

MANOVRA 2009/ L'altalena su turni e riposi scatena la polemica dei medici pronti a

Guerra sull'orario: «Pronti a

Regioni, Aran e Governo scrivono indicazioni a misura di dirigenti - La risposta:

Contratto, norme Ue, manovra triennale (il Dl 112/2008, pubblicato sulla «Gazzetta Ufficiale» n. 147 del 25 giugno): orario di lavoro e riposi obbligatori dei medici sono all'ordine del giorno di uno scontro sindacati-Governo-Regioni lontano da una soluzione finale.

Tra Finanziaria e contratto. E l'orario di lavoro resta l'aspetto più delicato anche della trattativa per il rinnovo del contratto della dirigenza del Ssn. La previsione della parte pubblica, scritta nell'ultima bozza di accordo, è di introdurre la possibilità di deroghe ai riposi obbligatori di undici ore dopo due turni di lavoro consecutivi, previsti dal Dlgs 66/2003 di recepimento della direttiva Ue sulla materia.

Le deroghe erano state inserite già nella Finanziaria 2008 e il loro scopo era di dare agli amministratori più spazi di manovra nell'organizzazione dei turni di lavoro, anche nell'ottica del blocco degli organici. Dopo le proteste delle categorie, però, l'applicazione della norma è stata rinviata col decreto milleproroghe a gennaio 2009, per dare la possibilità di articolarla nei contratti, come la direttiva Ue prescrive.

Aran e Regioni nella bozza di articolo in discussione hanno previsto delle deroghe "automatiche" al Dlgs 66/2003, lasciando la possibilità alle aziende sanitarie di prevedere per i dirigenti orari settimanali medi di 48 ore e riposi giornalieri, soprattutto in caso di lavoro

notturno, anche brevi, non oltre le sette-otto ore. La richiesta finale dei sindacati, invece, è di un riposo obbligatorio di undici ore dopo i turni di notte e deroghe a livello aziendale dopo gli altri turni, ma solo con una trattativa obbligatoria, senza che i manager possano decidere autonomamente neanche

Tempi lunghi per il contratto. Sicuramente la trattativa non riprenderà nelle prossime settimane. In questi giorni infatti l'Aran incontrerà il Comitato di settore per fare il punto con le Regioni sul da farsi dopo l'interruzione di aprile. La prossima settimana l'Agenzia convocherà i capi delegazione dei sindacati per sondare se ci sono i presupposti non solo per

Contratti: tempi lunghi e per settembre si parla

riconvocare i tavoli, ma anche per arrivare in fretta alla chiusura delle trattative.

Ma ai nodi che avevano determinato l'interruzione del 10 aprile se ne sono aggiunti altri che, secondo i sindacati, non consentiranno di chiuder

re il contratto prima della primavera del prossimo anno. E i medici sono già pronti: se in autunno non avranno riscontri positivi sulla possibilità e le intenzioni di sottoscrivere i nuovi accordi scatterà una stagione serrata di scioperi.

A rallentare l'iter c'è anche l'intenzione della stessa Aran di aspettare l'eventuale riscrittura delle direttive da parte della Funzione pubblica per le aree di contrattazione: per ora è arrivato il testo solo della prima, i ministeri. Inoltre, caduto il termine pre-elettorale, si potrebbe anche decidere di mettere mano a un contratto normativamente più corposo. In questo caso il Comitato di settore dovrebbe riscrivere per la terza volta l'atto di indirizzo

pensare una disciplina analoga al personale: a medici e dirigenti, in quanto tali e «in ragione della qualifica posseduta e delle necessità di conformare l'impegno di servizio al pieno esercizio della responsabilità propria dell'incarico dirigenziale affidato» non si applicano le disposizioni previste nel testo per gli altri e sarà la contrattazione a definire le modalità per garantire condizioni di lavoro appropriate. E il Dl stabilisce anche le sanzioni per le violazioni che vanno per le aziende da un minimo di 25 a un massimo di quasi mille euro a dipendente.

Una previsione che ha mandato su tutte le furie i sindacati che hanno chiesto di cancellare la norma e minacciano di ricorrere alla Corte Ue perché, sottolineano, si disattende la direttiva recepita con

il Dlgs 66/2003. «Vengono abrogati in un colpo solo gli standard minimi di sicurezza, dettati da una direttiva europea a proposito di tempo di lavoro medio settimanale e periodo di riposo compensativo - ha dichiarato Carlo Lusenti (Anaa) commentando il testo - rendendo di fatto programmabili turni di lavoro anche di 80 ore a settimana. Il Governo ignora - ha aggiunto - la correlazione, evidenziata da numerosi studi, tra prolungamento del tempo di lavoro e rischio di errore in clinica».

«Il Dl - ha detto Stefano Biasoli (Cimo) - non solo mette i piedi nel piatto di una trattativa contrattuale difficile perché in ritardo di 30 mesi, sottofinanziata e bloccata dalle regole europee, ma getta anche le premesse per un aumento del rischio sanitario».

«Prima il Governo sottoscrive il 9 giugno in sede di Consiglio Ue una direttiva che elimina dall'orario di lavoro il tempo inattivo delle guardie, adesso in Italia abolisce il diritto al riposo. Due colpi consecutivi per i medici del Ssn», ha dichiarato Massimo Cozza (Fp Cgil medici). «Chiediamo al Parlamento - ha aggiunto - di bocciare la norma: non rinunceremo ai diritti dei medici e alla qualità delle prestazioni in cambio di aumenti contrattuali dovuti e che non recuperano il potere di acquisto delle retribuzioni».

«Non abbiamo chiuso del contratto proprio sul nodo dell'orario di lavoro e non era tanto velenoso e pericoloso come le modifiche apportate col Dl», ha detto Armando Masucci (Uil Fpl). «Intervenga Berlusconi -

dopo i 60 giorni canonici previsti per far scattare decisioni unilaterali in mancanza di accordo.

Le previsioni della manovra. Posizioni distanti, quindi. Allontanate ancora di più dalla previ-

sione scritta nel decreto di stabilizzazione della finanza pubblica che prevede per legge la possibilità di deroghe a livello aziendale. Ma non solo. Specifica infatti che per i dirigenti del Ssn non si deve

IL COMMENTO

Personale: più poteri ai vertici aziendali

Fonte di clamorose ricadute appare tutta la revisione del Dlgs 66/2003 e - ovviamente - la deroga agli artt. 7 e 9 prevista per le aree dirigenziali. Le due norme riguardano rispettivamente la durata massima dell'orario di lavoro e il riposo biologico di 11 ore. È la riproposizione del comma 85 dell'art. 3 della Finanziaria 2008 (sospeso dal decreto milleproroghe) ma bisogna riconoscerlo - scritta meglio.

Come la norma di dicembre era immotivata e sperequativa, questa si rivela contestualizzata al ruolo dirigenziale e tiene fuori gli infermieri, aggiungendo nella deroga l'art. 4 all'art. 7. Torno così inevitabilmente in gioco la qualificazione dei medici come dirigenti e tutti gli infiniti equivoci da essa sorti. Sembra ineccepibile l'equazione che se sono dirigenti devono essere svincolati da tutele e vincoli nati per operai e impiegati. Tra l'altro la formulazione del decreto legge riguarda tutta la dirigenza, ma le conseguenze devastanti saranno solo per i medici in quanto la dirigenza Pta non è mai stata coinvolta in tali problematiche avendo una configurazione giuridica da veri dirigenti, compreso il principio dell'esclusività tassativa del rapporto. Credo però di poter dire che questa norma porterà notevoli difficoltà nella conclusione delle trattative sul rinnovo del contratto dei medici.

Gli interventi sul turn-over e lo stop alle stabilizzazioni riguardano in realtà

le amministrazioni statali e il Governo - imparata la lezione dalla Corte costituzionale - si è ben guardato dall'intervenire in dettaglio in materie di competenza regionale. Si può tuttavia presumere che a causa dei pesanti tagli al finanziamento del Ssn le Regioni dovranno giocare forza adeguandosi agli interventi già attuati per le amministrazioni centrali.

In tema di collaborazioni, consulenze e lavoro flessibile si è forse stabilito un record: le disposizioni rivoluzionarie e a loro modo devastanti introdotte dall'ultima Finanziaria hanno avuto sei mesi di vita: e meno male che l'art. 7 e il 36 "costituiscono principi fondamentali" di rango costituzionale cui le Regioni devono attenersi.

Il regime di questi istituti è tornato quello pre-Finanziaria 2008 in piena deregulation, compreso il superamento del paletto della comprovata specializzazione universitaria. Resta invece in vigore il principio della comparazione che è contenuto nel comma 6-bis dell'art. 7. La prima immediata considerazione è che le aziende riacquistano grande flessibilità gestionale, ma va da sé che la scomparsa del precariato ovviamente diventa illusoria e - anzi - è ipotizzabile un notevole incremento di ogni forma di lavoro atipico con tutti i guasti che comporta. Il percorso negoziale subisce un

maquillage (sette giorni invece di cinque o il computo in giorni lavorativi), ma la previsione di maggior rilievo è che viene di fatto vietata la sottoscrizione di un contratto in caso di certificazione negativa della Corte dei conti. E nel ricordo di tutti la firma del contratto del 2004 in barba al giudizio negativo della Corte.

Tutto l'art. 71 è un vero e proprio attacco all'assenteismo. Le norme sono ben costruite e motivate e appaiono credibili sia sul piano giuridico che su quello motivazionale. A esempio, se non fosse stato espressamente previsto che i risparmi derivanti dall'applicazione dell'articolo costituiscono economie di bilancio (ovvero per le aziende sanitarie "miglioramento dei saldi di bilancio"), la norma non sarebbe servita a nulla o, quantomeno, poteva solo fungere da deterrente, visto che le indennità professionali e varie sono ricomprese nei fondi contrattuali che, generando residui, avrebbero alimentato il fondo della produttività con una grottesca partita di giro.

Certo non si può non riconoscere che le fasce di reperibilità erano ridicole, le garanzie per gli assenteisti quasi totali, la distribuzione degli incentivi a pioggia anche agli assenti e, dunque, alla fine il risultato cui si è giunti è stato di buttare il bambino con l'acqua sporca. Questo è veramente uno strano paese che non riesce a presidiare fenomeni - anche limitati o isolati - di malcostu-

me e parassitismo e che, quando viene toccato il limite della sopportazione, allora interviene drasticamente con l'accetta. Interventi mirati di bisturi avrebbero invece potuto risolvere nel tempo ogni patologia o criticità. Chi non ricorda il caso delle cure termali? Un istituto (il congedo straordinario) di cui tutti abusavano fino a che l'istituto è stato soppresso per tutti, compresi coloro che ne avevano veramente bisogno.

Per quantificare l'entità della decurtazione basti pensare che un infermiere assente per i faticosi 10 giorni perde circa 30 euro e, naturalmente, tutto l'accessorio. Un tecnico di radiologia perde di più, un amministrativo di meno.

Resta però completamente in piedi la questione dei controlli fiscali rispetto ai quali tutti concordano sulla inutilità e - soprattutto - inesigibilità. Oltretutto si può presumere che il regime delle visite fiscali aumenterà esponenzialmente con il rischio di notevoli aggravi finanziari per le aziende sanitarie. E nota la vertenza tra le aziende sanitarie e le amministrazioni statali in merito alla onerosità della visita fiscale: i datori di lavoro privati pagano regolarmente le fatture emesse dalle aziende mentre lo Stato si rifiuta, nonostante una costante e consolidata giurisprudenza favorevole alla tesi che vede la visita

fiscale non ricompresa nei Lea, in quanto effettuata non in funzione della tutela della salute dell'individuo ma nel solo interesse privatistico del datore di lavoro.

Il part-time e il trattamento fino a 67 anni non sono più diritti postestativi nella piena disponibilità del lavoratore, ma sono accolti discrezionalmente dalle aziende. Per essere chiari quando un'infermiera di un reparto di degenza o di un blocco operatorio chiedeva un part-time a 30 o 32 ore lo otteneva in automatico entro 60 giorni e, al massimo, l'azienda poteva differire la trasformazione del rapporto di sei mesi. In tal modo con una remissione di un paio di centinaia di euro la dipendente poteva eludere legittimamente turni notturni e festivi, mettendo però in ginocchio il reparto e l'azienda.

Ora invece sfido a trovare un'azienda sanitaria in cui la richiesta di passaggio a part-time non provochi "pregiudizio", che non deve nemmeno più essere qualificato "grave". Infine due parole sull'"esonero dal servizio" introdotto dall'art. 72. La norma è di enorme interesse per migliaia di dipendenti, ma non riguarda formalmente il Servizio sanitario. La questione interpretativa è talmente complessa e collegata al trattamento a 67 anni che merita un approfondimento a parte.

Stefano Simonetti

Dietro l'angolo il lavoro atipico

dure azioni con la minaccia dello stato di agitazione

ricorrere all'Ue»

«Senza paletti sicurezza delle cure a rischio»

di sciopero

e i tempi si allungerebbero inevitabilmente: la sola elencazione dei comportamenti passibili di sanzioni intermedie rispetto al recesso e la discussione su quali queste debbano essere porterebbe via settimane secondo i sindacati. Che a questo punto tornano a bomba anche su altri argomenti per ora sorvolati per fare in fretta: l'intramoenia, la rivalutazione dell'indennità di esclusiva, i meccanismi di valutazione dei dirigenti ecc.

A questo punto poi si porrebbe anche il problema economico: per il biennio 2008-2009 la previsione è della sola inflazione programmata, l'1,7% cioè, rispetto a circa il doppio di inflazione reale e i sindacati non intendono chiudere un contratto in perdita rispetto al potere d'acquisto.

ha tagliato corto Giuseppe Garraffo (Cisl medici) - a fermare chi vuole mettere a rischio il buon funzionamento degli ospedali e aumentare a dismisura i casi di malasanità: le responsabilità verrebbero addossate totalmente al suo Governo».

I sindacati hanno annunciato, oltre ai ricorsi all'Ue, anche l'intenzione di proclamare lo stato di agitazione.

Professione
al restyling. Ancora sui medici si concentra l'attenzione del Governo. Maurizio Sacconi, infatti, durante l'audizione di martedì scorso in commissione Igiene e Sanità del Senato ha annunciato la

completa revisione della professione, forse attraverso un Testo unico. Musica, per le orecchie dei medici, che di un restyling avevano già discusso con il ministro nel faccia a faccia organizzato dalla Fnomceo a Fiuggi (v. *Il Sole-24 Ore Sanità* n. 25/2008). Sono da

ripenzare, secondo il ministro, l'accesso alla professione specialistica e la formazione continua, la disciplina sul rischio professionale col

si come l'organizzazione ordinistica e gli stessi confini tra la professione medica e quelle paramediche, oltre ai nuovi profili che si vanno configurando. Il tutto salvaguardando e rinforzando la funzio-

ne degli Ordini dei medici, «essenziali come prima protezione per il cittadino. Il ruolo dei medici - ha continuato - va consolidato perché il mercato non può certo essere la prima tutela del paziente».

«La decisione di mettere ordine tra tutti gli interventi estemporanei che negli ultimi vent'anni hanno caratterizzato i professionisti della Sanità non può che essere bene accolta da parte nostra», commenta il presidente Fnomceo Amedeo Bianco. La «scarsa rappresentatività» della Federazione era stata rilevata anche di sindacati (Aaroi, Anpo, Fials medici, Ascoti, Coas Federazione medici Uil-Fpl, Fp-Cgil medici e Simet) che proprio per sollecitare un processo di riforma avevano disertato l'appuntamento di Fiuggi sugli Stati Generali della professione.

La proposta del ministro, ora, potrebbe mettere tutti d'accordo. Ma sul fronte dei medici - odontoiatri, questa volta - Sacconi ha anche un'altra partita aperta: venerdì scorso ha avviato con Andi Veneto una prima riflessione sui Fondi sanitari integrativi. Le misure rilanciate dall'ex ministro della Salute Turco sono state appena pubblicate in G.U. E malgrado l'apertura del Governo attuale sui Fondi, molti dentisti oppongono resistenza a ogni ipotesi di riduzione dell'attività degli studi privati.

Paolo Del Bufalo
Barbara Gobbi

FRANCESCO RIPA DI MEANA, PRESIDENTE FIASO

«Certe rigidità non si applicano all'organizzazione sanitaria»

Managerialità e responsabilità non si misurano timbrando il cartellino

«C i si è avvitati su un tema diventato più grande di quello che in realtà è: i medici lavorano tanto e lo fanno come dirigenti. Non gli serve un rapporto di lavoro più burocratico e fiscale con l'azienda anche perché l'organizzazione sanitaria non è una fabbrica di scarpe e certe rigidità non si dovrebbero mai applicare».

Francesco Ripa di Meana, presidente della Fiaso, la Federazione delle aziende sanitarie, e direttore generale dell'Auslona di Bologna non ha dubbi sulla necessità che per l'orario di lavoro si torni a un concetto di managerialità e responsabilità svincolato da una misurazione dei risultati «timbrando il cartellino».

Medico e dirigente e come tale con responsabilità non legate all'orario di lavoro, quindi.

Non sono dipendenti come gli altri. Non sono professionisti che quando suona la campanella mettono il bisturi nel cassetto e se ne vanno: fanno operazioni, visite, gestiscono reparti e per questo non è possibile avere un nesso diretto tra prestazione effettuata e orario di lavoro.

Una visione nuova?

No, era l'interpretazione dei contratti dei primi anni '90 della dirigenza che poi lentamente, anche per la difficoltà di valutare i singoli obiettivi e per l'improvvisamento registrato nel salario di risultato, è diventato un alibi e l'orario è tornato come punto di riferimento della misurazione dell'attività medica.

Non siete d'accordo sulla protesta dei medici...

Noi siamo per l'ipotesi originaria, degli anni '90, appunto, ma cedere sull'orario sembra sia diventato un tema tabù.

I sindacati difendono le undici ore di riposo obbligatorio tra due turni perché senza, sostengono, il professionista è deconcentrato e a rischio di errori.

In Sanità non si può ragionare come in qualsiasi posto di lavoro perché organizzativamente non sempre ci sono le condizioni assolute per rispettare determinati canoni. A maggior ragione per i dirigenti con attività a

volte prolungate ma che non prevedono necessariamente l'esecuzione continua di prestazioni, ma una presenza: questa non può essere valutata tout court per le undici ore.

L'obbligo significa anche che se un professionista ha fatto una guardia, ma senza troppo lavoro potrebbe lavorare ancora, ma, anche se volesse - e spessissimo lo vogliono - non può. Un carico inutile di burocrazia.

Ma il rischio per la salute?

Dovremmo allora vedere chi fa libera professione e se la fa cinque minuti dopo aver timbrato il cartellino. Anche in questo caso ci sarebbe un pericolo per la salute. Ma senza alcuna polemica, credo ci siano spazi per i medici di lavorare come dirigenti al di là dell'orario di lavoro e loro dimostrano molto spesso la volontà di farlo, magari anche in libera professione e su mandato dell'azienda. E questa è anche la dimostrazione del fatto che il medico è un professionista che lavora in maniera diversa dal dipendente a orario.

Un tipo di cultura del lavoro diverso.

Ci sono molti capi dipartimento che lavorano ben di più delle ore istituzionali, ma non fanno polemiche sul contratto: chi ha già responsabilità manageriali sa che la responsabilità va portata fino in fondo. Capisco che un ragionamento così sia più facile da comprendere per i medici che hanno responsabilità gestionali, ma tutti dovrebbero capire che questa rigidità non è andata al sistema sanitario e al loro ruolo centrale nell'organizzazione.

D'altra parte i medici non lavorano davvero poco né gli manca il senso di responsabilità.

E per un direttore generale come funziona l'orario di lavoro?

Un direttore generale lavora 50-70 ore a settimana. E così anche un direttore sanitario che è medico anche lui. Ripeto: essere dirigenti è anche una questione di responsabilità e i medici lo sono a tutti gli effetti.

P.D.B.

«Così torniamo al modello anni '90»

SCADENZE DI FINE ANNO

Intramoenia, c'è vento di proroga

Una riverniciata alle pareti e via: l'intramoenia «allargata» - praticata negli studi privati dei professionisti in mancanza di adeguate strutture rese disponibili dal pubblico - potrà proseguire almeno fino al 2010. Il ministero del Welfare è pronto a riaprire i termini per un altro anno per consentire ai progetti edilizi rimasti in sospenso di vedere la luce e nel frattempo bisognerà arrangiarsi, più o meno come prima.

Quello dell'intramoenia «in leasing» è un tormentone che le cronache di settore s'erano lasciate alle spalle dall'estate 2007, quando una stessante legge «preferiale» (la 120 del 3 agosto) aveva fissato l'ultimo disperato paletto: stop alla libera professione in trasferta da gennaio 2009; obbligo per le Regioni di aprire e chiudere i necessari cantieri entro quella scadenza, usufruendo peraltro dei finanziamenti pubblici. Detto così pare facile, ma stando agli ultimi dati resi disponibili dall'Agenzia per i servizi sanitari regionali (Assr), aggiornati a marzo, a fronte di un 95,44% di medici pubblici che hanno optato per l'esclusività di rapporto con il Ssn e che chiedono quindi di rimboccarsi le maniche della libera professione tra le pareti dell'azienda d'appartenenza, i cantieri vanno a rilento, c'è ancora un 30% di finanziamenti inutilizzati e solo 4 Governi locali (Veneto, Toscana, Basilicata, Pa di Trento) hanno dato fondo a tutte le risorse loro disponibili. Mentre in almeno quattro Regioni del Centro-Sud, Calabria, Campania, Lazio e Sicilia tutto tace.

A riaprire il tormentone dell'intramoenia è stata l'interrogazione parlamentare marca Pdl (firmata

Lucio Barani e Domenico Di Virgilio - entrambi medici, entrambi di Forza Italia e membri della commissione Affari sociali della Camera - interessati a conoscere l'orientamento del Governo su una questione che vive in regime di proroga da almeno un decennio.

Diplomatica ma inequivocabile la risposta del sottosegretario al Welfare con delega alla Salute Francesca Martini: per non deprimerlo lo sforzo delle Regioni che si sono impegnate su questo fronte - ha spiegato - si pensa di spostare la scadenza di un anno per i soli progetti non ancora ammessi al finanziamento, ovvero per le attività più ampie di ristrutturazione. Ad hoc creato sempre con la legge del 2007 a monitorare il tutto.

Osservatorio che per la verità al momento è un po' fermo, ma che ha già reso noti i dati clou dell'affare: nel 2006 l'intramoenia ha fruttato circa 1,15 miliardi, di cui quasi 1 è finito nelle tasche dei medici e delle loro équipe, mentre i cittadini hanno pagato in media 19,69 euro l'anno. Difficile bagnarsi due volte nello stesso fiume, diceva Eraclito. Difficile sarà spiegare ai medici che già lamentano i mancati introiti da ritardato aggiornamento dell'indennità d'esclusiva che tutto proseguirà ancora come prima. Le rivendicazioni vanno dai 3mila 436 euro pretesi dagli ex primari ai 468 reclamati dai «neofiti» con meno di 5 anni di rapporto stabile col Servizio sanitario pubblico. E i medici stanno già affilando le lame.

Sara Todaro

INGHILTERRA

Ambulatori aperti nel week-end

Al medico di base di domenica o la sera dopo aver lavorato. In Italia se ne discute, in Inghilterra invece l'estensione dell'orario di lavoro dei medici di famiglia sta già diventando realtà. Secondo i dati presentati dal dipartimento della Salute inglese infatti, a maggio, il 20% degli studi ha ampliato gli orari di apertura al pubblico, che solitamente vanno dalle 8 e 30 alle 18 e 30, dal lunedì al venerdì. La percentuale di ambulatori aperta al di fuori degli orari canonici era del 12% ad aprile.

L'estensione degli orari di lavoro per i General practitioner è il frutto di un accordo siglato con la British medical association (Bma), il più importante sindacato medico inglese, lo scorso marzo. Per finanziare le modifiche al contratto sono stati stanziati 150 milioni di sterline (circa 190 milioni di euro). Il National health service poi sta lavorando a livello locale con i medici per perfezionare gli accordi. L'obiettivo è quello di arrivare al 50% degli studi aperti in orari più comodi per i cittadini entro fine anno. In 21 Primary care trust (Pct) l'obiettivo è stato già centra-

to. «Queste sono grandi notizie per i pazienti», commenta il sottosegretario alla Sanità Ben Bradshaw. «Gli assistiti - aggiunge - vogliono maggiore flessibilità e una più ampia possibilità di scelta sugli orari per le visite. È pertanto necessario adeguare l'assistenza ai bisogni espressi dai pazienti».

L'ampliamento dell'orario è proporzionale al numero dei pazienti in lista presso gli ambulatori. Infatti è stato stabilito che gli studi devono garantire quante- no 30 minuti aggiuntivi per 1.000 pazienti registrati. In media l'aumento degli orari richiesto ai Gp è di tre ore alla settimana. Le ore extra devono essere rese disponibili in blocchi di almeno un'ora e mezzo (che dovrebbero corrispondere a circa 6-7 visite). Previo accordo con i Pct gli ambulatori possono ridurre la lunghezza del «blocco», ma soltanto in due casi: quando le visite avvengono prima delle otto di mattina e per gli studi con meno di 3.000 pazienti. Nella guida distribuita dal ministero ai gene-

ralisti si prevede che la grande maggioranza di queste visite «fuori orario» avvenga in seguito a una prenotazione.

L'orario aggiuntivo viene poi calcolato senza tenere conto del numero di persone che prestano servizio nello studio e del numero degli appuntamenti. Questo vuol dire che in uno studio aperto dalle 18 e 30 alle 20 dove lavora un Gp che riceve 9 persone si dovrà contare un'ora e mezza di lavoro extra proprio come in uno studio aperto nello stesso periodo di tempo dove hanno lavorato 2 Gp che hanno ricevuto 18 persone.

Il Governo Brown ha inoltre stanziato 250 milioni di sterline per il potenziamento dell'assistenza primaria, che serviranno, tra le altre cose, a finanziare l'apertura di 150 «Centri della salute» gestiti dai medici di famiglia. I centri saranno aperti dodici ore al giorno (dalle 8 di mattina alle 8 di sera), sette giorni alla settimana.

Giuseppe Di Marco

Perdite in busta paga

Mancata rivalutazione dell'indennità di esclusiva*

Qualifica	Perdita annua
Struttura complessa (ex primari)	3.436
Anzianità >15 anni	2.578
Anzianità >5 anni	1.891
Anzianità <5 anni	468
(*) Anni dal 2000 al 2006	