alla attività libero professionale intramuraria.

Servizio di guardia

(Sintesi art. 16)

Cambiano le regole per il servizio di guardia, va in pensione così l'art.19 del contratto del 1996, per inserire nuove norme e nuove forme organizzative.

In particolare il nuovo contratto prevede che nelle ore notturne e nei giorni festivi, la continuità assistenziale e le urgenze/emergenze dei servizi ospedalieri e, laddove previsto, di quelli territoriali, sono assicurate mediante:

- a) il dipartimento di emergenza, se istituito, eventualmente integrato, ove necessario da altri servizi di guardia o di pronta disponibilità;
- b) la guardia medica di unità operativa o tra unità operative appartenenti ad aree funzionali omogenee e dei servizi speciali di diagnosi e cura;
- c) la guardia medica nei servizi territoriali ove previsto.

Il servizio di guardia medica è svolto all'interno del normale orario di lavoro. Sino all'entrata in vigore del contratto nazionale relativo al II biennio economico 2004 - 2005, le guardie espletate fuori dell'orario di servizio possono essere assicurate con il ricorso al lavoro straordinario alla cui corresponsione si provvede con il fondo previsto dall'art. 55 (*ndr. Fondo trattamento accessorio*) ovvero con recupero orario.

Il servizio di guardia è assicurato da tutti i dirigenti esclusi quelli di struttura complessa.

In attesa delle linee di indirizzo regionali il contratto prevede una serie di tipologie assistenziali per la guardia medica di Unità operativa specificato nell'allegato 2 al contratto (*per quest'ultimo si rimanda al testo integrale del contratto pubblicato sul sito www.anaao.it*).

In coerenza con le emanate linee di indirizzo regionali e con la finalità di valorizzare le aree di disagio, le parti si impegnano, altresì, a riesaminare le modalità di retribuzione delle guardie, in orario o fuori dell'orario di servizio, con il contratto del secondo biennio economico 2004 - 2005, previo monitoraggio del numero delle guardie effettivamente svolte presso le aziende ed enti da effettuarsi a cura dell'Aran, entro un mese dalla sigla dell'ipotesi di contratto, mediante una rilevazione riguardante il 2004 ai fini di una stima obiettiva e puntuale dei relativi costi.

Pronta disponibilità

(Sintesi art. 17)

Decade anche l'art.20 del contratto del '96, relativo alla pronta disponibilità, per la quale il nuovo contratto prevede che l'apposito servizio sia caratterizzato dalla immediata reperibilità del dirigente e dall'obbligo per lo stesso di raggiungere il presidio nel tempo stabilito nell'ambito del piano annuale adottato dall'azienda o ente per affrontare le situazioni di emergenza in relazione alla dotazione organica ed agli aspetti organizzativi delle strutture.

Sulla base del suddetto piano sono tenuti al servizio di pronta disponibilità i dirigenti - esclusi quelli di struttura complessa - in servizio presso unità operative con attività continua nel numero strettamente necessario a soddisfare le esigenze funzionali. In sede aziendale, possono essere individuate altre unità operative per le quali, sulla base dei piani per le emergenze, sia opportuno prevedere il servizio di pronta disponibilità.

Il servizio di pronta disponibilità è limitato ai soli periodi notturni e festivi; può essere sostitutivo ed integrativo dei servizi di guardia previsti all'art. 16 ed è organizzato utilizzando dirigenti appartenenti alla medesima disciplina. Nei servizi di anestesia, rianimazione e terapia intensiva può prevedersi esclusivamente la pronta disponibilità integrativa. Il servizio di pronta disponibilità integrativo dei servizi di guardia è di norma di competenza di tutti i dirigenti, compresi quelli di struttura complessa. Questi ultimi non sono invece coinvolti nel servizio sostitutivo a turno individuale.

Il servizio di pronta disponibilità ha durata di dodici ore. Due turni di pronta disponibilità sono prevedibili solo per le giornate festive. Di regola non potranno essere previste per ciascun dirigente più di dieci turni di pronta disponibilità nel mese.

La pronta disponibilità dà diritto ad una indennità per ogni dodici ore. Qualora il turno sia articolato in orari di minore durata - che comunque non possono essere inferiori a quattro ore - l'indennità è corrisposta proporzionalmente alla durata stessa, maggiorata del 10%. In caso di chiamata, l'attività prestata viene computata come lavoro straordinario o compensata come recupero orario.

Nel caso in cui la pronta disponibilità cada in un giorno festivo spetta un giorno di riposo compensativo senza riduzione del debito orario settimanale.

Ai compensi di cui al presente articolo si provvede con il fondo dell'art. 55 (*ndr. trattamento accessorio legato alle condizioni di lavoro*).

Le parti concordano per il graduale superamento della pronta disponibilità sostitutiva, allo scopo di garantire mediante turni di guardia una più ampia tutela assistenziale nei reparti di degenza.

Integrazione dell'art. 55 del CCNL 8 giugno 2000

(Sintesi art. 18)

Il nuovo contratto prevede una serie di aggiunte all'art.55 del precedente accordo (*ndr. Tipologie di attività libero professionali*) in merito all'utilizzazione dell'intramoenia nei servizi di guardia notturna al fine del rispetto delle linee di indirizzo regionali che dovranno definire la disciplina delle guardie e la loro durata.

È inoltre previsto che:

- sia razionalizzata la rete dei servizi ospedalieri interni dell'azienda per l'ottimizzazione delle attività connesse alla continuità assistenziale;

- siano le aziende a richiedere al dirigente le prestazioni in regime di libera professione, esaurita la utilizzazione di altri strumenti retributivi contrattuali;

- sia definito un tetto massimo delle guardie retribuibili con il ricorso all'intramoenia in misura non superiore al 12% delle guardie notturne complessivamente svolte in azienda;

- la tariffa per ogni turno di guardia notturna è fissata in Euro 480,00 lordi.

La presente disciplina, che decorre dall'entrata in vigore del presente contratto, ha carattere sperimentale ed è soggetta a verifiche e monitoraggio.

CAPO III

ISTITUTI DI PECULIARE INTERESSE

Effetti del procedimento penale sul rapporto di lavoro

(Sintesi art. 19)

Con questo articolo vengono ampiamente e ulteriormente regolamentate le sanzioni per il dirigente che sia colpito da misura restrittiva della libertà personale (sospensione, privazione della retribuzione, trasferimento) sostituendo le norme già previste dall'art.30 del contratto del 1996 (*per quest'articolo si rimanda al testo integrale del contratto pubblicato sul sito www.anaao.it*).

Comitato dei Garanti

(Sintesi art. 20)

Viene confermato l'istituto del Comitato dei Garanti nelle forme già previste dalle precedenti normative prolungando a sessanta giorni (prima erano trenta) il tempo massimo per il parere del Comitato sui casi di recesso e rendendo tale parere vincolante (prima era espresso come parere preventivo).

Copertura assicurativa

(Sintesi art. 21)

Il nuovo contratto rafforza le misure finalizzate a far sì che tutte le Asl assicurino i propri dirigenti già previste dal precedente contratto ma, in realtà, poco applicate fino ad oggi in molte situazioni.

In particolare si prevede che le aziende garantiscono una adeguata copertura assicurativa della responsabilità civile di tutti i dirigenti, ivi comprese le spese di giudizio ai sensi dell'art. 25 del precedente contratto per le eventuali conseguenze derivanti da azioni giudiziarie dei terzi, relativamente alla loro attività, ivi compresa la libera professione intramuraria, senza diritto di rivalsa, salvo le ipotesi di dolo o colpa grave.

Le aziende ed enti provvedono alla copertura degli oneri con le risorse destinate a tal fine nei bilanci, incrementate con la trattenuta di misura pro-capite da un minimo di Euro 26 mensili (già previsti dall'art. 24, comma 3 precedente contratto) ad un massimo di Euro 50, posta a carico di ciascun dirigente per la copertura di ulteriori rischi non coperti dalla polizza generale (*ndr. per ulteriori rischi si intende tanto la copertura da parte del dirigente - mediante gli oneri a suo carico - di ulteriori rischi professionali derivanti dalla specifica attività svolta quanto la copertura dal rischio dell'azione di rivalsa da parte dell'azienda o ente in caso di accertamento di responsabilità per colpa grave*). La trattenuta decorre dall'entrata in vigore della polizza con la quale viene estesa al dirigente la copertura assicurativa citata.

Sono fatte salve eventuali iniziative regionali per la copertura assicurativa attuate anche sulla base delle risultanze

della Commissione istituita ai sensi dell'art. 24 del precedente contratto.

Le aziende attivano sistemi e strutture per la gestione dei rischi, anche tramite sistemi di valutazione e certificazione della qualità, volti a fornire strumenti organizzativi e tecnici adeguati per una corretta valutazione delle modalità di lavoro da parte dei professionisti nell'ottica di diminuire le potenzialità di errore e, quindi, di responsabilità professionale nonché di ridurre la complessiva sinistrosità delle strutture sanitarie, consentendo anche un più agevole confronto con il mercato assicurativo.

Disciplina transitoria della mobilità

(Sintesi art. 22)

Vengono aggiunte e meglio specificate alcune norme alla disciplina della mobilità già prevista dall'art.20 del precedente contratto, specificando che il dirigente ammesso a particolari corsi di formazione o di aggiornamento (quali ad esempio corsi post - universitari, di specializzazione, di management e master) a seguito dei relativi piani di investimento dell'azienda o ente anche nell'ambito dell'ECM deve impegnarsi a non accedere alla mobilità volontaria se non siano trascorsi due anni dal termine della formazione. In caso di perdurante situazione di carenza di organico, il dirigente neo assunto non può accedere alla mobilità se non siano trascorsi due anni dall'assunzione comprensivi del preavviso.

Sono fatte salve le procedure per le domande di mobilità che abbiano ottenuto il nulla osta dell'azienda o ente di destinazione del dirigente alla data del 29 settembre 2005.

In considerazione dell'eccezionalità e temporaneità della situazione evidenziata nonché del carattere sperimentale della presente norma, la clausola è soggetta a verifica delle parti al termine del quadriennio. In caso di vacanza contrattuale, la clausola scadrà comunque il 31 dicembre 2006.

Formazione ed ECM

(Sintesi art. 23)

Viene ribadita l'importanza strategica della formazione continua per favorire la quale sono da individuare iniziative ed azioni a livello regionale e aziendale che incentivino la partecipazione di tutti gli interessati.

La formazione continua si svolge sulla base delle linee generali di indirizzo dei programmi annuali e pluriennali individuati a livello nazionale e regionale, concordati in appositi progetti formativi presso l'azienda o ente anche nell'ambito della contrattazione integrativa, sottolineando in particolare il ruolo della formazione sul campo e le ricadute della formazione sull'organizzazione del lavoro.

L'azienda e l'ente garantiscono l'acquisizione dei crediti formativi da parte dei dirigenti interessati con le scadenze previste dalle vigenti disposizioni nell'ambito della formazione obbligatoria sulla base delle risorse finalizzate allo scopo, ivi comprese quelle eventualmente stanziati dall'Unione Europea. I dirigenti che vi partecipano sono considerati in servizio a tutti gli effetti ed i relativi oneri sono a carico dell'azienda o ente.

Dato il carattere tuttora - almeno in parte - sperimentale della formazione continua, le parti concordano che nel caso di impossibilità anche parziale di rispettare la garanzia prevista circa l'acquisizione nel triennio del minimo di crediti formativi da parte dei dirigenti interessati non trovano applicazione le penalizzazioni previste dalla riforma sanitaria del 1999. Ne consegue che, in tali casi, le aziende ed enti non possono intraprendere iniziative unilaterali di penalizzazione per la durata del presente contratto.

Ove, viceversa i programmi di formazione siano attuati, il dirigente che senza giustificato motivo non partecipi alla formazione continua e non acquisisca i crediti previsti nel triennio, subirà una penalizzazione nelle procedure di conferimento degli incarichi da stabilirsi nei criteri integrativi aziendali.

Sono considerate cause di sospensione dell'obbligo di acquisizione dei crediti formativi il periodo di gravidanza e puerperio, i periodi di malattia superiori a cinque mesi, le aspettative a qualsiasi titolo usufruite, ivi compresi i distacchi per motivi sindacali. Il triennio riprende a decorrere dal rientro in servizio del dirigente. Sono fatti

salvi eventuali ulteriori periodi di sospensione previsti da disposizioni regionali in materia.

La formazione deve, inoltre, essere coerente con l'obiettivo di migliorare le prestazioni professionali dei dirigenti e, quindi, strettamente correlata ai piani di indirizzo nazionali e regionali. Ove il dirigente prescelga percorsi non rientranti nei piani suddetti o che non corrispondano alle citate caratteristiche, le iniziative di formazione - anche quella continua - rientrano nell'ambito della formazione facoltativa con oneri a carico del dirigente.

Disposizioni particolari (Sintesi art. 24)

In questo articolo sono raggruppate diverse disposizioni riguardanti modifiche, integrazioni o soppressione di precedenti norme riguardanti diversi aspetti di dettaglio (*per quest'articolo si rimanda al testo integrale del contratto pubblicato sul sito www.anaao.it*).

CAPO IV VERIFICA E VALUTAZIONE DEI DIRIGENTI

La verifica e valutazione dei dirigenti (Sintesi art. 25)

Con questo articolo e i successivi, fino al 32 compreso, vengono introdotte nuove norme e regole per il sistema di verifica dei dirigenti. Contestualmente vengono sostituiti gli art. 31, 33 e 34 del precedente contratto.

In primo luogo si ribadisce che la valutazione dei dirigenti - che è diretta alla verifica del livello di raggiungimento degli obiettivi assegnati e della professionalità espressa - è caratteristica essenziale ed ordinaria del loro rapporto di lavoro.

In tal senso sono modificate e integrate le precedenti norme prevedendo che le aziende definiscano meccanismi e strumenti di monitoraggio e valutazione dei costi, dei rendimenti e dei risultati, in relazione ai programmi e obiettivi da perseguire correlati alle risorse umane, finanziarie e strumentali effettivamente disponibili, stabilendo le modalità con le quali i processi di valutazione - affidati al Collegio tecnico ed al nucleo di valutazione - si articolano e garantendo, in ogni caso, una seconda istanza di valutazione.

La valutazione avviene annualmente ed al termine dell'incarico.

I risultati finali della valutazione annuale ed al termine dell'incarico effettuata dai competenti organismi di verifica sono riportati nel fascicolo personale.

Le aziende adottano, preventivamente e concertandoli con i sindacati, i criteri generali che informano i sistemi di valutazione delle attività professionali, delle prestazioni e delle competenze organizzative dei dirigenti nonché dei relativi risultati di gestione nell'ambito dei meccanismi e sistemi.

Le procedure di valutazione devono essere improntate ai seguenti principi:

- trasparenza dei criteri usati, oggettività delle metodologie adottate ed obbligo di motivazione della valutazione espressa;
- informazione adeguata e partecipazione del valutato, anche attraverso la comunicazione ed il contraddittorio nella valutazione di I e II istanza;
- diretta conoscenza dell'attività del valutato da parte del soggetto che, in prima istanza, effettua la proposta di valutazione sulla quale l'organismo di verifica è chiamato a pronunciarsi.

Organismi per la verifica e valutazione dei risultati e delle attività dei dirigenti (Sintesi art. 26)

Gli organismi preposti alla verifica e valutazione dei dirigenti sono:

- il Collegio tecnico
- il Nucleo di valutazione

Il Collegio tecnico procede alla verifica e valutazione:

- di tutti i dirigenti alla scadenza dell'incarico loro conferito in relazione alle attività professionali svolte ed ai risultati raggiunti;

- dei dirigenti di nuova assunzione al termine del primo quinquennio di servizio;

- dei dirigenti che raggiungono l'esperienza professionale ultraquinquennale in relazione all'indennità di esclusività.

Il Nucleo di valutazione procede alla verifica e valutazione annuale:

- dei risultati di gestione del dirigente di struttura complessa e di struttura semplice;
- dei risultati raggiunti da tutti i dirigenti in relazione agli obiettivi affidati, anche ai fini dell'attribuzione della retribuzione di risultato.

Modalità ed effetti della valutazione positiva dei risultati raggiunti (Sintesi art. 27)

La valutazione annuale da parte del nucleo di valutazione riguarda:

- Per i dirigenti di struttura complessa e di struttura semplice:

- la gestione del budget finanziario formalmente affidato e delle risorse umane e strumentali effettivamente assegnate in relazione agli obiettivi concordati e risultati conseguiti;
- ogni altra funzione gestionale espressamente delegata in base all'atto aziendale;
- l'efficacia dei modelli gestionali adottati per il raggiungimento degli obiettivi annuali.

- Per tutti gli altri dirigenti:

- l'osservanza delle direttive nel raggiungimento dei risultati in relazione all'incarico attribuito;
- il raggiungimento degli obiettivi prestazionali qualitativi espressamente affidati;
- l'impegno e la disponibilità correlati all'articolazione dell'orario di lavoro rispetto al conseguimento degli obiettivi.

L'esito positivo della valutazione comporta l'attribuzione ai dirigenti della retribuzione di risultato.

L'esito positivo delle verifiche annuali concorre, inoltre, assieme agli altri elementi, anche alla formazione della valutazione da attuarsi alla scadenza degli incarichi dirigenziali.

Modalità ed effetti della valutazione positiva delle attività professionali svolte e dei risultati raggiunti (Sintesi art. 28)

La valutazione del Collegio tecnico riguarda tutti i dirigenti e tiene conto:

- della collaborazione interna e livello di partecipazione multi - professionale nell'organizzazione dipartimentale;
- del livello di espletamento delle funzioni affidate nella gestione delle attività e qualità dell'apporto specifico;
- dei risultati delle procedure di controllo con particolare riguardo all'appropriatezza e qualità clinica delle prestazioni, all'orientamento all'utenza, alle certificazioni di qualità dei servizi;
- l'efficacia dei modelli organizzativi adottati per il raggiungimento degli obiettivi;
- la capacità dimostrata nel motivare, guidare e valutare i collaboratori e di generare un clima organizzativo favorevole all'uso ottimale delle risorse, attraverso una equilibrata individuazione dei carichi di lavoro del personale, dei volumi prestazionali nonché della gestione degli istituti contrattuali;
- della capacità dimostrata nel gestire e promuovere le innovazioni tecnologiche e procedurali, in particolare per quanto riguarda il rispetto dei tempi e modalità nelle procedure di negoziazione del budget in relazione agli obiettivi affidati nonché i processi formativi e la selezione del personale;
- della capacità promuovere, diffondere, gestire ed implementare linee guida, protocolli e raccomandazioni diagnostiche terapeutiche aziendali;
- delle attività di ricerca clinica applicata, delle sperimentazioni, delle attività di tutoraggio formativo, della

docenza universitaria e nell'ambito dei programmi di formazione permanente aziendale;

- del raggiungimento del minimo di crediti formativi;
- del rispetto del codice di comportamento previsto dal nuovo contratto, tenuto conto anche delle modalità di gestione delle responsabilità dirigenziali e dei vincoli derivanti dal rispetto dei codici deontologici.

L'esito positivo della valutazione affidata al Collegio tecnico produce i seguenti effetti:

- per i dirigenti di struttura complessa o semplice, alla scadenza dell'incarico realizza la condizione per la conferma nell'incarico già assegnato o per il conferimento di altro della medesima tipologia di pari o maggior rilievo gestionale ed economico. Per gli altri dirigenti realizza la condizione per la conferma o il conferimento di nuovi incarichi di pari o maggior rilievo professionale ed economico o di struttura semplice;
- per i dirigenti neo assunti, al termine del quinto anno:
 - la attribuzione di incarichi di natura professionale anche di alta specializzazione, di consulenza, studio e ricerca, ispettivi, di verifica e di controllo, nonché di direzione di strutture semplici;
 - l'attribuzione dell'indennità di esclusività della fascia superiore;
 - la rideterminazione della retribuzione di posizione minima contrattuale;
- per i dirigenti che hanno già superato il quinquennio, il passaggio alla fascia superiore dell'indennità di esclusività al maturare dell'esperienza professionale richiesta.

La valutazione negativa (Sintesi art. 29)

L'accertamento della responsabilità dirigenziale a seguito dei distinti e specifici processi di valutazione, prima della formulazione del giudizio negativo, deve essere preceduto da un contraddittorio nel quale devono essere acquisite le controdeduzioni del dirigente anche assistito da una persona di fiducia.

L'accertamento che rilevi scostamenti rispetto agli obiettivi e compiti professionali propri dei dirigenti, come definiti a livello aziendale ed imputabili a responsabilità dirigenziale, comporta l'assunzione di provvedimenti che devono essere commisurati:

- alla posizione rivestita dal dirigente nell'ambito aziendale;
- all'entità degli scostamenti rilevati.

Effetti della valutazione negativa dei risultati (Sintesi art. 30)

Per i dirigenti con incarico di direzione di struttura complessa o semplice, previo esperimento della procedura di cui al precedente art. 29, l'accertamento delle responsabilità dirigenziali, può determinare:

- perdita della retribuzione di risultato in tutto o in parte con riguardo all'anno della verifica;
 - la revoca dell'incarico prima della sua scadenza e l'affidamento di altro di valore economico inferiore a quello in atto. Ai dirigenti con incarico di direzione di struttura complessa la revoca di tale incarico comporta l'attribuzione dell'indennità di esclusività della fascia immediatamente inferiore nonché la perdita dell'indennità di struttura complessa;
 - in caso di accertamento di responsabilità reiterata, la revoca dell'incarico assegnato ai sensi del precedente punto b) ed il conferimento di uno degli incarichi di valore economico inferiore a quello revocato, fatta salva l'applicazione del recesso;
- Per i dirigenti cui siano conferiti incarichi di natura professionale (art. 27, comma 1 lett. C del precedente contratto), previo esperimento delle procedure del precedente art. 29, l'accertamento delle responsabilità dirigenziali dovuto all'inosservanza delle direttive ed all'operato non conforme, può determinare:

- perdita, in tutto o in parte, della retribuzione di risultato con riguardo all'anno della verifica;
- la revoca anticipata dell'incarico e l'affidamento di

altro tra quelli previsti dallo stesso art. 27, comma 1, lett. C del precedente contratto, di valore economico inferiore a quello in atto;
c) in caso di responsabilità reiterata, ulteriore applicazione del punto b), fatta salva l'applicazione recesso.

Per i dirigenti cui siano conferiti gli incarichi di natura professionale conferibili ai dirigenti con meno di cinque anni di anzianità (art.27, lett. D del precedente contratto), previo esperimento delle procedure del precedente art. 29, l'accertamento delle responsabilità dirigenziali, dovuto all'inosservanza delle direttive ed all'operato non conforme, può determinare la perdita, in tutto o in parte, della retribuzione di risultato con riguardo all'anno della verifica.

L'azienda o ente può disporre la revoca degli incarichi prima della loro scadenza, mediante anticipazione della verifica e valutazione da parte del Collegio tecnico ai sensi del successivo art.31, solo a partire dalla seconda valutazione negativa consecutiva. Nell'attribuzione di un incarico di minor valore economico è fatta salva la componente fissa della retribuzione di posizione minima contrattuale. A decorrere dall'entrata in vigore del presente contratto, la nuova retribuzione minima contrattuale unificata, in caso di valutazione negativa, è decurtabile sino alla misura massima del 40%. Sono fatti salvi eventuali conguagli rispetto a quanto percepito.

La responsabilità dirigenziale per reiterati risultati e fondata su elementi di particolare gravità, può costituire giusta

causa di recesso da parte dell'azienda nei confronti di tutti i dirigenti destinatari del presente articolo.

Effetti della valutazione negativa delle attività professionali svolte e dei risultati raggiunti sugli incarichi ed altri istituti (Sintesi art. 31)

L'esito negativo del processo di verifica e valutazione delle attività professionali svolte dai dirigenti e dei risultati raggiunti affidato al Collegio tecnico è attuato con le procedure di cui al precedente art. 29.

Il dirigente di struttura complessa che non superi positivamente la verifica alla scadenza dell'incarico non è confermato. Lo stesso è mantenuto in servizio con altro incarico tra quelli professionali, congelando contestualmente un posto vacante di dirigente. Il mantenimento in servizio comporta la perdita dell'indennità di struttura complessa ove attribuita e l'attribuzione dell'indennità di esclusività della fascia immediatamente inferiore.

Nei confronti dei restanti dirigenti, compresi quelli con incarico di direzione di struttura semplice, il risultato negativo della verifica non consente la conferma nell'incarico già affidato e comporta l'affidamento di un incarico di minor valore economico nonché il ritardo di un anno nella attribuzione della fascia superiore dell'indennità di esclusività, ove da attribuire nel medesimo anno. Per i dirigenti con meno di cinque anni, il risultato negativo della verifica del comma 1 al termine del quin-

quennio comporta il ritardo di un anno nell'eventuale conferimento di un nuovo incarico.

In tutti i casi di attribuzione di un incarico di minor valore economico, sino al 30 dicembre 2003, è fatta salva la componente fissa della retribuzione di posizione minima contrattuale. A decorrere dall'entrata in vigore del presente contratto, la nuova retribuzione di posizione minima contrattuale unificata, in caso di valutazione negativa, è decurtabile sino alla misura massima del 40%. Sono fatti salvi eventuali conguagli rispetto a quanto percepito.

I dirigenti di struttura semplice e quelli con meno di cinque anni sono soggetti ad una nuova verifica l'anno successivo per la eventuale rimozione degli effetti negativi della valutazione con riguardo alle indennità. In presenza delle condizioni organizzative che lo consentono, è fatta salva la facoltà delle aziende ed enti, dopo tale periodo ed in base alla predetta verifica, di conferire ai dirigenti con meno di cinque anni uno degli incarichi di natura professionale anche di alta specializzazione, previsti dall'art. 27, lettera c) del precedente contratto.

Norma finale del sistema di valutazione (Sintesi art. 32)

Il sistema di valutazione previsto dal presente contratto, a modifica ed integrazione di quanto stabilito dagli articoli da 31 a 34 del CCNL 8 giugno 2000, deve essere attuato a regime entro il 30 novembre 2005.

IL NUOVO CONTRATTO

I principali indicatori economici

Di seguito abbiamo selezionato alcuni indicatori delle nuove retribuzioni contenuti nella parte economica del contratto. Ricordiamo che il testo integrale è consultabile sul sito: www.anaao.it

Dirigenza medica: voci retributive tutte o in parte conglobate nel nuovo tabellare unico fissato (annui/lordi/ con 13esima)

INCARICO	TIPOLOGIA DI RAPPORTO	TABELLARE 01/01/2003	IIS 01/01/2003	POSIZIONE 31/12/2003	RIA 31/12/2003	RISULTATO 31/12/2003	NUOVO TABELLARE 31/12/2003
DIRETTORE STRUTTURA COMPLESSA	esclusivo	€ 23.975,86	€ 7.169,97	€ 5.806,93	€ 0,00	€ 1.245,24	€ 38.198,00
	non esclusivo *	€ 23.975,86	€ 7.169,97	€ 5.806,93	€ 0,00	€ 1.245,24	€ 38.198,00
RESPONSABILE STRUTTURA SEMPLICE E/O EX MODULO	esclusivo	€ 23.975,86	€ 7.169,97	€ 5.806,93	€ 0,00	€ 1.245,24	€ 38.198,00
	non esclusivo *	€ 23.975,86	€ 7.169,97	€ 5.806,93	€ 0,00	€ 1.245,24	€ 38.198,00
PROFESSIONALE LETT. c) art. 27 CCNL 2000	esclusivo	€ 23.975,86	€ 7.169,97	€ 5.806,93	€ 0,00	€ 1.245,24	? 38.198,00
	non esclusivo	€ 23.975,86	€ 7.169,97	€ 5.806,93	€ 0,00	€ 1.245,24	€ 38.198,00
PROFESSIONALE DIRIGENTE EQUIPARATO	esclusivo	€ 23.975,86	€ 7.169,97	€ 5.806,93	€ 0,00	€ 1.245,24	€ 38.198,00
	non esclusivo	€ 23.975,86	€ 7.169,97	€ 5.806,93	€ 0,00	€ 1.245,24	€ 38.198,00
PROFESSIONALE DIRIGENTE CON <5 ANNI	esclusivo**	€ 23.975,86	€ 7.169,97	€ 4.746,21	€ 1.060,00	€ 1.245,24	€ 38.198,00
	non esclusivo**°	€ 23.975,86	€ 7.169,97	€ 3.715,25	€ 2.091,00	€ 1.245,24	€ 38.198,00

* Posizioni a tutt'oggi inesistenti ma possibili successivamente all'applicazione della legge 138/2004

° dirigenti che ai fini del conglobalmente anticipato l'equiparazione di cui all'art. 3 1998/2001 II° biennio economico

°° dirigenti in una posizione probabilmente a tutt'oggi inesistenti.

Fonte: Elaborazioni Anaa Assomed su dati Aran

Incrementi contrattuali a regime (1/1/2004) riferiti al 5,66% (compresa 13esima) e agli effetti dei conglobamenti nel tabellario unico

incarico	esclusivo annuo	esclusivo annuo (%)	esclusivo arretrati (30/6/2005)	non esclusivo	non esclusivo annuo	non esclusivo annuo (%) arretrati (30/6/05)
struttura complessa	€5.405,40	5,25 medio	€15.585,80	*	*	non stimato
struttura semplice e/o ex modulo	€3.872,70	5,55 medio	€11.205,70	*	*	non stimato
LETT. C) art.27 Ccnl 8/6/2000	€3.194,10	5,78 medio	€9.259,90	€3.373,50 (€1.245,24) ²	6,58 medio (+2,43 medio) ²	€9.753,48 (€1.867,86) ²
dirigente equiparato	€3.194,10	5,78 medio	€9.259,90	€3.649,67 (€1.245,24) ²	7,13 medio (+2,43 medio) ²	€10.558,40 (€1.867,86) ²
dirigente < 5 anni	€3.194,10 (+€1.060,60) ¹	5,78 medio (+1,92 medio) ¹	€9.259,90 (+€1.550,11) ¹	*	*	non stimato

* Posizioni possibili solo a partire dal 1/1/2005 in applicazione della legge 138/2004

- Incrementi ulteriori derivanti dall'utilizzo della RIA quale anticipazione dell'equiparazione del minimo di posizione al 5 anno di anzianità

- Incrementi ulteriori derivanti dall'utilizzo del risultato non previsto per i dirigenti a rapporto non esclusivo

Fonte: Elaborazioni Anaa Assomed su dati Aran

Nuova struttura del trattamento fondamentale + l'indennità di esclusività Dirigenti Medici a rapporto esclusivo - (:12x13)

incarico 31/12/2003	tabellare minima	posizione minima 31/12/03	ISM 31/12/03	RIA 31/12/03	ASSEGNI 31/12/03	ESCLUSIVITA'
struttura complessa (chirurgica)	€35.259,70	€8.196,51	€10.329,14	ove acquisita	ove spettanti	€16.523,52
struttura complessa (medicina)	€35.259,70	€7.116,08	€10.329,14	ove acquisita	ove spettanti	€16.523,52
struttura complessa (territorio)	€35.259,70	€6.583,09	€10.329,14	ove acquisita	ove spettanti	€16.523,52
struttura semplice e/o ex modulo	€35.259,70	€5.735,36	€7.746,85	ove acquisita	ove spettanti	€12.394,97
lett. C) art. 27 ccnl 8/6/2000	€35.259,70	€2.374,32	€7.746,85	ove acquisita	ove spettanti	€9.094,81
dirigente equiparato	€35.259,70	€2.374,32	€7.746,85	ove acquisita	ove spettanti	€9.094,81
dirigente <5 anni	€35.259,70	€0,00	€7.746,85	ove acquisita	ove spettanti	€2.253,30

Fonte: Elaborazioni Anaa Assomed su dati Aran

Nuova struttura del trattamento fondamentale Dirigenti Medici a rapporto non esclusivo - (:12x13)

Incarico	tabellare 31/12/2003	posizione minima 31/12/03	ISM 31/12/03	RIA 31/12/03	ASSEGNI 31/12/03	ESCLUSIVITA'
struttura complessa (chirurgica)	€35.259,70	€3.507,14	€10.329,14	ove acquisita	ove spettanti	€0,00
struttura complessa (medicina)	€35.259,70	€2.708,70	€10.329,14	ove acquisita	ove spettanti	€0,00
struttura complessa (territorio)	€35.259,70	€2.183,98	€10.329,14	ove acquisita	ove spettanti	€0,00
struttura semplice e/o ex modulo	€35.259,70	€2.568,43	€7.746,85	ove acquisita	ove spettanti	€0,00
lett. C) art. 27 ccnl 8/6/2000	€35.259,70	€0,00	€7.746,85	ove acquisita	ove spettanti	€0,00
dirigente equiparato	€35.259,70	€0,00	€7.746,85	ove acquisita	ove spettanti	€0,00
dirigente <5 anni*	€35.259,70	€0,00	€7.746,85	ove acquisita	ove spettanti	€0,00

* Posizioni possibili solo a partire dal 1/1/2005 in applicazione della legge 138/2004

* Riferimento meramente contabile e storico (art. 58 Norma Finale)

Fonte: Elaborazioni Anaa Assomed su dati Aran

PROTOCOLLO D'INTESA

Il Governo e le Parti sociali convengono sulla necessità di definire i contratti collettivi nazionali di lavoro del biennio economico 2004-2005.

1.

A tal fine il Governo si impegna a rideterminare le risorse finanziarie, indicate nelle leggi finanziarie 2004 e 2005, destinate ai rinnovi contrattuali del biennio economico 2004-2005 per il personale delle amministrazioni dello Stato di cui all'art. 1, comma 2 del decreto legislativo 165/2001, allo scopo di attribuire incrementi retributivi a regime del 5,01% per ciascun comparto di contrattazione. Le risorse aggiuntive saranno stanziare nel disegno di legge finanziaria per l'anno 2006, e saranno riferite esclusivamente sulla competenza del biennio economico 2004-2005.

2.

Il presente accordo riguarda la generalità delle Amministrazioni di cui all'art. 1, comma 2 e art. 70, comma 4 del decreto legislativo 165/2001 (Ministeri, Aziende Autonome, Scuola, PCM, Agenzie Fiscali, Enti Pubblici non Economici, Regioni ed Enti locali, Enti di ricerca, Sanità, Università, Accademie e Conservatori), e viene recepito tempestivamente, per le amministrazioni del settore pubblico non statale, in sede di confronto tra Governo, Regioni ed Autonomie locali.

3.

Il Governo si impegna ad avviare immediatamente le trattative per il rinnovo dei CCNL del biennio economico 2004-2005, definendo con la massima tempestività i necessari atti di indirizzo all'ARAN, e accelerando il successivo iter procedurale, e ad assumere ogni iniziativa opportuna per accelerare la sottoscrizione dei CCNL del biennio 2002-2003 ancora da concludere, con particolare riferimento al comparto degli Enti Ricerca ed alle Aree dirigenziali.

4.

Parte delle risorse finanziarie di cui al punto 1, comunque per un incremento retributivo non inferiore allo 0,5%, sarà destinata dai CCNL alla incentivazione della produttività dei dipendenti.

5.

Le Parti concordano sulla necessità di finalizzare maggiormente il secondo livello contrattuale ad incrementi di produttività e di qualità dei servizi della Pubblica Amministrazione, con la conseguente valorizzazione della qualità delle prestazioni e del merito.

6.

Il Governo e le organizzazioni sindacali si impegnano ad avviare un confronto sui temi della mobilità, ed in particolare riconoscono l'opportunità di attivare un piano di mobilità del personale pubblico utile ad accompagnare i processi innovativi dell'organizzazione e delle procedure derivanti anche dalla diffusione delle tecnologie dell'informazione.

I MATTONI DEL SSN

Come cambia il sistema informativo sanitario

A quattro anni dalla definizione di un nuovo percorso informativo del Servizio sanitario nazionale, in grado di dare più trasparenza, più tempestività nella raccolta, elaborazione e condivisione dei dati, oltre ad un maggiore orientamento al cittadino e ai suoi bisogni, l'Agenzia per i servizi sanitari fa il punto sul progetto "Mattoni del Ssn" che ridisegnerà modi, tempi e scopi della raccolta dei dati sanitari

di Stefano Simoni

Il progetto "Mattoni del Servizio sanitario nazionale" è la naturale evoluzione del Sis (sistema informativo sanitario) e rappresenta un importante strumento di collaborazione tra lo Stato e le Regioni.

Il Sis ha rappresentato, e tutt'ora rappresenta, un patrimonio informativo in grado di fotografare periodicamente l'attività, i costi e le risorse del Ssn al fine di poter operare un'adeguata azione di programmazione sanitaria.

Se da un lato il Sis rappresenta un patrimonio informativo, dall'altro è indubitabile che uno degli elementi di maggior criticità della struttura è la nota disomogeneità tra le Regioni. Da qui la necessità di trovare un linguaggio comune, condiviso che sappia far "dialogare" le informazioni e in grado di colmare, attraverso un programma nazionale, i vuoti presenti negli strumenti informativi del Servizio sanitario nazionale.

IL PASSAGGIO DAL SIS AL "NUOVO" SIS

Nel febbraio 2001 la conferenza Stato-Regioni ha definito con il ministero della Salute un percorso di evoluzione del sistema "nuovo", dove nuovi sono i destinatari del sistema: non più solo il ministero della Salute ma tutti gli attori (si va dagli operatori sanitari ai cittadini, passando per le istituzioni e le Aziende) che devono poter condividere informazioni relative al livello nazionale del sistema sanitario; nuove le modalità con cui viene progettato e con cui le informazioni vengono scambiate; nuove infine le aspettative riposte nel sistema. La realizzazione del Nsis (Nuovo sistema informativo sanitario) s'inserisce in una cornice finalizzata al monitoraggio del bilanciamento costi-qualità del servizio sanitario.

"La particolare rilevanza del progetto - scrive Filippo Palumbo, direttore generale della Programmazione sanitaria dei Lea e dei principi etici di sistema, ministero della Salute, sul numero 13/2005 di "Monitor", bimestrale dell'Assr dedicato quasi interamente al "Progetto Mattoni" - deriva dal fatto che esso si colloca ad un crocevia ove si intersecano due direttrici strategiche del confronto Stato-Regioni. La prima direttrice è quella relativa all'evoluzione del Sis, diventato "nuovo" a seguito di un periodo di ripensamento del suo modo di essere e di operare che ha trovato un nuovo riferimento normativo nella legge 311/2004 (Finanziaria 2005)".

La seconda direttrice di confronto Stato-Regioni, che ha contribuito a generare il progetto "Mattoni del Ssn", scrive ancora Palumbo, "è costituita dall'ampio dibattito politico sul Ssn che, a partire dalla svolta del 2001 (riforma del Titolo V della Costituzione e accordo dell'8 agosto tra Stato e Regioni) si è sviluppato e si sta ancora sviluppando lungo tutto il quinquennio che si chiuderà quest'anno, attraverso: il Psn 2003-2005; l'individuazione delle priorità applicative del Psn (accordo 29 luglio 2003); dichiarazione di Cernobbio 2004; la legge Finanziaria 2005 e la nuova intesa Stato-Regioni del 23 marzo 2005 che stabilisce il rinnovo dell'accordo dell'8 agosto. Tutto il dibattito è stato caratterizzato dalla consapevolezza di trovarsi in una particolare fase storica che

va affrontata assicurando l'effettiva erogazione delle prestazioni e dei servizi compresi nei Lea e garantendo un'adeguata risposta alle sfide assistenziali poste dai bisogni socio-sanitari connessi al fenomeno della non autosufficienza".

I 15 MATTONI

L'organizzazione dei mattoni prevede 15 linee progettuali sviluppate da altrettanti gruppi di lavoro. Ogni gruppo è costituito da un Regione o Istituzione capogruppo, incaricata di definire contenuti, budget ecc. e di coordinare il comune lavoro insieme ad una Regione associata e a cinque Regioni portatrici di know-how ed esperienze operative, che costituiscono il gruppo ristretto, assieme ad esperti e tecnici. Spetta poi al gruppo allargato, composto da tutte le Regioni, contribuire a definire gli output dei progetti e approvarli.

I 15 mattoni sono:

1. Classificazione delle strutture
2. Classificazione delle prestazioni ambulatoriali
3. Evoluzione del sistema Drg nazionale
4. Ospedali di riferimento
5. Standard minimi di quantità di prestazioni
6. Tempi di attesa
7. Misura dell'appropriatezza
8. Misura dell'outcome
9. Realizzazione del patient file
10. Prestazioni farmaceutiche
11. Pronto soccorso e sistema 118
12. Prestazioni residenziali e semiresidenziali
13. Assistenza primaria e prestazioni domiciliari
14. Misura dei costi del Ssn
15. Assistenza sanitaria collettiva

OBIETTIVI

Come scrivono Laura Pellegrini e Franco Toniolo nell'editoriale sullo stesso numero di "Monitor", l'obiettivo del progetto Mattoni è "il pieno adeguamento dei Lea che può essere raggiunto attraverso la trasparenza, la puntualità e la confrontabilità dei dati provenienti dalle strutture esistenti in tutte le Regioni, oltre ad un'analisi delle attività svolte e dei risultati conseguiti per conoscere e valutare le diverse realtà con le medesime metodologie".

I capisaldi del progetto - affermano ancora Pellegrini e Toniolo - sono "la trasparenza delle informazioni a tutti i livelli; l'orientamento al cittadino e ai suoi bisogni; la tempestività del processo di raccolta, elaborazione e condivisione dei dati; la necessità di un rigoroso processo di validazione, svolto a livello aziendale, regionale e nazionale (...). L'importanza del progetto Mattoni discende dal fatto che ad esso è legato il successo della riorganizzazione dei flussi del Nsis".

RISULTATI RAGGIUNTI

La progettazione, nei 15 ambiti sopra elencati, porta alla realizzazione di prodotti applicabili ai diversi sistemi regionali al fine di ottenere un comune denominatore dell'informazione sanitaria. A questo proposito è utile

riportare sinteticamente i primi risultati concreti prodotti dai Mattoni e già approvati dalla Cabina di regia.

Mattone 1: Classificazione delle strutture modello per la rilevazione delle strutture ospedaliere e territoriali;

Mattone 2: Classificazione delle prestazioni ambulatoriali: più di 1000 contributi alla revisione dell'elenco della specialistica ambulatoriale provenienti da 49 società scientifiche;

Mattone 3: Evoluzione del sistema Drg nazionale: supporto alla diffusione della versione 2002 della Classificazione Icd IX Cm, emanata dal ministero della Salute;

Mattone 6: Tempi di attesa: metodologia per l'identificazione dei campi per la rilevazione dei tempi di attesa per le prestazioni in ricovero ordinario (in fase di ultimazione);

Mattone 9: realizzazione del Patient file: prima versione del documento di ricognizione sulla funzione e prospettive di sviluppo del Patient File;

Mattone 12: Prestazioni residenziali: flusso informativo nazionale per le "Prestazioni residenziali e semiresidenziali a lungo termine per anziani";

Mattone 13: Assistenza primaria e prestazioni domiciliari: flusso informativo nazionale per l'Assistenza domiciliare;

Mattone 14: Misura dei costi del Ssn: proposte di modifica rispetto al modello Conto Economico delle Aziende (in fase di ultimazione).

CONCLUSIONI

Come spiega, sempre su Monitor, Walter Bergamaschi, direttore generale del sistema informativo del ministero della Salute: "Il percorso compiuto in questi tre anni dalla cabina di regia ha avuto il merito di delineare una cornice di riferimento generale nella quale inquadrare modalità e priorità di sviluppo dei sistemi informativi sanitari in Italia. Si è preso atto, infatti, che non ci si poteva limitare a riprogettare il vertice della piramide informativa (il livello nazionale del sistema) come un'isola, a maggior ragione nel momento in cui le esigenze di programmazione e di governo della sanità a livello regionale e di monitoraggio nazionale impongono l'analisi di informazioni analitiche riconducibili al contatto fra il cittadino e il Ssn. Accanto alla definizione dei flussi informativi del livello nazionale è necessario definire regole semantiche comuni, standard tecnologici di cooperazione e integrazione fra le applicazioni e favorire la presenza capillare di adeguati sistemi informativi gestionali, integrati fra loro, con cui supportare i processi di cura e con cui generare quei Livelli essenziali di informazione necessari per il livello di governo e monitoraggio. Se il livello semantico è rappresentato dal progetto Mattoni, per il livello locale occorre attuare una roadmap in grado di supportare la progressiva realizzazione di una rete integrata dei servizi sanitari, socio-sanitari e sociali sul territorio, migliorando la qualità dell'assistenza e rendendo misurabile il bilanciamento tra qualità ed efficienza dei servizi erogati.

Il Tavolo di sanità elettronica si propone di colmare questa lacuna e di avviare una nuova stagione di collaborazione fra aziende sanitarie, Regioni e amministrazioni centrali".

O SPEDALITÀ PRIVATA

Il contratto dei medici dipendenti del privato - 1ª parte

È stato firmato nel gennaio scorso il Contratto collettivo nazionale di lavoro per il Personale Medico Dipendente da Case di Cura, Istituti di Ricerca e Cura a Carattere Scientifico, Presidi e Centri di Riabilitazione associati Aiop, Aris e Fdg. In pratica il Ccnl dell'ospedale privata accreditata per i Medici dipendenti rappresentati, ancora una volta, dall'unica sigla sindacale ammessa al tavolo della trattativa. Ciò che rende tale trattativa davvero singolare nell'attuale panorama sindacale

Scaduto il 31/12/2001 - al pari di quello dell'Area Dirigenziale Medica delle strutture pubbliche - il nuovo Ccnl si riferisce sia per la parte normativa, sia per quella economica all'arco temporale che va dal 1/1/2002 fino al 31/12/2005.

Cominciamo dalla parte economica.

1. Arretrati (art. 58 - Decorrenza e Durata)

I miglioramenti economici hanno decorrenza 1/1/2005 con un'una tantum forfettaria per i Medici già in servizio relativa ai tre anni 2002/2004. Per il Medico a tempo pieno sono previsti, in relazione alla qualifica, i seguenti arretrati: Assistente € 2500, Aiuto € 3000, Responsabile e Direttore Sanitario € 4000. Per il Medico a tempo definito: Assistente € 2000, Aiuto € 2500 e Responsabile e Direttore Sanitario € 3000 (art 57 - Ar-

retrati Contrattuali).

2. Voci stipendiali (art. 37/53)

Risultano così articolate:

- stipendio base
- retribuzione di anzianità maturata al 31/12/1996
- indennità di Medico di Struttura sanitaria privata
- indennità professionale
- indennità medica per Aiuto Dirigente, Aiuto ed Assistente
- indennità di Direttore Sanitario e di Medico Responsabile
- indennità di direzione sanitaria per medici responsabili
- indennità integrativa speciale (contingenza) abolita dall'1/1/2005, confluita nella retribuzione base
- indennità di servizio notturno e festivo
- indennità da rischio
- tredicesima mensilità
- assegno ad personam
- superminimo

segue a pagina 14

CCNL 2002/2005 - Medico a Tempo Pieno - 38 ore/settimanali (voci retributive lorde mensili)

Retribuzione/Mese	Assistente A *	Assistente B**	Aiuto	Aiuto Dirigente	Responsabile***
Stipendio base	2.141	2.206	2.650	2.650	3.361
Ind. Str. Privata	71	71	93	93	145
Ind. Professionale	573	573	711	711	852
Ind. /Qualifica	26	26	52	165	189/265****
Ind. Responsabile					170
Retrib. Ind. Anzianità	Le Classi e gli scatti maturati fino al 31/12/1996 restano acquisiti e non vengono riassorbiti				
Ind. Integrativa Speciale	A partire da 1/1/2005 tale indennità confluisce nello stipendio base				
Ind. Servizio Notturno	3 euro/ora				
Ind. Servizio Festivo	10-20 euro/ora				
Ind. da Rischio	1.240/anno				

* Assistente fascia A: neo-assunto

** Assistente fascia B: specializzazione + 5 anni di anzianità oppure 7 anni di anzianità

*** Medico Responsabile di Raggruppamento, Servizio, Direttore Sanitario

**** Area Funzionale di Medicina/Chirurgia e Terapia Intensiva

Medico a Tempo Definito - 30 ore/settimanali (voci retributive lorde mensili)

Retribuzione/Mese	Assistente A	Assistente B	Aiuto	Aiuto Dirigente	Responsabile
Stipendio base	1.786	1.820	2.280	2.280	2.910
Ind. Str. Privata	54	54	70	70	108

NB.: le altre indennità sono uguali a quelle di Medico a tempo pieno

CCNL 1998/2001 - Medico a Tempo Pieno - 38 ore/settimanali (voci retributive lorde mensili)

Retribuzione/Mese	Assistente A	Assistente B	Aiuto	Aiuto Dirigente	Responsabile
Stipendio base	1.160	1.219	1.550	1.550	2.070
Ind. Str. Privata	71	71	93	93	145
Ind. Professionale	573	573	711	711	852
Ind. /Qualifica	26	26	52	165	189/265 *
Ind. Integrativa Speciale	546	546	560	560	577

* Area Funzionale di Medicina/Chirurgia e Terapia Intensiva

Medico a Tempo Definito - 30 ore/settimanali (voci retributive lorde mensili)

Retribuzione/Mese	Assistente A	Assistente B	Aiuto	Aiuto Dirigente	Responsabile
Stipendio base	938	968	1.325	1.325	1.805
Ind. Str. Privata	54	54	70	70	108
Ind. Integrativa Speciale	531	531	544	544	557

NB.: le altre indennità sono uguali a quelle di Medico a tempo pieno

a cura di Arianna Alberti

IL PUNTO

I servizi di urgenza: Francia e Italia con problemi fotocopia

di Alberto Andrion

Scorrendo i contenuti dell'articolo sui Dea francesi che compare in questa pagina, emerge un quadro dei sistemi dell'urgenza sanitaria in Francia e Italia del tutto sovrapponibile. Siamo in presenza di un eccesso di domanda rispetto all'offerta (sovraffollamento dei Ps), di crescita incongrua del ricorso ai servizi di urgenza (per la Francia + 13% dal 2000 al 2003), di stress e burn out dei medici e del personale di Ps, di "assenza" o mancata partecipazione al sistema da parte dei medici di medicina generale. L'identità della situazione porta a riflettere anche sul piano della valutazione generale dei sistemi sanitari. La Francia non ha un sistema sanitario simile al nostro e a quello britannico; il sistema francese è per certi versi molto più elastico e "privatistico", basato in ampi settori su di un rapporto di tipo libero-professionale, almeno per quanto riguarda la componente medica. Di conseguenza, le argomentazioni che spesso vengono portate nel nostro Paese circa presunte colpe o vizi di organizzazione burocratico-aziendale, di mancata valorizzazione del medico dipendente ecc, non sono forse completamente idonee a descrivere la realtà. Pare esistere nella società moderna una spinta a rivolgersi alle strutture complesse e al top della scala di valori (cosa c'è in sanità di più top di un servizio di urgenza medica?) per avere un supporto, anche psicologico, ai propri timori e alle proprie inadeguatezze. Se questo è vero, non potrà mai esistere nessun dipartimento di emergenza in grado di rispondere con razionalità ai bisogni emergenti, qualsiasi sia il sistema e qualsiasi sia la forma di finanziamento.

FRANCIA

Gli "urgentistes hospitaliers" scioperano contro l'intasamento strutturale dei Dea

Più personale, migliori condizioni di lavoro, più posti letto e più soldi, ma soprattutto una riorganizzazione dell'intero sistema dell'emergenza-urgenza e della guardia medica perché i Dipartimenti per le emergenze soffrono un affollamento cronico. Queste in sintesi le rivendicazioni della Association des médecins urgentistes hospitaliers de France (Amuhf) (ulteriori informazioni al sito <http://www.amuhf.com/>) che, nell'aprile scorso, ha proclamato uno sciopero generale "a oltranza" registrando un'adesione di circa il 90% negli ospedali (ai medici si è unito anche lo staff infermieristico, amministrativo e dei conducenti delle ambulanze) e dell'80% nei policlinici universitari. Nella maggior parte degli ospedali si è trattato di uno sciopero "bianco" infatti molti medici, pur indossando sul camice uno striscione con su scritto "in sciopero", hanno continuato a lavorare dopo che gli ospedali, come consente la legislazione francese, hanno imposto loro di non sospendere le attività.

A sovraccaricare i servizi dell'emergenza-urgenza contribuiscono secondo gli "urgentistes hospitaliers" molti fattori, primi fra tutti la scarsa copertura assistenziale garantita dai medici di medicina generale durante le ore notturne, i week-end e i giorni festivi (nel 2003 il governo ha abolito l'obbligatorietà per i medici di medicina generale di garantire la continuità assistenziale oltre il normale orario di lavoro) e l'inadeguatezza di altri servizi, come per esempio quelli dell'assistenza agli anziani, frequentatori troppo assidui dei dipartimenti per le emergenze.

"Il sistema sanitario non ha saputo andare di pari passo con l'evoluzione demografica e culturale della nostra società" ha detto il presidente dell'Amuhf, Patrick Pelloux, in una lettera aperta al ministro della sanità Philippe Douste-Blazy, definendo "strutturale e non congiunturale" l'intasamento dei servizi delle emergenze. Tra le altre richieste espresse nel documento, quella di un impegno ufficiale del governo, ai suoi più alti livelli, per respingere la proposta di rimettere in discussione la direttiva 93.104 sull'orario di lavoro che contempla, oltre all'annualizzazione del conteggio dell'orario e all'opting out, la divisione delle ore di reperibilità in "attive" e "passive", con queste ultime che non verrebbero conteggiate come ore di lavoro.

La proposta, che è stata approvata in prima lettura dal Parlamento

europeo l'11 maggio scorso, permetterebbe, secondo l'Amuf, non conteggiando l'orario di lavoro notturno, di far lavorare i medici anche 65 ore settimanali portando alle stelle il burn out degli ospedalieri.

Tra il 2000 e il 2003 il numero dei pazienti che hanno usufruito dei servizi di emergenza è cresciuto del 13%, passando da 12,9 a 14,6 milioni, tanto che nel 2003 il ministro della Sanità ha lanciato un piano triennale per l'emergenza-urgenza di 489 milioni di euro, dei quali 175 milioni da utilizzare nel 2005.

Lo scorso aprile il governo ha approvato una serie di misure atte a garantire la continuità assistenziale attraverso una maggiore partecipazione dei medici privati ai servizi di guardia e un miglior coordinamento della loro attività con quella dei servizi territoriali per le emergenze.

Le misure, che arrivano a consentire ai prefetti la "requisizione" di medici nel caso non ci fossero volontari disponibili a garantire una "permanence des soins", conferma però la natura volontaria delle guardie e dei periodi di permanenza a disposizione, anche se il

segue da pagina 13

3. Paga giornaliera ed oraria (art.53)

È determinata dalle seguenti voci retributive:

- stipendio base
- retribuzione individuale di anzianità
- indennità di Medico di Struttura sanitaria privata
- indennità professionale
- indennità di Direttore Sanitario e di Medico Responsabile
- indennità medica per Aiuto Dirigente, Aiuto ed Assistente
- indennità di direzione sanitaria per medici responsabili
- eventuale assegno ad personam
- indennità per mansioni superiori
- superminimo

UE

Dichiarazione Ue sulla sicurezza dei pazienti

Professione medica e governi d'Europa si sono unite nel chiedere l'adozione di standard di sicurezza più elevati per tutti i pazienti dell'Unione. La piattaforma per realizzare questo obiettivo è stata posta lo scorso aprile con l'adozione di una Dichiarazione che invita i Paesi membri a creare una cultura della sicurezza del paziente in seno ai sistemi sanitari. "È necessario che il settore sanitario sia organizzato in modo tale che gli errori e gli eventi avversi vengano prevenuti, rilevati o contenuti cosicché si evitino gli errori gravi e si migliorino le procedure di sicurezza", si legge nella dichiarazione di Lussemburgo "Patient Safety, Making it Happen" (http://europa.eu.int/comm/health/horiz_keydocs_en.htm)

L'iniziativa, supportata da una conferenza di due giorni, è stata fortemente sostenuta dalla presidenza di turno del governo del Lussemburgo e altrettanto impegno ha dimostrato quello britannico, di turno nel secondo semestre, che ha organizzato per il prossimo novembre un follow-up dell'evento. Il coinvolgimento della Commissione europea è partito dalle associazioni mediche come lo Standing Committee of European Doctors, che ha pilotato l'evento, coadiuvato da altri organismi come la European Health Management Association e l'European Patients Forum.

"Questo primo passo è molto importante - sottolinea il segretario generale del comitato Lisette Tiddens-Engwirda - poiché porta il problema a livello europeo dove l'Unione può dare un valore aggiunto".

Nella dichiarazione, che evidenzia come quasi la metà di tutti gli eventi avversi prevenibili sia conseguenza di errori nelle cure, vengono esplicitate una serie di raccomandazioni alle

istituzioni europee, autorità nazionali e provider sanitari. Viene affermato inoltre che il settore sanitario è rimasto indietro rispetto, ad esempio, a industrie e servizi che hanno già introdotto sistematici processi di sicurezza.

L'Ue lavorerà in collaborazione con l'Organizzazione Mondiale della Sanità per sviluppare un approccio comune alle problematiche riguardanti la sicurezza dei pazienti e per realizzare una sorta di "banca delle soluzioni" contenente una casistica delle migliori pratiche e dei più elevati standard.

Una buona fonte di ispirazione può essere rappresentata dalla Danimarca, il primo paese ad aver adottato nel giugno del 2003 una legge nazionale sulla sicurezza del paziente. La legge prevede che gli operatori ospedalieri debbano ricevere, registrare e analizzare le denunce su avvenuti avversi. Un infermiere o un medico che vengano a conoscenza di un qualche incidente o rischio sfiorato sono tenuti a denunciarlo. I dettagli vengono annotati in un registro nazionale ma non c'è la possibilità di poter risalire alle persone coinvolte e lo staff medico non può essere sanzionato per aver riportato l'accaduto.

Uno dei punti centrali della Dichiarazione di Lussemburgo è che per gestire efficacemente il rischio è necessario imparare dagli incidenti sfiorati più che concentrarsi su biasimo, vergogna e punizione.

Intanto la Commissione europea ha pianificato di aumentare la spesa per il settore sanitario e della protezione dei consumatori dagli attuali 70-80 milioni di euro a circa 250 milioni di euro l'anno tra il 2007 e il 2013. Il pacchetto finanziario deve ancora essere approvato dagli Stati membri.

ministro Douze-Blazy si è detto pronto a rivedere la situazione, trascorsi sei mesi, lasciando così intendere che la porta a un ritorno a un sistema su base obbligatoria è sempre aperta.

Nella speranza di incentivare l'attività al di fuori del normale orario di lavoro, sono in corso delle trattative tra l'Unione dei medici privati e governo per aumentare le tariffe notturne e festive, anche se la maggior parte dei medici non sembra gradire ulteriori aggravii al già pesante carico orario di 55-58 ore settimanali.

Nel denunciare il degrado dei servizi dell'emergenza-urgenza, l'Amuhf chiede ulteriori finanziamenti per far fronte alla mission del servizio pubblico nel settore. Intanto il deficit della previdenza sociale, uno dei fattori che hanno spinto il governo ad avviare l'anno scorso la riforma del Ssn, è passato, secondo i recenti dati forniti dal governo, dai 10,2 miliardi del 2003 agli 11,9 miliardi del 2004. Si tratta del deficit più alto mai registrato, anche se, a parziale consolazione, è ben al di sotto della soglia dei 14 miliardi di euro che era stata preventivata.

La somma di tali voci va divisa per 1/26 e calcolata per 6 ore e 33 per i Medici a tempo pieno, per 5 ore per i medici a tempo definito.

4. Premio di incentivazione (art.61)

Con decorrenza 1/1/2005 viene istituito un "premio di incentivazione" da negoziare a livello regionale tra le associazioni firmatarie. Qualora la trattativa regionale non sia conclusa entro il 30/9/2005 dovranno essere attivate trattative in sede aziendale.

5. Part Time (art. 52)

A giudizio dell'Amministrazione può essere adottato il rapporto Part Time per settori particolari di attività e regolato dalle "norme della legislazione vigente in materia".

(a cura di Fabio Florianello)

AZIENDA POLICLINICO S. ORSOLA-MALPIGHI (BOLOGNA)

Accordo Sindacati-Azienda per investire nella ricerca sanitaria

La proposta di accordo sull'utilizzo degli utili derivanti dall'applicazione del comma 3 dell'articolo 43 della legge n. 449/97, relativo a stipula di "convenzioni con soggetti pubblici o privati dirette a fornire, a titolo oneroso, consulenze o servizi aggiuntivi rispetto a quelli ordinari", avanzata dall'Intersindacale Aziendale dell'Azienda Ospedaliera di Bologna Policlinico S. Orsola-Malpighi nel luglio dello scorso anno, è stata approvata in questi giorni, grazie anche all'importante consenso e contributo costruttivo della delegazione trattante nominata dal direttore generale Paolo Cacciari che ha seguito personalmente la trattativa.

Per la prima volta, infatti, i dirigenti rinunciano collettivamente ad un loro emolumento per reinvestirlo in ricerca sanitaria all'interno dell'Azienda, coinvolgendo giovani medici.

L'articolo citato disciplina l'utilizzo di utili ottenuti da un'attività commerciale dell'Azienda non rivolta a pazienti come si può configurare, ad esempio, nella VEQ (Verifica esterna di Qualità sui campioni di materiale biologico). I criteri applicativi di tale articolo devono essere contrattati con le organizzazioni sindacali aziendali, vista la destinazione del 50% degli utili alla "incentivazione del personale" in apposito fondo denominato "Fondo dell'articolo 43 Legge Finanziaria 1997".

Si è ritenuto necessario, in un'Azienda con importanti tradizioni quale è la nostra, investire in ricerca e soprattutto sui giovani colleghi al fine di aiutarli a familiarizzare con le procedure necessarie per una moderna ricerca clinico-epidemiologica e clinico-farmacologica ospedaliera: da ciò trarrà inevitabilmente vantaggio l'intera Azienda.

In particolare l'articolo 8 dell'accordo pattuisce che:

a. "l'impiego delle risorse di cui al punto b) è finalizzato ad incentivare progetti di ricerca clinica-assistenziale con le modalità specificatamente indicate in un apposito bando da emettere periodicamente da parte dell'Azienda, previo confronto con gli organismi sindacali aventi titolo;

b. il bando per l'ammissione ai suddetti progetti viene emesso ogni qual volta l'accumulo delle risorse di cui al punto c) raggiunga un volume obiettivamente con-

gruo, della cui entità saranno annualmente informati gli organismi sindacali aventi titolo;

c. il bando dovrà ispirarsi ai seguenti criteri e contenere i seguenti elementi:

- descrizione del progetto specifico dei settori all'interno dei quali sono da iscriverle le azioni e gli oggetti della ricerca;
- indicazione sulle caratteristiche dei dipendenti partecipanti che, nella fattispecie, dovranno costituirsi in équipe. L'impegno aziendale è di favorire la presentazione, quali Responsabili scientifici, dei progetti in argomento da parte dei professionisti della dirigenza medica o sanitaria ospedaliera più giovani, possibilmente con meno di 40 anni, che generalmente hanno più difficoltà ad accedere a fondi di ricerca, favorendone così anche il senso di appartenenza all'Azienda. Per contro non vi è limite di età per i partecipanti ai progetti. È espresso desiderio delle parti, con tale accordo, incentivare in particolare i giovani professionisti ad affrontare in prima persona le problematiche della ricerca clinica, facendo essi parte di un complesso ospedaliero che deve caratterizzarsi come uno dei centri di eccellenza propulsori di ricerca. Gli organismi sindacali intendono così dimostrare un loro specifico e precipuo interesse verso la ricerca clinica applicata, intesa come promotrice del miglioramento dell'assistenza al paziente e della crescita culturale, scientifica e tecnica del personale dipendente;
- trasparenza nella definizione delle procedure di selezione dei progetti e assegnazione dei fondi mediante la costituzione di una commissione esaminatrice dei progetti, composta dai segretari aziendali degli organismi sindacali aventi titolo o da esperti da loro designati (un componente per sigla)".

Come si potrà notare i criteri ispiratori dell'accordo sono volti soprattutto alla trasparenza, con l'istituzione di un osservatorio, e l'investimento nei giovani medici. Il Sindacato, infatti, ritiene doveroso impegnarsi a sostegno dei giovani colleghi, non solo affiancando loro i colleghi più anziani, ma ricercando i fondi perché possano familiarizzare con le tecniche di ricerca, necessarie per il miglioramento dell'assistenza ai pazienti, per la loro formazione tecnica e scientifica e la crescita dell'Azienda in cui operano.

Giancarlo Pizza

Segretario Aziendale Anaao Assomed

Azienda Ospedaliera di Bologna Policlinico S. Orsola-Malpighi

Interessi per la buonuscita pagata in ritardo per colpa di altra amministrazione

Una sentenza del Consiglio di Stato, sezione sesta, 24 gennaio 2005, n. 188, ha dato ragione ad un ricorrente che richiedeva gli interessi e la rivalutazione monetaria sulla liquidazione pagata in ritardo per causa di una rallentata predisposizione della documentazione da parte dell'amministrazione di appartenenza. In origine il Tribunale amministrativo regionale aveva respinto la domanda dell'ex dipendente pubblico, avanzata al fine di ottenere il pagamento da parte dell'ente di previdenza degli interessi e della rivalutazione monetaria sulle somme corrisposte a titolo di indennità di buonuscita erogate dopo ben 16 mesi rispetto alla data di collocamento a riposo.

Per il giudice amministrativo non era imputabile all'ente di previdenza il ritardo nel pagamento quando questo fosse stato conseguenza, a monte, di un inadempimento dell'amministrazione presso cui aveva svolto la sua attività il dipendente, e tenuta a predisporre la documentazione necessaria per il pagamento. Contro tale sentenza l'interessato aveva proposto appello.

Il Consiglio di Stato ha evidenziato che i rapporti fra l'ente di previdenza e l'amministrazione tenuta a predisporre la documentazione, per la liquidazione dell'indennità di fine servizio, non hanno rilevanza esterna, ma solamente endoprocedimentale. Di conseguenza, l'ente tenuto all'adozione dell'atto finale risponde dell'esatto

adempimento nei termini previsti dalla legge, con ogni conseguenza quanto al ristoro della perdita patrimoniale eventualmente subita dal dipendente per il ritardato pagamento. Per il Consiglio di Stato, infatti, è indubbio che il soggetto tenuto al pagamento riceve vantaggio nel trattenere le somme dovute oltre il prescritto termine di adempimento, sia in relazione alla naturale produttività di interessi a favore del debitore che ne mantiene la disponibilità in luogo del creditore, sia nei riflessi della perdita del valore di acquisto dell'obbligazione pecuniaria nei suoi termini nominali. Pertanto, soltanto l'ente tenuto all'adozione dell'atto finale risponde dell'esatto adempimento ed è responsabile per la perdita subita dal dipendente per il ritardato pagamento.

Quindi saranno dovuti sia gli interessi sia la rivalutazione monetaria sulla somma liquidata a titolo di buonuscita.

Ricordiamo che in sede di calcolo le due fattispecie vanno conteggiate separatamente sull'originario importo nominale del credito. Infatti è diversa la funzione che questi corrispettivi accessori sono chiamati ad assolvere. La rivalutazione monetaria ha lo scopo di risarcire il danno da svalutazione.

Gli interessi compensano la perdita subita da chi riceve una somma di denaro in ritardo, in quanto il denaro è un bene fruttifero per definizione.

Claudio Testuzza

Riforma previdenza: slitta al 2006 il silenzio-assenso

La riunione convocata dal ministro del Lavoro, in merito alla problematica del silenzio assenso verso i fondi pensione del Trattamento di fine rapporto, si è di fatto limitata a una elencazione del calendario dei prossimi adempimenti. Il ministro, comunicando che non avrebbe consegnato alcun testo prima della sua approvazione da parte del Consiglio dei ministri, ha previsto che solo successivamente saranno discussi i termini tecnici del decreto legislativo che dovrà percorrere anche la strada delle commissioni parlamentari e ritiene che si possa arrivare alla sua approvazione definitiva entro settembre di quest'anno, con tempi di pubblicazione che daterebbero al 1 gennaio 2006 l'inizio del periodo di 6 mesi di comunicazione ai lavoratori per la definizione della scelta.

È stata richiesta, anche a questo fine, l'eventuale istituzione di un gruppo di lavoro che avrà il compito di informare in maniera particolarmente approfondita i possibili interessati al provvedimento.

Per quanto attiene ai dipendenti pubblici non in atto soggetti al Tfr ma all'indennità di fine servizio (i medici dirigenti), non appare ancora chiarito il problema della estensione del decreto in discussione anche a queste categorie in quanto la problematica relativa dovrebbe essere comunque di pertinenza della funzione pubblica.

(C.T.)

COMITATO "SOLIDARIETÀ E SALUTE"

Devolution, Irap e "svendita" Ssn: Regioni e Governo devono rispondere

Di seguito il documento varato dal direttivo del Comitato nazionale "Solidarietà e Salute" dove viene lanciato un forte allarme per l'equilibrio finanziario del Ssn, per i rischi della devolution e per l'erosione degli spazi a gestione diretta

Il direttivo del Comitato "Solidarietà e Salute" per il sostegno e rilancio del Ssn, si è riunito a Roma per esaminare i possibili scenari per la sanità italiana conseguenti alle recenti elezioni regionali e all'imminente manovra economica per il 2006.

Tra i temi affrontati sono emerse in particolare tre questioni sulle quali il Comitato ha deciso di chiedere un immediato confronto con le nuove amministrazioni regionali e con il Governo.

La prima questione riguarda la riforma costituzionale all'esame del Parlamento e già approvata in prima lettura dalle due Camere.

In essa, come è noto, è contenuta una profonda revisione degli attuali assetti istituzionali in materia di sanità con la previsione di una delega totale alle Regioni in materia di assistenza e organizzazione sanitaria, la cosiddetta "devolution".

Su questa prospettiva il Comitato riafferma le sue forti perplessità per la tenuta unitaria del Ssn e per i rischi che, un'eventuale approvazione della riforma, potrebbe comportare per il diritto costituzionale alla tutela della salute dei cittadini senza distinzioni di status sociale, economico e anagrafico.

In tal senso il Comitato ritiene che il testo approvato in prima lettura, pur contenendo un riferimento all'unità nazionale e al mantenimento in capo allo Stato del potere legislativo in materia di tutela della salute, così come formulato, non sia sufficiente a garantire che non si creino disparità di trattamento e di organizzazione nella sanità regionale.

Per questo il Comitato richiama le forze politiche, tutte, ad una presa in carico di responsabilità affinché le norme sulla devolution sanitaria siano profondamente riviste. In caso contrario il Comitato si affiancherà nella richiesta di votare no al referendum confermativo della nuova legge costituzionale.

La seconda questione riguarda la decisione annunciata dal Governo di un provvedimento per il taglio dell'Irap da inserire nella prossima finanziaria. In proposito il Comitato, pur riconoscendo la necessità di rivedere modalità e termini di questa tassa, così come richiesto dall'Unione Europea, sottolinea con decisione che qualsiasi taglio all'Irap, che costituisce fonte primaria di finanziamento per il Ssn, dovrà essere compensato con pari entrate al fine di non pregiudicare la già critica situazione finanziaria del Ssn.

La terza questione riguarda la progressiva erosione degli spazi a gestione diretta nel Ssn, soprattutto nelle aree di eccellenza del sistema, a favore del privato o di soggetti "terzi" rispetto al Ssn. Ci riferiamo in particolare: alla trasformazione di importanti e qualificati ospedali in Fondazioni a proprietà mista pubblico/privato, con regole e modalità di gestione privatistiche svincolate dal controllo diretto del Ssn e quindi al di fuori di quelle garanzie contrattuali e di verifica poste a tutela sia degli operatori sanitari che dei cittadini; all'incremento del privato accreditato a discapito di investimenti negli ospedali pubblici; alla progressiva crescita di spazi dedicati all'assistenza nell'ambito dei policlinici univer-

sitari che dovrebbero, al contrario, privilegiare gli ambiti della ricerca e della formazione come previsto dalle leggi vigenti.

Su tutti questi temi il Comitato sollecita una presa di posizione delle Regioni e l'impegno del Governo e delle Forze politiche per la salvaguardia e la garanzia di livelli nazionali di assistenza sanitaria adeguati e appropriati rispetto alle reali esigenze dei cittadini. Questo anche in considerazione della situazione generale in cui versa l'economia del Paese e della costante erosione del potere d'acquisto delle famiglie. Due elementi che pongono la salvaguardia del sistema sanitario pubblico tra quelle certezze e quelle garanzie sociali e costituzionali da non intaccare pena l'ulteriore perdita di fiducia sul futuro da parte dei cittadini italiani.

Michele Arpaia

Presidente del Comitato "Solidarietà e Salute"

Sono membri del Comitato "Solidarietà e Salute":

AIP
Anaa Assomed
Codici
Fimmg
Fnomceo
Ipasvi
Sivemp
Snabi Sds
Sumai
Tdm

segue dalla prima

I MEDICI TRA CONTRATTO E ORDINI

L'onere di scelte economiche difficili e dolorose, certamente incompatibili con atteggiamenti contrattuali generosi. È quindi indispensabile che il I biennio sia subito onorato e si concluda entro l'autunno anche la trattativa per il secondo biennio economico. Sarebbe pericoloso e avventuroso allungare i tempi.

In questi mesi, poi, è proseguita l'attività politico sindacale dell'Associazione su vari fronti e temi.

È stato rinnovato il Consiglio di amministrazione dell'Onaosi e Aristide Paci è stato riconfermato Presidente dell'ente. Siamo particolarmente orgogliosi del giudizio positivo che il mondo medico, attraverso i Presidenti di ordine, ha dato sulla attività amministrativa da lui svolta nel quinquennio passato e registriamo con grande favore la forte riduzione del contributo Onaosi a carico dei medici dipendenti.

Anche il Consiglio di amministrazione dell'Enpam è stato rinnovato la settimana scorsa con la conferma delle delegazione precedente

la cui entità è forse inadeguata rispetto al volume dei fondi versati all'ente dai medici dipendenti. È necessario che cresca nel mondo della dipendenza l'attenzione per l'Enpam perché l'ente potrebbe diventare la sede di erogazione di quella previdenza integrativa di cui la nostra categoria ha urgente bisogno.

I risultati conseguiti dalla nostra Associazione in occasione dei rinnovi dei due Consigli di amministrazione sono stati condizionati dallo scarso numero di medici dipendenti Presidenti di ordine dal momento che questi ultimi costituiscono il corpo elettorale dei due consigli.

Fino a quando i medici dipendenti si disinteresseranno alla vita degli ordini, rinunceranno a difendere con efficacia i loro legittimi interessi in campo previdenziale.

Proprio in relazione a questo dobbiamo tutti ricordare che sta partendo ora, per concludersi a dicembre, la tornata delle elezioni per il rinnovo triennale dei Consigli provinciali degli ordini.

Dobbiamo vincere pigrizia e disinteresse e partecipare attivamente. Soltanto così potremo accrescere la nostra presenza e il nostro ruolo per cercare di realizzare con maggiore efficacia i nostri obiettivi non soltanto strettamente sindacali.

Crediamo che la parte più consapevole dei medici italiani viva

con grande disagio le tante difficoltà del moderno esercizio professionale e che giudichi come del tutto insufficiente ed inadeguata l'attuale dirigenza della FNOMCeO, quale massima espressione delle Istituzioni ordinistiche.

Andrebbe invece loro consegnata una diversa speranza che metta fine a logiche di potere spesso caratterizzate da pratiche trasformiste e atteggiamenti opportunistici che allontanano vieppiù gli Ordini non solo dai professionisti ma anche dai cittadini.

Tutto dipende anche da noi. Si colgono segnali di risveglio nella categoria. I tanti colleghi raggiunti nelle parti più diverse del Paese, nel corso degli eventi formativi organizzati dalla Fondazione Pietro Paci, mostrano apprezzamento e talora entusiasmo. Gli iscritti all'Associazione sono sempre più numerosi (più 2500 in 4 anni).

Il nostro paese ha fame di professionisti onesti e partecipi. I cittadini hanno il diritto di vedere la loro salute tutelata da medici competenti, umani e responsabili. Noi abbiamo l'ambizione che la nostra Associazione sia sempre più il luogo privilegiato di aggregazione di questi medici. Da qui devono prendere vita azioni politiche conseguenti

Serafino Zucchelli

DIRIGENZA MEDICA

Il mensile dell'Anaa Assomed

Sede di Roma: via Barberini, 3
tel. 06.48.20.154 - Fax 06.48.90.35.23
Sede di Milano: via Napo Torriani, 30
e-mail:dirigenza.medica@anaao.it - www.anaao.it

direttore

Serafino Zucchelli

direttore responsabile

Silvia Procaccini

comitato di redazione:

Alberto Androni, Piero Ciccarelli,

Antonio Delvino, Mario Lavecchia

coordinamento editoriale

Cesare Fassari

hanno collaborato:

Arianna Alberti, Eva Antonioti, Vincenzo Bottino,

Amedeo Budassi, Paola Carnevale, Lucia Conti,

Stefano Simoni, Claudio Testuzza

Progetto grafico e impaginazione:

Daniele Lucia, Barbara Rizzuti

Periodico Associato

A.N.E.S.

Editore

IEP

ITALPROMO ESIS PUBLISHING

Via Vittore Carpaccio 18, 00147 Roma

email: redazione@ihg.it

tel. 06.64.65.031 - fax 06.64.65.03.28

Registrazione al Tribunale di Milano n.182/2002 del 25.3.2002
Sped. in abb. postale - D.L. 353/2003
(conv. in L. 27/02/2004 n. 46) art. 1, comma 1, DGB ancona
Diritto alla riservatezza: "Dirigenza Medica" garantisce la massima riservatezza dei dati forniti dagli abbonati nel rispetto della legge 675/96
Stampa: Tecnostampa srl - via Le Brece 60025 Loreto (An)
Finito di stampare nel mese di luglio 2005