

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 ROMA N.11/2006

Editoriale

IL LAVORO DEI CAMPI

Carlo Lusenti

Ogni anno si ricomincia nello stesso modo, si riprende il normale ritmo del lavoro dopo l'estate, riannodando i fili delle cose sospese. Con un po' più di energia e di fiducia.

Che durano poco nel frullatore del giorno per giorno.

C'è una sorta di ciclica stagionalità anche nel lavoro sindacale: dove eravamo rimasti?

Il 4 maggio abbiamo scioperato per quattro obiettivi:

- *garanzia del diritto a svolgere la libera professione: la legge approvata non ci piace per ragioni tecniche e di merito più volte affermate, molto meglio era il testo approvato dal Governo e poi stravolto nell'iter parlamentare, ma ci dà una boccata d'ossigeno e lega ogni scelta futura alla contrattazione regionale. Faremo di tutto per evitare i rischi di una norma contorta e contraddittoria e utilizzare le possibilità delle parti più ragionevoli e realiste.*

- *Bonifica del precariato medico negli ospedali: qualcosa si muove a livello regionale (alcune leggi e accordi) ma è necessario che intervenga un accordo nazionale che estenda le migliori pratiche regionali. Continueremo a sollecitare i ministeri interessati (salute, lavoro, pubblico impiego) per giungere ad una soluzione tecnica di un problema su cui sino ad ora si sono manifestate chiare ma inefficaci volontà politiche.*

- *Contratto: il comitato di settore ha approvato l'atto di indirizzo (pubblicato alle pagg 3-5). Contiene una parte di affermazioni generiche, una dose di utili proposte e una coda, i bene informati dicono proprio uscita dalla coda del percorso di definizione del documento da parte del comitato di settore, di veleni che non potranno mai essere ricompresi nel testo di un contratto siglato dall'Anaao, sui quali l'associazione ha assunto una posizione chiara e univoca.*

Condizione necessaria ma non sufficiente per il contratto è vedere riconosciute dalla legge finanziaria le risorse aggiuntive necessarie alla rivalutazione dell'indennità di esclusività. Della proposta che in tal senso aveva formulato il ministero della Salute alle organizzazioni sindacali della dirigenza medica non vi è traccia nel testo che il Governo ha presentato. Non ci diamo per vinti: il percorso parlamentare di approvazione della legge di bilancio non sarà facile, ma utilizzeremo tutte le occasioni, e realizzeremo tutte le iniziative, per rivendicare la necessaria rivalutazione di una indennità che riconosce il continuo ed esclusivo impegno dei medici ospedalieri.

- *Previdenza integrativa: molti passi avanti sono stati compiuti durante l'estate ed è verosimile, oltre che auspicabile, che a breve si possa sottoscrivere un accordo di fondazione di un istituto previdenziale necessario e vantaggioso per la parte più giovane, e in difficoltà, della categoria.*

Naturalmente c'è dell'altro: dal mancato rispetto e della tardiva e distorta applicazione del contratto vigente ai piani di rientro dai deficit regionali fatti contro i medici. Dalla commissione del ministero del Lavoro sui lavori usuranti, che opera in modo carbonaro e poco sensibile alle oggettive istanze di una professione da sempre esposta a molteplici fattori di rischio, alla riforma della governance delle aziende sanitarie affidata ad una legge dall'incerto futuro.

Con tutti questi temi ci confronteremo, e a tutte queste questioni cercheremo di dare risposta, con l'impegno di sempre.

Ma con quale metodo?

Il modo, che nell'azione politica e sindacale è parte della sostanza e non solo secondario aspetto formale, è per la nostra associazione scontato e tradizionale, fatto di competenza tecnica, oggettiva valutazione dei fatti, forte autonomia, capacità di proposta, senso di responsabilità, non solo professionale ma anche civile.

segue in ultima

FINANZIARIA 2008:

Manifestazione e sciopero per cambiare la legge finanziaria

L'Anaao Assomed insieme alle organizzazioni della Dirigenza medica, veterinaria, sanitaria ed amministrativa sciopera contro una finanziaria che penalizza la categoria e non consente il rinnovo del contratto scaduto da due anni.

L'Intersindacale ha, dunque, espresso un giudizio negativo sulla legge di bilancio relativamente a:

- mancato finanziamento del contratto per il biennio economico 2008/2009;
- nessuna rivalutazione dell'indennità di esclusività di rapporto congelata ai valori del 1999;
- insufficiente risposta al problema del precariato della dirigenza del Servizio sanitario nazionale e

del ministero della Salute;

- assenza di qualsiasi riduzione della pressione fiscale per una categoria che è stata privata, con l'incremento delle tasse della Finanziaria 2007, degli aumenti del biennio contrattuale 2004/2005. Per questi motivi viene indetta una manifestazione nazionale di protesta per il 13 novembre 2007 presso il Teatro Capranica di Roma e verrà proclamata una giornata di sciopero da tenersi nell'ultima decade di novembre.

La data esatta dello sciopero verrà decisa compatibilmente con il calendario previsto dalle norme di legge. All'interno la sintesi del Ddl Finanziaria.

CCNL 2006-2009

L'Anaao bocchia tre obiettivi dell'Atto di indirizzo

Una diversa definizione delle cause di revoca degli incarichi dirigenziali; la modifica delle attribuzioni e dei poteri del comitato dei garanti; la proposta di abolire gli effetti economici derivanti dalla retribuzione individuale di anzianità del personale cessato che costituirebbero una indebita e grave sottrazione di risorse già acquisite dalla categoria. Se questi tre aspetti si tradurranno in norme contrattuali, l'Anaao Assomed non sottoscriverà il Ccnl. Queste le conclusioni a cui è giunta l'Associazione dopo aver esaminato

i contenuti della direttiva per il rinnovo del Ccnl 2006-2009 approvata dal Comitato di settore alla fine di settembre e che deve passare il vaglio del Governo prima di tornare all'Aran per l'apertura della trattativa.

L'Atto d'indirizzo del Comitato di Settore – si legge nel documento dell'Associazione inviato al Governo e alle istituzioni – costituisce una tappa fondamentale nella procedura di rinnovo del Ccnl. Attraverso tale documento unilaterale il Comitato di settore indica all'Aran l'agenda degli argo-

menti da trattare e gli obiettivi di massima da perseguire, costituendo così per l'Agenzia un riferimento importante ed impegnativo. La conoscenza di tale Atto per le organizzazioni sindacali costituisce invece solamente una informazione utile, ma non impegnativa. L'eventuale manifestazione poi da parte delle stesse del proprio punto di vista, contribuisce ad una maggiore chiarezza delle posizioni.

Il testo dell'atto di indirizzo e le osservazioni dell'Associazione alle pagine 3-5.

IL CONSIGLIO DEI MINISTRI VARA LA MANOVRA 2008

Per la sanità oltre 100 miliardi di euro

Va libera del Consiglio dei ministri, il 28 settembre scorso, al Ddl Finanziaria 2008 e al Decreto legge economico che, per il settore sanità, prevede alcune novità per migliorare l'assistenza sanitaria. La manovra 2008 (18,5 miliardi totali, di cui 11 per la Finanziaria e 7,5 per il Decreto) porta in dote alla sanità più risorse per i Lea e per il fondo per i non autosufficienti. È previsto poi un potenziamento del piano pluriennale di edilizia sanitaria per ammodernare ospedali e servizi sanitari. Partirà anche il piano di vaccinazione contro il cancro all'utero per le dodicenni. Mentre per le Regioni in "rosso" arriva la possibilità del commissariamento. Cambia il tetto per l'assistenza farmaceutica al fine di garantire una migliore assistenza. Ci sono novità anche per i precari della sanità: il lavoro svolto nell'ambito del Ssn - sottolinea una nota del ministero della Salute - sarà riconosciuto tra i titoli valutabili ai fini dell'assunzione.

E ancora, l'Esecutivo ha approvato l'inserimento nei "collegati" alla Finanziaria del Ddl sull'ammodernamento, la qualità e la sicurezza delle cure del Ssn messo a punto dal ministro della Salute, Livia Turco. Il provvedimento contiene le regole di nomina dei primari e dei direttori generali e istituisce un sistema di valutazione delle cure a livello regionale, che prevede anche una maggiore partecipazione dei cittadini nei meccanismi di valutazione dei servizi loro prestati. Vediamo in sintesi quali sono le novità introdotte dal Disegno di legge della Finanziaria per il 2008 e dal Decreto legge.

PIÙ RISORSE PER L'ASSISTENZA E PER L'AMMODERNAMENTO DI OSPEDALI E SERVIZI TERRITORIALI

Il Fondo sanitario nazionale per finanziare i Livelli di assistenza passa dai 97,040 miliardi del 2007 ai 100,623 miliardi di euro del 2008 (+ 3,583 miliardi rispetto al 2007 e + 9,6 miliardi rispetto al 2006). Nella quota sono compresi anche i fondi per i rinnovi contrattuali del personale e per garantire una migliore erogazione delle prestazioni assistenziali a tutti i livelli e in tutti i servizi sanitari, dall'ospedale, alla medicina di famiglia e specialistica, per l'assistenza domiciliare e per la farmaceutica. Viene potenziato con risorse aggiuntive il Fondo per la non autosufficienza con ulteriori 200 milioni di euro che andranno a finanziare l'avvio di nuovi servizi previsti dal Ddl delega per la non autosufficienza, anch'esso collegato alla Manovra finanziaria e di prossima presentazione al Consiglio dei ministri su proposta dei ministri Paolo Ferrero e Livia Turco.

NORME PER IL PERSONALE PRECARIO DEL SSN

È previsto che i dirigenti sanitari del Ssn con contratti o incarichi di lavoro precari possano far valere gli anni di servizio prestati come titolo nella valutazione ai fini dell'assunzione a tempo indeterminato a mezzo concorso. Fino ad oggi, infatti, anche un periodo di servizio di diversi anni a carattere precario non aveva alcun riconoscimento tra i titoli valutabili ai fini dell'assunzione.

MISURE PER IL CONTROLLO DELLA SPESA E DELLA GESTIONE DELLE ASL E DEGLI OSPEDALI (art. 23)

Possibilità della nomina di "commissari ad acta" nelle Regioni che, già impegnate nei piani di rientro dal deficit sanitario previsti dagli accordi di quest'anno (Campania, Lazio, Abruzzo, Molise, Sicilia e Liguria), dovessero non mantenere gli impegni presi per il contenimento della spesa e l'adozione di misure di razionaliz-

zazione e miglioramento delle reti assistenziali, in misura tale da compromettere le previsioni di bilancio dello Stato. Con questa norma si rafforza ulteriormente, con una maggiore responsabilizzazione delle regioni, l'opera di risanamento dei conti sanitari con l'obiettivo dell'azzeramento dei deficit entro il 2010.

RISARCIMENTO DANNI DA TRASFUSIONE (art. 33 Di fiscale)

Stanziate 100 milioni di euro per il risarcimento dei danni da trasfusione a partire dai talassemici che attendevano da anni questo primo provvedimento. Inoltre, sono state perfezionate le norme già emanate per emofiliaci e danneggiati da vaccinazioni obbligatorie.

VACCINO CONTRO IL CANCRO DELL'UTERO (art. 43)

Alle Regioni vengono assicurati i finanziamenti necessari, attraverso l'aumento del fondo a loro disposizione, per favorire la rapida esecuzione della vaccinazione contro il cancro della cervice uterina per le ragazze di dodici anni. La nuova vaccinazione, la prima efficace contro il cancro, sarà garantita gratuitamente ogni anno a circa 250 mila ragazze italiane.

EDILIZIA SANITARIA (art. 48)

Si ad investimenti strutturali nell'edilizia sanitaria con ulteriori 3 miliardi di euro in più rispetto al 2007 (sei in più rispetto al 2006) per l'ammodernamento delle strutture sanitarie, la costruzione di nuovi ospedali e servizi territoriali, il rinnovo delle tecnologie mediche, la messa a sicurezza delle strutture e la realizzazione di residenze sanitarie per gli anziani. Sale, dunque, a 23 miliardi di euro il totale delle risorse messe a disposizione delle Regioni per il rinnovamento della rete dei servizi sanitari in tutta Italia.

DISPOSIZIONI SUL CNT (art. 55)

A partire dal 2008, saranno disponibili 700 mila euro per consentire al Centro nazionale trapianti di poter effettuare controlli e interventi con l'obiettivo di promuovere e verificare la sicurezza della rete trapiantologica. Il Cnt potrà, inoltre, stipulare accordi di collaborazione e convenzioni con amministrazioni pubbliche, enti, istituti, associazioni ed altre persone giuridiche pubbliche o private, nazionali, comunitarie od internazionali, ed anche stipulare, nei limiti dei fondi disponibili, contratti di lavoro secondo le modalità previste dalle norme vigenti nella pubblica amministrazione.

SEMPLIFICAZIONE NELLA PRESCRIZIONE DEI FARMACI CONTRO IL DOLORE (art. 61)

Viene semplificata la prescrizione dei farmaci contro il dolore severo (oppiacei e altri), consentendo al medico di utilizzare il ricettario normale del Ssn anziché quello speciale, eliminando così le difficoltà burocratiche che spesso rendono difficili tali prescrizioni.

SPESA FARMACEUTICA PUBBLICA (art. 62)

Nuovi tetti percentuali per la spesa farmaceutica pubblica con la determinazione di un nuovo limite di spesa unico per la farmaceutica territoriale (farmacie e distribuzione diretta da parte delle Asl, compresi importi ticket regionali) pari al 14,4% della spesa sanitaria complessiva e un limite del 2% per la spesa farmaceutica ospedaliera al netto della distribuzione diretta. In caso di superamento del tetto per la farmaceutica terri-

toriale a livello nazionale, le aziende farmaceutiche ripianano gli sforamenti insieme a grossisti e farmacisti per le quote di competenza. Le Regioni, a loro volta, sono comunque tenute ad adottare misure di contenimento della spesa per evitare nuovi splafonamenti. Il ripiano da parte delle aziende avviene tramite "pay back" (ovvero versamento diretto della quota di loro spettanza dello sfioramento nelle casse delle Regioni). Questo meccanismo, che sostituisce la vecchia logica dei tagli indiscriminati dei prezzi, ha il vantaggio di ripianare subito la maggiore spesa, ma anche quello di dare certezze alle imprese per la programmazione dei loro investimenti in sviluppo e ricerca. Con questi nuovi tetti, inoltre, si riordina profondamente l'assetto della spesa farmaceutica, consentendo una migliore gestione e un monitoraggio costante degli andamenti di spesa e dell'eventuale superamento dei livelli stabiliti in ogni Regione. Il tetto percentuale 2008 complessivo non cresce rispetto al 2007, ma si articola in modo diverso. Nel 2007 era stabilito nel 13% per la farmaceutica territoriale e nel 3% per l'ospedaliera. Quest'anno, arriva ad un complessivo 16,4% ma, a differenza del 2007, comprende anche gli importi del ticket che prima non erano calcolati all'interno del tetto.

AIUTI AI PAESI POVERI IN CAMPO SANITARIO (art. 64)

Stanziate 40 milioni di euro per il 2008, 50 per il 2009 e 34 per gli anni successivi fino al 2049, finalizzati, tra l'altro, alla ricerca per la scoperta di vaccini contro diverse malattie infettive che ancora oggi mietono migliaia di vittime, soprattutto bambini, in molti Paesi disagiati. Con questo finanziamento l'Italia onora l'impegno preso a Roma alcuni mesi fa insieme ad altri Paesi europei ed extraeuropei.

LAVORO FLESSIBILE (art. 119)

Gli enti del Ssn in relazione al personale medico, con esclusivo riferimento alle figure infungibili, al personale infermieristico ed al personale di supporto alle attività infermieristiche, possono avvalersi di forme contrattuali di lavoro flessibile, oltre che per le finalità previste dalla legge, per la sostituzione di lavoratori assenti o cessati dal servizio limitatamente ai casi in cui ricorrano urgenti e indifferibili esigenze correlate alla erogazione dei Lea compatibilmente con i vincoli previsti dalla Finanziaria 2007 in materia di contenimento della spesa di personale.

Le Università e gli enti di ricerca potranno ricorrere a contratti di lavoro flessibile per lo svolgimento di progetti di ricerca e di innovazione tecnologica i cui oneri non risultino a carico dei bilanci di funzionamento degli enti o del loro Fondo di finanziamento o del Fondo di finanziamento ordinario delle Università. Gli Enti del Ssn possono avvalersi di contratti di lavoro flessibile per lo svolgimento di progetti di ricerca finanziati con le modalità indicate nell'articolo 1, comma 565, lettera b) secondo periodo della legge 27 dicembre 2006, n. 296. L'utilizzazione dei lavoratori, con i quali si sono stipulati i contratti per fini diversi determina responsabilità contabile del dirigente e del responsabile del progetto.

INTEGRAZIONE RISORSE RINNOVI CONTRATTUALI BIENNIO 2006-2007 E BIENNIO 2008-2009 (art. 123)

Il concorso dello Stato al finanziamento della spesa sanitaria è incrementato, in via aggiuntiva, di 661 milioni di euro per il 2008 e di 398 milioni di euro a decorrere dal 2009.

CCNL 2006-2009

L'Anaaobocchia tre obiettivi dell'Atto di indirizzo

Pubblichiamo il testo dell'Atto di indirizzo relativo al personale della dirigenza medica e veterinaria, quadriennio contrattuale 2006/2009, biennio economico 2006/2007, approvato dal comitato di settore il 27 settembre e trasmesso alla Presidenza del Consiglio dei Ministri e in evidenza, nei riquadri, le osservazioni dell'Anaaobocchia Assomed

TITOLO I LINEE GENERALI

Il Comitato di Settore assume la seguente direttiva per avviare le procedure di rinnovo contrattuale per l'Area della dirigenza medica e veterinaria, relativamente al quadriennio normativo 2006/2009 e per il biennio economico 2006/2007, con l'individuazione delle relative risorse ai sensi dell'art. 47 D.Lgs. n. 165/01 e successive modifiche.

1. Obiettivi di sistema

Il Comitato di Settore, nell'ambito del presente indirizzo, prende altresì atto dei contenuti e degli obiettivi di cui ai seguenti documenti:

- Intesa sul lavoro pubblico e sulla riorganizzazione delle Amministrazioni Pubbliche, sottoscritta il 6 aprile 2007;
- Protocollo d'intesa sottoscritto in data 6 aprile 2007 fra Governo, Regioni e Oo.Ss.;
- Documento sulle linee generali e sulle priorità dei rinnovi contrattuali 2006-2009 approvato dall'Organismo di Coordinamento dei Comitati di Settore il 11 aprile 2007;
- Protocollo d'intesa sottoscritto in data 29 maggio 2007 fra Governo e Oo.Ss.;

In particolare la contrattazione collettiva nazionale dovrà individuare strumenti di gestione del contratto che consentano agli Enti e alle Aziende del Ssn, tenuto conto delle proprie specificità organizzative e di prodotto, di programmare la propria attività e di agire sempre più per obiettivi e progetti, quale metodologia ordinaria di lavoro e di organizzazione finalizzata all'ottimale utilizzo delle risorse umane, finanziarie e tecnologiche.

Coerentemente la contrattazione integrativa sarà finalizzata ad utilizzare l'insieme delle proprie potenzialità regolative per il perseguimento degli obiettivi di efficacia e qualità dei servizi e del lavoro, rafforzando ed adeguando, conseguentemente, la retribuzione variabile ai risultati conseguiti.

In questo quadro si ritiene, quindi, di evidenziare quali obiettivi prioritari della presente fase di rinnovo contrattuale:

- a) il rafforzamento dell'efficienza, dell'efficacia e dell'economicità del Ssn, nel rispetto dei Lea da garantire su tutto il territorio nazionale, secondo gli impegni assunti con il Nuovo Patto per la Salute approvato dalla Conferenza delle Regioni e delle Province Autonome in data 5 ottobre 2006;
- b) il sostegno al processo di autonomia e responsabilizzazione delle Regioni nell'ottica dell'attuazione dei principi della riforma del Titolo V della Costituzione;
- c) la valorizzazione delle risorse umane e delle professionalità necessarie al processo di innovazione del Ssn con particolare attenzione al ruolo della formazione continua;

- d) l'individuazione di strumenti che favoriscano un utilizzo dei rapporti a termine coerente con le finalità e caratteristiche fissate dalla normativa in materia di reclutamento, nell'ottica di superare il ricorso improprio al lavoro precario;
- e) il rafforzamento degli strumenti di flessibilità nell'ambito del rapporto di lavoro contrattuale, anche a supporto della realizzazione delle politiche di cui al punto d).

2. Obiettivi generali del contratto collettivo nazionale di lavoro

Alla luce degli obiettivi di sistema sopra delineati il Ccnl dovrà favorire il raggiungimento di:

- a) una significativa semplificazione del testo contrattuale da conseguire principalmente attraverso l'utilizzo di un linguaggio maggiormente comprensibile e una disciplina di più agevole applicazione degli istituti trattati. A tal fine si ribadisce l'ormai indifferibile necessità di pervenire alla redazione di un testo unico delle disposizioni contrattuali vigenti;
- b) una chiara definizione delle linee di responsabilità in armonia con le disposizioni normative interessanti anche le altre aree contrattuali, fermo restando lo sviluppo proprio di ciascuna di esse e la loro necessaria integrazione, prevedendo anche la possibilità di intese interaree contrattuali sull'organizzazione del lavoro e sull'evoluzione del rapporto fra le professioni;
- c) una significativa semplificazione del sistema retributivo che risponda all'esigenza di facilitare l'applicazione contrattuale e l'immediata percezione del valore dell'incarico;
- d) un necessario riequilibrio dei meccanismi di gestione che attualmente definiscono un quadro dove viene percepita una subordinazione dell'aspetto professionale a quello di direzione delle strutture (in particolare quelle semplici), delineando maggiormente gli ambiti di autonomia tecnico-professionale, rispetto alle responsabilità gestionali;
- e) uno sviluppo della massima integrazione tra il lavoro medico svolto in regime di dipendenza, quello svolto in regime di convenzionamento e quello svolto nelle strutture di cui al D.lgs. n. 517/1999;
- f) un riconoscimento reale del raggiungimento collettivo ed individuale degli obiettivi e delle prestazioni svolte in condizioni disagiate;
- g) una spesa certa e coerente con le previsioni, nonché compatibile con le risorse messe a disposizione con il presente atto di indirizzo;
- h) un quadro di flessibilità coerente con la programmazione delle attività per progetti e con quanto delineato negli obiettivi di sistema.

TITOLO II ISTITUTI NORMATIVI

1. Relazioni sindacali

Il sistema delle relazioni sindacali dovrà:

- a) confermare l'impianto complessivo con riferimento alle diverse modalità e relative materie;
- b) rafforzare il livello di coordinamento regionale, anche in funzione di garanzia del raggiungimento degli obiettivi assegnati alla contrattazione integrativa dal Memorandum d'intesa sul lavoro pubblico e sulla riorganizzazione delle Amministrazioni pubbliche del 6 aprile 2007;
- c) individuare con chiarezza la procedura e la sua temporizzazione relativa all'apertura delle fasi di coordinamento regionale e di contrattazione aziendale; dovrà contenere altresì un equilibrato sistema di incentivi e penalizzazioni finalizzati al rispetto di quanto contenuto nel presente punto;
- d) orientare a valorizzare pienamente la contrattazione integrativa con le risorse ad essa destinata dai contratti collettivi, finalizzandola a risultati di miglioramento della qualità e quantità dei servizi, da definire in modo coerente con i modelli organizzativi delle singole regioni (ad esempio: l'ampliamento degli orari di apertura dei servizi, la riduzione dei tempi di attesa; i processi di stabilizzazione del precariato; l'innovazione organizzativa e tecnologica; la maggiore integrazione fra territorio e ospedale);
- e) prevedere, nell'ambito del coordinamento regionale, forme di consultazione fra Aziende e Organizzazioni sindacali e degli utenti al fine di verificare l'effettiva efficacia dei servizi erogati, anche sulla base della rilevazione del grado di soddisfazione di operatori e cittadini orientato al miglioramento del processo di umanizzazione, tenendo conto della complessità del sistema e della peculiarità delle prestazioni.

2. Sistema degli incarichi

Vanno individuate delle linee di valorizzazione finalizzate a:

- a) definire chiaramente le linee di responsabilità, i contenuti e le caratteristiche delle tipologie degli incarichi gestionali e di quelli professionali; in questo ambito appare utile prevedere un'articolazione ben definita delle medesime tipologie delineando dei percorsi di carriera specifici e disponibili per entrambi;
- b) prevedere un maggior bilanciamento tra percorsi di carriera relativi alle due macro tipologie sopra richiamate volto a consentire a livello regionale (sede di indirizzo) e a livello aziendale (sede di contrattazione integrativa) l'appropriato sviluppo dell'insieme degli incarichi coerentemente con le strategie organizzative delle singole a-

ziende all'interno della programmazione regionale;

- c) valutare la necessità di rivedere l'attuale disciplina con particolare riferimento alla possibilità per le aziende, fermo restando le risorse disponibili, di graduare in maniera analoga i due percorsi di carriera;
- d) porre particolare attenzione all'individuazione delle funzioni relative agli incarichi gestionali al fine di evitare sovrapposizioni delle linee di responsabilità mediante una chiara definizione delle sfere di autonomia, in considerazione anche delle innovazioni introdotte in materia di dirigenza delle professioni sanitarie;
- e) confermare all'interno del sistema degli incarichi dirigenziali che le cause di revoca degli stessi, possono derivare anche da processi di riorganizzazione comportanti soppressioni di posizioni dirigenziali precedentemente esistenti e coperte, purché motivati e condotti nel rispetto del sistema di relazioni sindacali vigenti.

CAUSE DI REVOCA DEGLI INCARICHI DIRIGENZIALI

Riferimenti: **Titolo II**, Istituti normativi, punto 2: **"Sistema degli incarichi"**, lett. e)

Il dettato contrattuale vigente è chiaro sulla possibilità di revoca dell'incarico dirigenziale da parte delle Aziende in caso di una loro ristrutturazione dichiarata (c. 10 dell'art. 24 del Ccnl 3 novembre 2005 e c. 8 dell'art. 39 del Ccnl 8 giugno 2000) ed indica in modo preciso i doveri contrattuali della stessa nei confronti dei dirigenti.

Consegue, pertanto, che deve essere attribuito un altro incarico, almeno di pari dignità, di pari graduazione e di pari valore economico rispetto a quello abolito, in presenza di verifica positiva da parte del collegio tecnico.

Tale impostazione, già presente nel Ccnl del 1996 e definitivamente chiarita nel Ccnl del 2000 (art. 39, c. 8), si basa sui seguenti presupposti:

1. l'incarico attribuito dall'Azienda può essere revocato dalla stessa, solo in caso di ristrutturazione aziendale;
2. l'abolizione dell'incarico dirigenziale non può determinare un danno diretto sulla retribuzione del dirigente né sulla sua carriera, in presenza di una valutazione positiva da parte del Collegio tecnico.

3. Flessibilità nel rapporto di lavoro

3.1 Condizioni di lavoro

A) PRONTA DISPONIBILITÀ

Occorre fare chiarezza sul punto, anche alla luce di recenti pronunce che contrastano la lettera dei vigenti Ccnl, con l'obiettivo di potenziare l'utilizzo di tale istituto nella normale programmazione delle attività, in considerazione del fatto che lo stesso rappresenta uno strumento indispensabile di flessibilità nell'organizzazione del lavoro.

Dovrà inoltre essere ribadito che la pronta disponibilità, tranne nel caso in cui dia luogo a chiamata, non costituisce orario di lavoro.

B) PERMESSI AGGIUNTIVI A PERSONALE SOGGETTO A ESPOSIZIONE A RADIAZIONE IONIZZANTI

Il CCNL dovrà disciplinare tali riposi secondo le modalità dei permessi, risolvendo le criticità determinate dalla qualificazione come "ferie" contenuta nella vigente normativa.

3.2 Forme di flessibilità

A) MODALITÀ APPLICATIVE

DEL D.LGS. N. 66 DEL 2003 E S.M.I.

Dovranno essere previste norme contrattuali affinché,

ai sensi dell'art. 4 del D.Lgs. n. 66 del 2003 la durata media dell'orario del personale addetto ad attività di assistenza e di supporto alla stessa non superi, per ogni periodo di sette giorni, le 48 ore comprese le ore di straordinario. In applicazione della medesima norma, la suddetta durata media dell'orario di lavoro dovrà essere calcolata con riferimento ad un periodo di 12 mesi per ragioni inerenti l'organizzazione e l'espletamento del servizio. In attuazione di quanto disposto dall'art. 17, comma 1 del D.Lgs. n. 66 del 2003, nel rispetto di quanto previsto dal comma 4 e con le modalità stabilite in sede di contrattazione integrativa, dall'entrata in vigore del decreto medesimo, l'attività del suddetto personale dovrà essere qualificata come attività caratterizzata dalla necessità di assicurare la continuità del servizio e pertanto deroga agli artt. 7 e 8 del D.Lgs. n. 66 del 2003. Tale indirizzo potrà essere esteso al personale a diretta disposizione della direzione strategica aziendale.

B) RAPPORTO DI LAVORO A TEMPO PARZIALE

Si dovrà procedere all'adeguamento della disciplina contrattuale alle recenti disposizioni di cui alla legge n. 120 del 3 agosto 2007, prevedendo, in particolare, già in fase di avvio opportuni sistemi di verifica periodica relativamente ai motivi che hanno determinato l'iniziale trasformazione del rapporto e disciplinando la relazione che intercorre tra questo e il sistema di turnazione.

C) INTEGRAZIONE

Nell'ambito della contrattazione si dovrà prevedere la possibilità che il personale medico ospedaliero possa operare all'interno di strutture territoriali, nel rispetto della disciplina di appartenenza, e coerentemente con le esigenze reali di tali strutture. In quest'ambito va rivista e potenziata l'integrazione tra territorio e ospedale attraverso lo sviluppo della logica dei percorsi assistenziali integrati unitamente all'esplicitarsi di una cultura della collaborazione e interdisciplinarietà professionale, coerentemente con quanto previsto dalla lett. b) degli obiettivi generali.

D) MOBILITÀ TRA AZIENDE

Per quanto riguarda la mobilità fra aziende, con particolare riferimento a quella interregionale, dovranno essere portate a regime le clausole applicative di gestione già introdotte in via sperimentale dall'art. 22 del Ccnl 3.11.2005.

E) ASSEGNAZIONE PERSONALE ALL'INTERNO DELLE AZIENDE:

Va individuata un'apposita procedura che permetta, fermo restando i caratteri di volontarietà e il relativo sistema di relazione sindacale, una assegnazione del professionista, in possesso della specializzazione richiesta, in struttura diversa da quella di ingresso (con relativo incardinamento in organico).

F) DEFINIZIONE DI ESPERIENZA PROFESSIONALE

Va verificata e coordinata la definizione di esperienza professionale, più volte richiamata nei precedenti Ccnl, con quanto previsto dalle disposizioni europee in materia.

4. Sistemi di valutazione

Il Comitato di Settore conferma la particolare importanza della materia ripresa con forza anche dall'Intesa sul lavoro pubblico e sulla riorganizzazione delle Amministrazioni Pubbliche, sottoscritta il 6 aprile 2007, ritenendo, quindi, che il contratto dovrà individuare:

- soluzioni ulteriormente semplificate, attraverso una concentrazione maggiore dei momenti di valutazione, rafforzando nel contempo i loro contenuti coerentemente con i principi di cui al citato Memorandum di Intesa;
- meccanismi rafforzati affinché vengano definiti in modo più puntuale e cogente gli effetti della valuta-

zione negativa rispetto all'erogazione della retribuzione di risultato, alla revoca degli incarichi e al recesso dal rapporto di lavoro;

- meccanismi di tenuta della storia valutativa del singolo dirigente utili a favorire la dinamica comprensione dell'impegno profuso dal medesimo.

Per tale materia si ritiene necessario un rafforzamento delle funzioni attribuite al coordinamento regionale ex articolo 9 del Ccnl 3.11.2005.

5. Aspetti del procedimento disciplinare

Nel confermare i principi vigenti del procedimento disciplinare e ferma restando la disciplina che regola le modalità e le procedure per il recesso, si ritiene che in presenza di violazioni degli obblighi espressamente contemplati dalle norme contrattuali e dal codice di comportamento, il Ccnl debba prevedere un'adeguata forma di graduazione della sanzione.

In merito all'attività del Comitato dei Garanti dovrà essere chiarito che la vincolatività del parere espresso non costituisce spogliazione del potere datoriale in capo all'Azienda.

COMITATO DEI GARANTI

Riferimenti: **Titolo II**, Istituti normativi, punto 5: **"Aspetti del procedimento disciplinare"**

Il Comitato dei garanti è stato introdotto dal Ccnl NL 8 giugno 2000 (art. 23), confermato da ben due interpretazioni autentiche e successivamente riconfermato nella sua composizione e nei suoi poteri dal Ccnl 3 novembre 2005 (art. 20); esso costituisce l'organo regionale di garanzia, terzo alle parti (azienda e dirigente di cui si propone il recesso).

La sua composizione (due esperti nominati dalla Regione ed uno nominato congiuntamente dalle Oo.Ss. regionali della dirigenza medica e veterinaria) e la specifica esperienza richiesta in materia rappresentano la massima garanzia per ambedue le parti di rigore, di serietà, di autorevolezza e di equità nel giudizio.

Il suo giudizio come prescritto dal comma 5, art. 23, Ccnl 8 giugno 2000 e successive interpretazioni autentiche, risulta assolutamente vincolante per i direttori generali delle aziende sanitarie ed ospedaliere.

6. Formazione

Il ruolo centrale della formazione continua dovrà ulteriormente esplicitarsi tramite la formazione "sul campo", la docenza interna e le funzioni di tutoraggio e le altre modalità di formazione previste dall'accordo Stato Regioni del 1 agosto 2007. A tal fine il Ccnl dovrà individuare opportune forme di incentivazione.

Per sottolineare l'importanza della formazione continua va ribadito che le Aziende devono predisporre piani formativi che garantiscano l'acquisizioni dei crediti annuali Ecm, anche riservando una quota ad iniziative proposte dagli interessati; va riaffermato che la partecipazione a iniziative formative rientra a tutti gli effetti nel normale orario di lavoro e quindi si ritiene opportuno rendere maggiormente flessibile la destinazione di uno specifico numero di ore settimanali da dedicare a tale attività.

7. Rapporto con i medici in formazione specialistica

Il contratto nazionale tratterà gli aspetti relativi ai doveri dei dirigenti nella gestione delle attività dei medici in formazione specialistica.

8. Risk Management

Nell'ambito delle disposizioni contrattuali dovranno essere trattate adeguate modalità di sviluppo dei sistemi aziendali di risk management.

TITOLO III ISTITUTI ECONOMICI

1. Contenuti

Il Comitato di Settore individua i seguenti elementi contrattuali di natura economica:

A) DEFINIZIONE E DISPONIBILITÀ DELLE RISORSE (con riferimento al monte salari 2005)

Il Comitato di Settore, a seguito di quanto disposto dalla legge finanziaria nazionale n. 266 del 23 dicembre 2005 all'art. 1 comma 183, nonché dalla legge finanziaria nazionale n. 296 del 27 dicembre 2006 all'art. 1 comma 546, in ordine ad una quantificazione delle risorse per i rinnovi contrattuali coerente con i criteri previsti per il personale delle amministrazioni dello Stato, e sulla base dei dati ad oggi comunicati dal Ministero dell'economia e delle finanze - Gabinetto del Ministro con nota prot. 19503 in data 2 agosto 2007, individua conseguentemente le risorse disponibili di cui all'allegata tabella 1, calcolate in applicazione delle seguenti percentuali di incremento sul monte salari dell'anno 2005:

- per l'anno 2006 le risorse corrispondenti al costo dell'indennità di vacanza contrattuale (0,39%);
- per l'anno 2007 gli incrementi retributivi pari al tasso di inflazione programmata del 2% con assorbimento del costo della vacanza contrattuale (1,61%);
- dall'anno 2008 gli incrementi di regime del 4,46%, assicurando oltre i tassi di inflazione programmata del biennio (3,7%), un ulteriore incremento retributivo dello 0,76%.

Circa la modulazione e la quantificazione dei benefici economici, l'Aran dovrà tener conto, durante l'iter della trattativa, anche degli impegni assunti dal Governo:

- nel Protocollo di intesa con le Oo.Ss. del 6 aprile 2007;
- nell'Accordo con le Oo.Ss. del 29 maggio 2007.

Pertanto nel corso della trattativa si moduleranno conseguentemente gli incrementi retributivi di regime, rispetto alle scadenze imposte dal vigente quadro normativo, tenendo conto, ai fini della concreta possibilità di utilizzare le ulteriori risorse, rispetto a quelle previste dalla legge finanziaria del 2007, dei successivi sviluppi applicativi nell'ambito della legge finanziaria 2008.

Per quanto riguarda la destinazione dei benefici economici, una quota delle risorse disponibili comunque non inferiore allo 0,50% dovrà essere destinata alla contrattazione integrativa per finanziare la retribuzione di risultato dei dirigenti, secondo le indicazioni e per le finalità contenute nell'"Intesa sul lavoro pubblico e sulla riorganizzazione delle Amministrazioni pubbliche" del 6 aprile 2007.

Al fine della migliore destinazione fra le diverse voci retributive degli incrementi economici l'Aran procederà all'articolazione e rappresentazione degli incrementi stessi tramite valori percentuali.

Fermo restando il quadro economico sopra descritto, saranno oggetto di integrazione nel finanziamento alle Regioni da parte dello Stato le risorse economiche aggiuntive necessarie a garantire il riconoscimento dei benefici contrattuali previsti dal Protocollo di intesa con le Oo.Ss. del 6 aprile 2007 e dall'Accordo con le Oo.Ss. del 29 maggio 2007.

Le Regioni, all'interno dei vincoli di finanza pubblica fissati per i rispettivi Ssr, secondo quanto previsto dal Nuovo Patto per la salute e dalle correlate normative fi-

nanziarie, e comunque nel rispetto delle condizioni economico-finanziarie stabilite dall'art. 52, comma 5, lett. b) del Ccnl 8/6/2000, potranno prevedere annualmente l'utilizzo di risorse aggiuntive per conseguire ulteriori miglioramenti qualitativi e quantitativi nei servizi. Tali risorse sono destinate alla contrattazione integrativa e finalizzate esclusivamente alla produttività da corrispondere - in modo selettivo - a seguito della verifica delle condizioni previste da specifiche direttive regionali. Dette risorse non possono in ogni caso essere oggetto di consolidamento nei fondi ordinariamente definiti sulla base dei Ccnl e non possono finanziare voci irreversibili della retribuzione.

B) FINALIZZAZIONE DELLE RISORSE

Nell'ambito delle risorse come sopra individuate il Ccnl:

- b1)** garantirà l'incremento del trattamento fondamentale stabilito secondo la dinamica inflativa;
- b2)** confermerà l'attuale assetto dei fondi contrattuali per il finanziamento delle voci accessorie della retribuzione;
- b3)** stanzierà le risorse per finanziare la contrattazione integrativa finalizzandole in particolare alla retribuzione accessoria, e, per una quota non inferiore al 0,5% alla retribuzione di risultato, anche sulla base delle indicazioni regionali. Nell'ambito della quota destinata alla retribuzione di risultato vanno previste risorse a disposizione della direzione strategica aziendale finalizzate al riconoscimento del merito individuale;

RISORSE DERIVANTI DALLA RETRIBUZIONE INDIVIDUALE DI ANZIANITÀ

Riferimenti: **TITOLO III**, Istituti economici, punto 1: "Contenuti", lett. b)

Come è noto, la RIA deriva dall'importo economico individuale relativo a classi e scatti di anzianità maturati e consolidati fino al 31 dicembre 1996.

Tali somme, già massa salariale prima del 1996, hanno continuato a costituire, sotto forma di RIA, un elemento del monte salari e come ribadito nell'ultimo Ccnl fanno parte del trattamento fondamentale della retribuzione dei dirigenti (articolo 33 lettera a).

Anche le somme resesi libere, successivamente al 1 gennaio 1997, in seguito a cessazione definitiva dal servizio di dirigenti medici a qualsiasi titolo, sono rimaste nella disponibilità della massa salariale e il loro utilizzo è stato di volta in volta stabilito dal Ccnl.

Per effetto della progressiva cessazione dal servizio dei dirigenti, la RIA resta a disposizione per il trattamento economico fondamentale dei dirigenti se non vincolata da precedenti impegni contrattuali.

Tale meccanismo è ancora vigente e non vi è nessuna norma contrattuale che ne abbia previsto l'abrogazione, nè questo è possibile senza la presenza di una nuova disposizione presente nel CCNL, condivisa e sottoscritta dalle Oo.Ss., che lo renda lecito.

b4) demanderà alle linee di indirizzo regionali la facoltà di ridefinire particolari condizioni di lavoro, coerenti con gli specifici assetti organizzativi, da remunerare con le indennità già previste dal Ccnl;

b5) al fine di favorire il raggiungimento di una semplificazione del sistema retributivo citata negli obiettivi generali, appare opportuno che venga definito l'inserimento del complessivo valore dell'incarico nel trattamento di fine servizio, coerentemente con la contabilizzazione degli oneri contributivi a carico del Ccnl.

In coerenza con quanto comunicato dall'Aran a questo Comitato in esito alla precedente tornata contrattuale, dovrà essere esplicitata nel testo contrattuale la cessazione di qualsiasi effetto derivante dalla retribuzione individuale di anzianità del personale cessato.

La negoziazione dovrà inoltre disciplinare l'esclusiva finalizzazione al fondo per la retribuzione di risultato, conseguente all'effettivo raggiungimento di obiettivi aziendali, del trattamento accessorio non legato alle condizioni di lavoro del personale cessato.

Ogni ulteriore disposizione contrattuale dovrà essere coerente con le risorse di cui al presente atto di indirizzo e comunque con il principio dell'invarianza della spesa.

Ai fini della certezza della spesa, gli incrementi delle risorse per il finanziamento dei fondi per la retribuzione variabile ed accessoria dovranno essere individuati esclusivamente in misura percentuale rispetto al monte salari di riferimento e non in valore assoluto.

Andrà valutato l'impatto economico delle disposizioni contrattuali relativamente all'applicazione di quanto previsto dal D.lgs. n. 517/1999.

C) CONTABILIZZAZIONE DELLE RISORSE

Nella quantificazione dei costi contrattuali e nella loro finalizzazione, come indicato nei punti precedenti, l'impegno di ciascuna Regione non può superare la percentuale a regime sul Monte Salari 2005 indicata nell'allegata tabella 1, e nelle eventuali modifiche intervenute a seguito dell'entrata in vigore della legge finanziaria per il 2008 relativamente all'applicazione degli accordi fra Governo e Oo.Ss. del 6 aprile 2007 e 29 maggio 2007.

D) VERIFICA DELLE RISORSE

Nella fase della negoziazione nazionale andrà attivata una procedura di verifica di eventuali criticità emerse, al fine di chiudere la fase sperimentale prevista dall'articolo 18 del Ccnl 3.11.2005 finalizzando i risultati emersi alla ricerca di una flessibilità gestionale.

E) INDENNITÀ DI ESCLUSIVITÀ

Il Governo ha riferito a questo Comitato circa la richiesta formulata dal Ministero della Salute di finanziare il maggior costo derivante dall'inserimento dell'indennità di esclusività tra le voci che compongono il monte salari, con conseguente rivalutazione della stessa. Il Comitato di Settore, nell'ipotesi che la suddetta abbia esito positivo, nel riservarsi la valutazione sull'effettiva congruità del finanziamento aggiuntivo a carico del bilancio dello Stato, fa presente all'Aran la necessità che di tale circostanza se ne tenga debito conto nell'ambito della trattativa. All'atto della valutazione di congruità saranno dati indirizzi per la revisione delle modalità di erogazione.

DIRIGENZA MEDICA

Il mensile dell'Anaa Assomed

Sede di Roma: via Barberini, 3
tel. 06.42.45.741 - Fax 06.48.90.35.23
Sede di Milano: via Napo Torriani, 30
e-mail: dirigenza.medica@anaao.it
servizi@anaao.it
www.anaao.it

direttore
Carlo Lusenti
direttore responsabile
Silvia Procaccini
comitato di redazione:
Giorgio Cavallero, Domenico Iscaro, Mario Lavecchia,
Gianluigi Scaffidi, Costantino Troise
coordinamento editoriale
Eva Antoniotti

hanno collaborato:
Lorena Giudici
Ester Maragò
Stefano Simoni

Progetto grafico e impaginazione:
Daniele Lucia, Liana Libari

A.N.E.S.
ASSOCIAZIONE NAZIONALE
EDITORIA PERIODICA SPECIALIZZATA

editore



Health Communication srl
Edizioni e servizi di interesse sanitario

Via Vittore Carpaccio 18 - 0147 Roma
email: redazione@hcom.it
tel. 06.59.44.61 - fax 06.59.44.62.28

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, DCB Roma
Diritto alla riservatezza: "Dirigenza Medica" garantisce la massima riservatezza dei dati forniti dagli abbonati nel rispetto della legge 675/96
Stampa: Artigrafiche s.r.l. - Pomezia (Rm)
Finito di stampare nel mese di ottobre 2007

L'AGENZIA PER I SERVIZI SANITARI REGIONALI PRESENTA I DATI 2006 SULLA LIBERA PROFESSIONE INTRAMURARIA

Crescono gli incassi dell'intramoenia

Ammontano a 1,147 miliardi di euro i ricavi della libera professione intramuraria nel 2006, di questi quasi un miliardo sono stati incassati dai medici. Non solo, gli incassi dell'intramoenia sono aumentati rispetto al 2005 di circa il 7%, ma ben del 67% rispetto al 2001, anno di entrata a regime della libera professione. Questi i dati del quinto rapporto annuale sull'intramoenia analizzati dall'Assr.

Ester Maragò

L'intramoenia gode di ottima salute: nel 2006 gli incassi per la libera professione dei medici hanno raggiunto la cifra complessiva di 1,147 miliardi di euro con un incremento di circa il 7% rispetto al 2005 e ben del 63% rispetto al 2001, anno zero dell'attività intramuraria.

Oltre l'86% degli incassi è andato ai medici, mentre quasi il 14% è entrato nelle casse delle Aziende sanitarie per coprire i costi sostenuti per garantire il servizio.

Ma l'Italia marcia a due velocità: sei regioni del centro-Nord, da sole, assorbono il 74% degli incassi e delle prestazioni mentre tutto il Sud non raggiunge il 14%. A fotografare lo stato dell'arte dell'attività libero-professionale intramuraria è l'Agenzia per i servizi sanitari regionali che ha snocciolato i dati aggiornati utilizzando le fonti informative del conto economico delle Asl e Ao per gli anni dal 2001 al 2006 raccolti dal Sis del ministero della Salute. Dai dati elaborati è emerso che degli oltre mille miliardi incassati nel 2006, la fetta più cospicua è andata al personale: esattamente 990.605.000 euro con un incremento del 6,23% rispetto al 2005 e di circa il 63% rispetto al 2001, di questa cifra tra il 5 e l'8% spetta invece alle équipe che hanno collaborato con i medici.

Sono in particolare le Regioni del Centro Nord a far registrare i corrispettivi più elevati destinati al personale: spiccano in particolare Lombardia, Piemonte, Lazio, Emilia Romagna, Toscana e Veneto.

Il Nord destina al personale in media l'84,37% dei ricavi provenienti dall'attività intramuraria, il Centro il 90,23%, il Sud l'87,89%.

Tra le Regioni che destinano ai medici la percentuale più alta degli incassi, ci sono le Marche con il 124%,

la Sardegna (97,78%) e l'Umbria (90,35%). Invece, assegnano di meno al personale l'Emilia Romagna (80,22%) e la Toscana (80,64%), Regioni dove peraltro l'incidenza dei ricavi per le prestazioni in intramoenia sul totale della spesa è tra le più elevate.

Nelle casse delle Aziende per "coprire i costi sostenuti", sottolinea l'Assr, sono entrati invece 156 milioni e 438 mila euro. Per le strutture sanitarie, il saldo, anche se non si discosta sostanzialmente da quello rilevato negli anni precedenti, è maggiore rispetto al 2001 ed è pari al 13,64% dei ricavi complessivi.

A livello regionale, i saldi aziendali hanno trend differenti: nel 2006 diminuiscono rispetto all'anno di entrata a regime dell'intramoenia quelli del Piemonte (da 16,7 milioni a 14,4), Basilicata (da 1 milione a 545 mila euro) e Sardegna (da 2,2 milioni a 317 mila euro). È invece decisamente in negativo il saldo della regione Marche: dai -2,4 milioni di euro del 2001 ha raggiunto nel 2006 un saldo negativo di -8,2 milioni di euro.

Rimontano invece, Umbria e Calabria: la prima che nel 2001 aveva registrato un saldo negativo di 58 milioni nel 2006 ha raccolto un attivo di 1.246 milioni di euro: la regione del Sud invece è passata da -230 milioni ad un saldo positivo di 692 milioni.

Comunque, avverte l'Agenzia "confrontare i ricavi regionali, è inappropriato a causa di molteplici fattori di contesto, quali capacità di attrazione, tempi d'attesa e reddito medio della popolazione".

Il ricavo per l'Azienda generato da ciascun cittadino, in rapporto all'intera popolazione regionale, è in media di 19,69 euro. Nelle Regioni settentrionali questo importo ammonta mediamente a 26,16 euro, in quelle del Centro a 24,95 e nelle Regioni del sud a 8,65 euro.

L'Agenzia rileva però che questi valori risentono del fenomeno della mobilità dalle Regioni del Sud verso quelle del Centro-Nord, cui può essere attribuita parte della variabilità geografica.

Ricavi per prestazioni sanitarie erogate in regime di intramoenia dal 2001 al 2006							
Regione	2001	2002	2003	2004	2005	2006	% sulla Spesa Totale
PIEMONTE	88.462	100.829	107.847	114.751	120.318	126.045	1,66
V. D'AOSTA	1.845	1.930	2.308	2.570	3.091	3.577	1,44
LOMBARDIA	128.504	144.977	174.141	191.403	228.966	246.848	1,59
P.A. TRENTO	6.596	7.251	8.117	8.674	8.813	9.158	1,01
VENETO	85.930	95.314	101.732	108.165	100.708	106.146	1,33
FRIULI V. G.	16.296	17.115	17.882	23.048	22.769	21.892	1,03
LIGURIA	30.781	33.908	34.775	41.953	36.372	40.114	1,34
EMILIA R.	88.685	96.254	100.040	107.259	123.049	131.227	1,77
TOSCANA	63.288	76.575	90.507	97.631	103.964	115.805	1,86
UMBRIA	9.457	11.013	11.658	12.055	12.563	12.916	0,88
MARCHE	25.456	27.701	27.558	30.781	30.734	33.889	1,37
LAZIO	46.337	66.103	79.527	88.462	112.495	119.802	1,16
ABRUZZO	11.746	13.397	14.627	15.858	16.003	17.632	0,79
MOLISE	1.467	1.520	1.807	2.036	2.428	2.831	0,47
CAMPANIA	23.926	25.861	30.631	33.910	48.602	50.062	0,55
PUGLIA	29.999	34.648	39.746	41.897	37.759	41.055	0,65
BASILICATA	3.234	3.991	4.846	5.048	3.303	3.513	0,39
CALABRIA	4.344	5.545	5.676	5.893	5.882	6.809	0,22
SICILIA	26.000	28.434	29.294	32.247	39.400	43.415	0,53
SARDEGNA	7.924	9.722	10.735	12.242	11.361	14.307	0,55

I valori sono espressi in migliaia di euro

Corrispettivi al personale per prestazioni sanitarie erogate in regime intramoenia 2001 - 2006						
Regione	2001	2002	2003	2004	2005	2006
PIEMONTE	71.720	82.921	91.364	99.287	103.388	111.679
VALLE D'AOSTA	1.443	1.521	1.948	2.189	2.641	2.945
LOMBARDIA	112.325	124.458	158.872	166.204	196.880	208.009
P.A. TRENTO	5.248	5.941	6.363	6.914	7.313	7.639
VENETO	75.117	83.080	85.932	93.879	86.430	89.631
FRIULI V. G.	14.099	15.296	15.853	20.199	19.444	18.738
LIGURIA	25.710	30.195	31.532	34.986	31.150	34.000
EMILIA ROMAGNA	67.449	81.618	84.722	88.603	99.693	105.275
TOSCANA	56.349	64.036	78.465	78.776	84.811	93.389
UMBRIA	9.515	11.904	10.943	11.941	12.589	11.670
MARCHE	27.845	29.201	29.192	33.199	26.290	42.139
LAZIO	39.629	56.582	84.547	83.419	109.460	107.622
ABRUZZO	11.673	13.312	13.775	14.504	15.145	15.302
MOLISE	2.265	2.797	2.704	2.728	2.926	1.877
CAMPANIA	18.576	23.695	26.992	29.393	42.750	43.951
PUGLIA	29.474	35.212	38.518	37.287	37.031	34.705
BASILICATA	2.161	2.877	2.913	6.380	2.897	2.968
CALABRIA	4.574	4.997	5.710	5.186	4.465	6.117
SICILIA	23.500	25.954	29.049	30.349	34.964	38.959
SARDEGNA	5.755	6.720	7.535	9.324	12.204	13.990
ITALIA	604.427	702.317	806.929	854.747	932.471	990.605

** I valori sono espressi in migliaia di euro*

Confronto Saldi 2001 - 2006 (Ricavi - Costi)

Regione	Ricavi			Costi			Saldo	
	Anno 2001	Anno 2006	Var. % 2006 - 2001	Anno 2001	Anno 2006	Var. % 2006 - 2001	Anno 2001	Anno 2006
PIEMONTE	88.462	126.045	42,48	71.720	111.679	55,72	16.742	14.366
V. D'AOSTA	1.845	3.577	93,88	1.443	2.945	104,09	402	632
LOMBARDIA	128.504	246.848	92,09	112.325	208.009	85,18	16.179	38.839
P.A. TRENTO	6.596	9.158	38,84	5.248	7.639	45,56	1.348	1.519
VENETO	85.930	106.146	23,53	75.117	89.631	19,32	10.813	16.515
FRIULI V.G.	16.296	21.892	34,34	14.099	18.738	32,90	2.197	3.154
LIGURIA	30.781	40.114	30,32	25.710	34.000	32,24	5.071	6.114
EMILIA R.	88.685	131.227	47,97	67.449	105.275	56,08	21.236	25.952
NORD	447.099	685.007	53,21	373.111	577.916	54,89	73.988	107.091
TOSCANA	63.288	115.805	82,98	56.349	93.389	65,73	6.939	22.416
UMBRIA	9.457	12.916	36,58	9.515	11.670	22,65	-58	1.246
MARCHE	25.456	33.889	33,13	27.845	42.139	51,33	-2.389	-8.250
LAZIO	46.337	119.802	158,55	39.629	107.622	171,57	6.708	12.180
CENTRO	144.538	282.412	95,39	133.338	254.820	91,11	11.200	27.592
ABRUZZO	11.746	17.632	50,11	11.673	15.302	31,09	73	2.330
MOLISE	1.467	2.831	92,98	2.265	1.877	-17,13	-798	954
CAMPANIA	23.926	50.062	109,24	18.576	43.951	136,60	5.350	6.111
PUGLIA	29.999	41.055	36,85	29.474	34.705	17,75	525	6.350
BASILICATA	3.234	3.513	8,63	2.161	2.968	37,34	1.073	545
CALABRIA	4.344	6.809	56,74	4.574	6.117	33,73	-230	692
SICILIA	26.000	43.415	66,98	23.500	38.959	65,78	2.500	4.456
SARDEGNA	7.924	14.307	80,55	5.755	13.990	143,09	2.169	317
SUD	108.640	179.624	65,34	97.978	157.869	61,13	10.662	21.755
ITALIA	700.277	1.147.043	63,80	604.427	990.605	63,89	95.850	56.438

* I valori sono espressi in migliaia di euro

Ricavi per prestazioni sanitarie erogate in regime di intramoenia Valori pro-capite - Anno 2006

Regione	Ricavi dell'azienda (spesa pro-capite per i cittadini)
PIEMONTE	29,03
VALLE D'AOSTA	28,85
LOMBARDIA	26,05
PROV. AUTON. TRENTO	18,23
VENETO	22,40
FRIULI VENEZIA GIULIA	18,12
LIGURIA	24,91
EMILIA ROMAGNA	31,34
NORD	26,16
TOSCANA	31,99
UMBRIA	14,88
MARCHE	22,17
LAZIO	22,58
CENTRO	24,95
ABRUZZO	13,51
MOLISE	8,82
CAMPANIA	8,64
PUGLIA	10,08
BASILICATA	5,91
CALABRIA	3,40
SICILIA	8,65
SARDEGNA	8,64
SUD	8,65
ITALIA	19,69

Aumenta il numero dei medici a rapporto esclusivo

Si ingrossano sempre più le file dei medici che giurano fedeltà al Ssn. L'analisi effettuata dall'Assr evidenzia come, rispetto al 2001, sia leggermente aumentata la percentuale dei dirigenti medici che ha optato per l'intramoenia: 95,44% nel 2005 a fronte del 90% nel 2000. È rimasta invece sostanzialmente invariata la percentuale degli altri

dirigenti del ruolo sanitario in intramoenia: è pari a circa il 99%. Il più alto numero di medici che hanno optato per l'esclusività di rapporto si registra in Calabria: ben il 99,30%. Al secondo posto c'è il Trentino Alto Adige (99,07). Invece, le percentuali più basse di opzione si registrano in Liguria (91,82%), Um-

bria (93,48%) e Lombardia (93,61%).

Per quanto riguarda invece i dirigenti sanitari non medici, le Regioni con percentuali di opzione leggermente inferiori al dato medio nazionale del 99,59% sono la Basilicata (98,72%), il Molise (98,81%) e le Marche (98,96 %).

NELLE AZIENDE OSPEDALIERE E NELLE CLINICHE PRIVATE IL 66% DEI RICOVERI

L'Assr ha poi fotografato l'attività di ricovero in regime di libera professione.

Dall'analisi delle Sdo del 2004, ultimo anno per il quale sono disponibili dati a livello nazionale, relative a tutte le strutture ospedaliere - compresi Irccs, Policlinici universitari, Ospedali classificati e Case di cura private - è emerso che i ricoveri effettuati sono stati 51.794, pari a 0,37% dei ricoveri complessivi.

Nella classifica delle regioni con la percentuale più alta di ricoveri in intramoenia in testa c'è il Lazio (0,87%), fanalino di coda il Molise, dove non è stato registrato alcun ricovero in libera professione. L'incremento rispetto al 2001 è del 38%. Particolarmente interessante, rileva l'Assr, è la distribuzione dei ricoveri per tipologia di struttura.

A livello nazionale, le Aziende ospedaliere sono le strutture che attraggono maggiormente i pazienti che richiedono le prestazioni in libera professione: assorbono il 42,91% dei ricoveri. Al secondo posto ci sono le

Case di cura private con il 22,93% dei ricoveri.

A livello regionale la distribuzione dei ricoveri tra le varie tipologie di strutture presenta forti differenziazioni: nella Regione Campania il 75% di tutti i ricoveri in regime di libera professione (ben 8.182 su un totale regionale di 10.909 ricoveri) viene effettuato nelle strutture private; situazione analoga nel Lazio (le case di cura private totalizzano 3.522 dimessi su un totale di 10.278) dove però l'attività di ricovero in intramoenia si concentra anche nei Policlinici Universitari (3.302).

Gli Irccs sono invece particolarmente attivi in Lombardia ("catturano" 1.653 pazienti su un totale di 7.406) ed Emilia Romagna (1.109 su 4.660).

OSTETRICIA E GINECOLOGIA LE SPECIALITÀ PIÙ GETTONATE

L'analisi della distribuzione delle dimissioni per unità operative evidenzia che il 26,41% delle dimissioni (13.680) si registrano nel reparto di ostetricia e ginecologia, il 16,91% in chirurgia generali, seguite dai reparti di ortopedia e traumatologia (11%) e urologia (6%).

Il parto, guida la classifica dei primi 30 Drg in libera professione intramoenia: il Drg 371 "parto cesareo senza cc" totalizza infatti ben 6.195 dimissioni su un totale di 31.558; segue il Drg 373 "Parto vaginale senza diagnosi complicanti" con 3.029 casi.

Agli ultimi posti si posizionano gli interventi sul testicolo non per neoplasie maligne nei minori di 17 anni (383 casi) e l'escissione locale e rimozione dei mezzi di fissaggio intramidollare, ad eccezione di quelli all'anca e femore (381 casi).

Distribuzione dei ricavi per prestazioni sanitarie erogate in regime di intramoenia - Anno 2006

Regione	% dei ricavi:	
	destinati al personale per att. libero prof.	destinati all'Azienda
PIEMONTE	88,60	11,40
VALLE D'AOSTA	82,33	17,67
LOMBARDIA	84,27	15,73
PROV. AUTON. TRENTO	83,41	16,59
VENETO	84,44	15,56
FRIULI VENEZIA GIULIA	85,59	14,41
LIGURIA	84,76	15,24
EMILIA ROMAGNA	80,22	19,78
NORD	84,37	15,63
TOSCANA	80,64	19,36
UMBRIA	90,35	9,65
MARCHE	124,34	-24,34
LAZIO	89,83	10,17
<i>CENTRO</i>	<i>90,23</i>	<i>9,77</i>
ABRUZZO	86,79	13,21
MOLISE	66,30	33,70
CAMPANIA	87,79	12,21
PUGLIA	84,53	15,47
BASILICATA	84,49	15,51
CALABRIA	89,84	10,16
SICILIA	89,74	10,26
SARDEGNA	97,78	2,22
SUD	87,89	12,11
ITALIA	86,36	13,64

Dirigenza sanitaria Opzioni per l'attività intramoenia - Anno 2005

Regioni	Medici	Dirigenti sanitari non medici
	% opzioni	% opzioni
Piemonte	95,26	99,41
V. Aosta	98,46	100,00
Lombardia	93,61	99,00
Trentino	99,07	100,00
Veneto	93,83	99,67
Friuli V. Giulia	93,78	100,00
Liguria	91,82	100,00
Emilia Romagna	95,73	99,71
Toscana	94,00	99,89
Umbria	93,48	99,16
Marche	94,19	98,96
Lazio	95,34	99,63
Abruzzo	94,87	99,12
Molise	95,98	98,81
Campania	97,82	100,00
Puglia	95,75	99,88
Basilicata	95,16	98,72
Calabria	99,30	100,00
Sicilia	96,96	99,44
Sardegna	96,29	99,81
Italia	95,44	99,59

I valori si riferiscono al personale in servizio al 31/12/2005 nelle USL non considera il personale in servizio negli IRCCS e Policlinici Universitari

INTERVISTA A MARIA ANTONELLA ARRAS, COORDINATRICE COMMISSIONE PARI OPPORTUNITÀ ANAAO ASSOMED

Vertici lontani per i "camici rosa"

Le donne medico sono state le protagoniste del convegno "Medicina e sanità declinate al femminile" organizzato dalla Fnomceo a Caserta. Un'occasione per fare luce sulla situazione delle dottoresse italiane. Ne abbiamo parlato con Maria Antonella Arras.

Nel mondo medico, nonostante "l'onda rosa" stia avanzando sempre più, ai vertici ci arrivano in poche. Secondo lei dottoressa Arras, perché?

Le motivazioni sono tante ed anche abbondantemente discusse. Le donne sono chiamate più degli uomini a "lavorare" su due fronti: quello familiare e quello professionale. E riuscire a conciliare le due cose è spesso difficilissimo anche perché l'organizzazione del lavoro mal si concilia con le esigenze familiari. E quindi per arrivare ai vertici devi pagare con rinunce personali spesso pesanti. Dobbiamo poi considerare anche un altro aspetto: la scarsa presenza femminile ai vertici di Aziende, Unità operative, Ordini e in generale della politica, in alcuni casi è determinata anche dal fatto che le donne hanno un approccio differente verso il potere. Se proprio devono scegliere a cosa rinunciare, tra famiglia, lavoro e potere, rinunciano a quest'ultimo piuttosto che al benessere della famiglia o a quello professionale.

Lei ha elaborato in occasione del convegno Fnomceo dati che fotografano la presenza delle donne in ambito ordinistico. Cosa è emerso?

Che la rappresentatività femminile negli organismi direttivi degli Ordini dei medici è scarsa: la percentuale media delle donne sul totale degli eletti non arriva al 15%. Abbiamo solo un presidente donna, a Gorizia, e cinque vicepresidenti femmine su un totale di 103 Ordini. Insomma, la rappresentatività è ridotta a meno del dieci per cento nelle quattro cariche più importanti, e tra il sedici e il diciotto per cento nei consigli.

Quindi i dati contraddicono quanti asseriscono che le pari opportunità sono state raggiunte e non esiste più una questione femminile da sostenere.

Uno scenario che si ripropone anche nelle strutture ospedaliere: le donne con un incarico di direttore di struttura complessa sono appena il 10%, va meglio in quelle semplici dove arriva al 29%

Esattamente, e lo stesso trend si osserva nelle specialità mediche: è più facile trovare primari donne nella pediatria e nella neuropsichiatria infantile, ossia in quelle aree dove la professione medica si avvicina di più al ruolo istituzionale della donna nella società, mentre è più difficile raggiungere il primariato in un reparto di chirurgia, neurochirurgia o di ortopedia. Specialità dove lo stereotipo di riferimento è più vicino al Dio della guerra, Marte, piuttosto che a quello tipico femminile dell'an-

gelo del focolare, madre e moglie amorosa.

Quale contributo può offrire il sindacato per uscire dall'impasse? L'istituto del part time quanto può favorire le donne medico?

Chiariamo subito che il part time serve ad aiutare le donne nella loro vita lavorativa, non è uno strumento per favorire la loro ascesa verso posizioni apicali. Anzi, se la donna fa la scelta del part time difficilmente è vista come la persona adatta a guidare la sua unità operativa.

È un istituto importantissimo che serve per il proseguimento della professione non per aiutare le donne che aspirano a diventare leader. Spero quindi che il contratto che si andrà a discutere tenga conto della necessità del part time: ma questo non deve diventare un escamotage o un alibi per dire "ora avete ottenuto il part time, potete essere angeli del focolare e professioniste, non chiedete quindi anche di diventare rappresentative ai vertici. Accontentatevi di quello che avete".

Il Ccnl prevede l'attivazione dei Comitati per le pari opportunità nelle Aziende. Sono stati attivati?

Sono attivi in molte Aziende sanitarie, ma non sempre hanno raggiunto l'obiettivo per il quale sono stati istituiti, ossia essere un osservatorio delle difficoltà in grado di incidere sulla risoluzione dei problemi. Anzi, su questo bisogna tenere molto alta la guardia. E lo dico in particolare a tutte le colleghe che ne fanno parte: attenzione perché se questi Comitati diventano un angolo esclusivamente femminile, come è peraltro avvenuto in alcune aree del Paese, possono diventare penalizzanti per le donne. Insomma potrebbero diventare delle nicchie, dei luoghi chiusi. Le donne al contrario devono aprirsi ed entrare in maniera paritaria in tutti gli ambiti professionali.

Le "quote rosa" sono un'altra strada percorribile per accedere alle "stanze dei bottoni"?

Questa strada alternativa è fonte di discussione non solo tra le donne medico, ma tra tutte le donne in generale. Da alcune è vista come una scelta obbligata, in quanto ritengono che senza di esse l'altra metà del cielo non riuscirà ad imporsi e a dimostrare la propria competenza. Altre colleghe, e io sono tra queste, non sono convinte che questa sia l'unica soluzione. La strada da battere secondo me è un'altra: bisogna tentare di imporsi magari anche battendo i pugni. Occorre cercare di presentarsi non solo come persone che mediano sempre e comunque, anche perché arrivare a posizioni condivise

non è sempre la regola. Bisogna essere più volitive, energiche e magari ogni tanto anche un po' antipatiche.

Soprattutto bisogna crederci e lavorare di più per essere presenti e evidenziare i problemi della categoria all'interno degli ordini e nel sindacato. Ma se nemmeno così, nonostante la partecipazione, si riuscisse ad omogeneizzare la rappresentatività di genere ai vertici, allora non rimarrebbe che tentare con le quote rosa....

A suo parere esiste ancora qualche retaggio culturale verso le donne medico? Insomma, c'è tra i dottori la paura di diventare una categoria in via di estinzione?

Sarei una bugiarda se non dicessi che qualche retaggio esiste. Esiste ancora, probabilmente non a livello conscio. Non conosco alcun collega che direbbe apertamente che, ad esempio, gli uomini in chirurgia sono migliori delle donne. Non lo dicono, ma probabilmente lo pensano o ne sono inconsciamente convinti. Dobbiamo fare i conti con un problema culturale, con degli stereotipi duri a morire. E toccherà a noi anche su questo fare il primo passo. Tranquillarli che non vogliamo prendere il posto di nessuno. Vogliamo semplicemente un ruolo condiviso con obiettivi condivisi che non sono quelli del potere, perché non rientra nel Dna della maggior parte delle donne quello di volere il potere per il potere. Vogliamo essere realmente rappresentative dei problemi della categoria e non essere viste come le suffragette del novecento. Perché la società è fatta di uomini e donne e abbiamo la necessità gli uni degli altri.

E nel sindacato?

Lavoro in Piemonte e nella nostra Regione non abbiamo particolari problemi. Sicuramente siamo un'isola felice, abbiamo avuto dirigenti estremamente capaci e aperti. Bisogna dire che abbiamo avuto anche la capacità di essere un po' provocatorie, senza prevaricare. Le donne devono cercare di avere un pizzico di creatività e volontà in più. Fare attività sindacale richiede un ulteriore sforzo organizzativo per noi, soprattutto quando le riunioni si tengono magari a decine di chilometri da casa nel tardo pomeriggio, un orario che mal si concilia con le esigenze della famiglia. E poi in una società dove anche l'uomo può guardare i figli senza essere visto come una mosca bianca, il fatto che la moglie partecipi ad una riunione sindacale di tanto in tanto non è più un ostacolo insormontabile...

E.M.

segue dalla prima

IL LAVORO DEI CAMPI

In buona sostanza non ci muoviamo sulla base di pregiudizi, positivi o negativi, non agiamo con fini strumentali, non ci prestiamo a fare i terzisti di mandanti più o meno occulti, perseguiamo solo e soltanto le legittime istanze della categoria, in modo trasparente e consapevole delle compatibilità generali del servizio sanitario e del paese.

Dissodare, arare, seminare, coltivare, raccogliere e ripartire.

Nell'antica e onesta sapienza del lavoro dei campi sta l'unico metodo che produce risultati veri e duraturi. Nella fatica quotidiana di chi sa che il lavoro non ha scorciatoie e furbizie, e tantomeno tollera alla lunga

comportamenti opportunistici e velleitari.

Naturalmente se il nostro metodo si applica a precisi campi non si può trascurare che questi sono abitati anche da altri onesti lavoratori, che però utilizzano metodi radicalmente diversi.

Da un lato c'è chi prende ogni terreno per un campo di battaglia: non contano i fini, gli obiettivi e i risultati, tutto è strumentale all'appagamento di un belluino istinto guerriero che vede ovunque nemici e guerre da combattere, senza curarsi dei danni che si producono (fuori di metafora alla categoria), pensando solo all'affermazione onanistica della propria (supposta) durezza e purezza.

Tra questi alcuni rispondono solo all'istinto, altri, più pericolosi, operano perché dopo le guerre e sulle macerie un nuovo e diverso potere si affermi.

Aspirazione legittima ma non a spese di una categoria che vorrebbe soluzioni concrete a problemi veri, piuttosto che l'agone della politica combattuta sotto mentite spoglie.

Dall'altro lato una popolazione preda di una condizione di antica subalternità: la mezzadria.

Lavorare per un padrone che ti dice cosa puoi e devi fare, senza autonomia, costretti a sottomettere le necessità della propria famiglia (fuori di metafora la categoria) ai fini prioritari di chi ha il potere di affermare la propria volontà.

Come vedete il metodo è sostanza.

C'è un metodo che cerca, faticosamente e concretamente, di ottenere risultati. Che basa solo su questi la sua legittimazione e che dagli stessi riprende forza e capacità d'iniziativa.

C'è un altro metodo che, con varie forme e diversi modi, è funzionale a fini diversi: personali, politici, di obbedienza, di vanità personale.

Quello che è necessario sapere è che il secondo confligge con il primo, rende più difficile (ed a volte impossibile) raggiungere obiettivi che altrimenti sarebbero conseguiti, complica e acuisce i problemi, rende più faticoso il lavoro di costruzione, peggiora il clima, avvelena i pozzi, impedisce (mentre afferma di voler aiutare) il meritato e giusto raccolto. Le prossime settimane ci diranno se nei nostri campi il lavoro serio e costante continua a dare buoni frutti, nonostante le difficoltà del clima e dei vicini, naturalmente fuori di metafora.

Carlo Lusenti