

Assemblea, congresso, seminari, scioperi e contratto: il sindacato non si ferma

Annuario, il racconto di tre anni Cimop



L'EDITORIALE
di Carmela De Rango

Una lunghissima nuova cavalcata, iniziata idealmente tre anni fa quando in occasione dell'assemblea Cimop del giugno 2019, abbiamo tracciato le nuove rotte da seguire. Fu quella un'interessante finestra per osservare gli enormi capovolgimenti che, di lì a poco, avrebbero interessato la nostra professione. La Legge Gelli, il cui padre fu nostro gradito ospite, il grande tema della responsabilità medica, le implicazioni legali, sanitarie ma soprattutto umane di un rinnovato sforzo, la tragedia della pandemia che tanti colleghi ha falciato e l'elemento atavico legato al rinnovo contrattuale. Da quella consapevolezza è nato il lavoro che oggi raccontiamo in questo Annuario, non per specchiarci ma per fare autocritica e veicolare ai nostri iscritti tutto il nostro sudore e la determinazione con cui la Cimop sta portando avanti le sue convinzioni. Il rinnovo del contratto raggiunto con Aris, ma non con Aiop, è in cima ai nostri pensieri. L'incredulità per cotanta discriminazione si trasforma in benzina per la nostra azione quotidiana, che ci

vede ancora una volta impegnati in prima fila per sensibilizzare le istituzioni, così come abbiamo fatto interessando della problematica il Presidente della Repubblica Sergio Mattarella, l'allora Presidente del Parlamento Europeo David Sassoli, il Ministro della Salute Roberto Speranza e moltissimi esponenti parlamentari. Vetì, controvetì o certe scarse sensibilità non fermeranno il nostro cammino. Questo Annuario vuole testimoniare e rilanciare. Testimoniare la densità di lavoro e impegno che abbiamo profuso, con pregevoli relatori che sono intervenuti ai nostri seminari, con la partecipazione attiva dei nostri iscritti, con l'interlocuzione preziosa di soggetti istituzionali e privati che ci hanno supportati. E rilanciare una promessa: il rinnovo del contratto è la madre di tutta la nostra azione non solo nel merito di diritti o di uno status. Nel frattempo è diventata una missione, contro ingiustizie e prevaricazioni dinanzi a cui non piegheremo la testa.

Giugno 2019: le parole di Gelli, Anelli, Bebber, Quici, Cittadini

La comunicazione medico-sanitaria: gli atti (in pillole) della tavola rotonda Cimop

Tre ore di analisi e riflessioni costruttive attorno ad un doppio tema strategico per professione e pazienti, la Legge Gelli e la comunicazione medico-sanitaria, promosso dalla Cimop in occasione del suo Congresso Nazionale a Roma il 21 giugno 2019.

Relatori di pregio hanno dato vita ad un focus approfondito e articolato, che ha visto il patrocinio di Ministero della Salute, Ordine dei Medici, Federazione Nazionale della Stampa, introdotti dal Presidente della Cimop Fausto Campanozzi, che ha disegnato il perimetro e gli obiettivi programmatici della tavola rotonda.

Il Segretario Nazionale della Cimop, Carmela De Rango, (qui il suo intervento integrale), ha osservato che il sindacato “punta ad essere regista di un nuovo patto d'acciaio tra medici, pazienti e giornalisti, per rafforzare le buone prassi ed evitare il rischio fake per tutti”.



ANELLI

Primo tema affrontato, dal Presidente Fnomceo Filippo Anelli, è stato quello dell'esigenza degli Stati Generali della professione, in un momento in cui i giovani neolaureati formati in Italia sono poi costretti ad “emigrare” per offrire il proprio know how a strutture straniere. “Si tratta di 225 milioni di euro annui regalati dall'Italia all'estero per quei medici che esportiamo”, ha osservato. Per poi mettere l'accento sul fatto che il pareggio di bilancio della sanità sia stato raggiunto con il “fondamentale contributo dei medici, che di contro hanno il contratto bloccato da dieci anni e che meriterebbero maggiori attenzioni”. Una proposta indirizzata al Ministro della Salute è quella di “un passo in avanti verso i giovani”, perché possano svolgere in ospedale l'ultimo anno della specializzazione così da testare sul campo il proprio bagaglio di competenze.

GELLI

E' chiaro che il perno attorno al quale si sta evolvendo la professione, la Legge Gelli, ha avuto una genesi precisa con degli obiettivi altrettanto precisi, che sono stati sciorinati dallo stesso estensore della norma, l'on. Federico Gelli. L'ex parlamentare ha illustrato i parametri relativi alla comunicazione in sanità, alla gestione degli errori, all'approccio giuridico verso i singoli operatori, alla conflittualità come ad esempio accaduto nel caos sui vaccini.

“Sono state finanziate campagne milionarie sui media che hanno lanciato un messaggio deflagrante per il sistema sanitario offrendo al cittadino un'autostrada per criminalizzare il medico con una ricerca spasmodica di un colpevole”, ha

precisato.

“Per questo dobbiamo dotare i nostri professionisti degli strumenti per evitare che un comportamento sbagliato si trasformi in danno per il paziente. L'assicurazione obbligatoria in campo medico segue lo stesso principio della RCA per l'automobile, al fine di offrire garanzie a tutto il siste-

ma compresi i pedoni. Il potenziale della legge è stato quello di monitorare ciò che avviene sul campo nazionale con l'osservatorio/censimento e con la raccolta delle buone pratiche assistenziali. Il Decreto Balduzzi? Non ha funzionato perché i decreti attuativi erano troppo generici con riferimenti alle linee guida non definiti. Ora c'è un metodo internazionale valido per tutti pubblicato sui siti ufficiali che è un punto importante per i magistrati di tutto il Paese che dovranno fare riferimento ad esse”.

E ancora: “Principale giudice resta il paziente, per questa

ragione la trasparenza dell'informazione resta basilare dal momento che il cittadino apprezzerà questa nuova strategia chiara e limpida, come la gestione del contenzioso e l'azione del risk manager”. Inoltre ha sottolineato che non corrisponde al vero il fatto che la Legge Gelli abbia aumentato i contenziosi, a Milano sono scesi del 30% grazie a meccanismi stragiudiziali. “Le Regioni che ad oggi non hanno applicato la legge avranno effetti minori rispetto a quelle altre che l'hanno applicata. C'è una metodologia gestionale che produce vantaggi e non c'entra affatto la partitocrazia. Le 21 sanità sono state favorite dall'eccesso di competenze, e puntare su un regionalismo differenziato accentuerà il divario tra nord e sud”. E ha concluso: “Investire in sanità è più utile che sforare per fare la flat tax o il reddito di cittadinanza”.

CITTADINI

Il Presidente Nazionale Aiop, Barbara Cittadini, ha sottolineato un fatto gravissimo che sta avvenendo in varie regioni italiane, con alcuni cittadini che rinunciano alle cure come soluzione estrema: “ovvero la spia di un Paese in grande difficoltà”. E ha osservato che senza gli straordinari professionisti che affiancano i medici non potrà esserci alcun risultato positivo. Un passaggio anche sulle trattative per il rinnovo contrattuale (“Siamo stati convocati in Conferenza Stato-Regioni, auspicando che si risolva il confronto sul rinnovo”) ed uno sul corto circuito comunicativo che sovente si verifica sull'asse medico-paziente. “Dovere del professionista è garantire una prestazione, nel massimo sforzo medico ed umano, ma mai potrà passare il binomio che curare →

significhi automaticamente guarire, dal momento che oggi è stato esasperato il livello di aspettative". La Legge Gelli, ha aggiunto, vuole recuperare il tema della responsabilità anche nella comunicazione, dove si è smarrita quella cultura che ha ispirato in passato la formazione che vedeva nel medico una figura autorevole e un punto di riferimento certo. Oggi spesso si tende a svilirlo perché è aumentata la conflittualità". Ecco l'obiettivo della Gelli, "consegnare a medici, strutture e pazienti una legge che tuteli realmente i diritti di tutti".

QUICI

"Siamo passati da un medico di ieri che veniva perfino invitato a pranzo dai suoi pazienti a quello di oggi, che definirei medico ad orologeria". Così Guido Quici, presidente di Cimo-Fesmed, ha sintetizzato il grande cambiamento che investe la professione.

"Mentre si decide con azzardo di moltiplicare per 21 le sanità regionali italiane, occorre al contempo un passo indietro dei medici spesso persi nella loro autoreferenzialità, per immaginare invece un raccordo forte tra ospedale e territorio. Gli obiettivi? Fondi sanitari integrativi, comunicazione che sottolinei le buone prassi e sia meno scandalistica, lotta serrata alle fake news".

BEBBER

"Siamo tutti alleati", ha detto Padre Virginio Bebbber, Presi-

dente Nazionale Aris, che ha messo al centro del suo intervento il peso specifico del malato e delle sue esigenze. "Non solo prevenzione, ma educazione sanitaria: ecco ciò che occorre spiegare alla gente, dobbiamo sforzarci assieme di mantenere in vita la nostra sanità che ha dato tanti buoni frutti".

BRACCO

"Non basta spingere un bottone per avere risposte certe, così come è illusorio avere l'idea del benessere totale o di una guarigione al 99%". Questa la traccia seguita dalla giornalista Daniela Bracco nel suo intervento, focalizzato sul ruolo della comunicazione e sul perimetro valoriale dei giornalisti specializzati.

"Il dottor Google non è uno strumento qualunque, non è uno di noi ma è il mezzo con cui oggi bisogna confrontarsi in una fase di estrema polarizzazione tra benessere e malasanità in cui il medico è chiamato a fare un passo in avanti. Attenzione alla cybersicurezza nell'universo paziente, occorre che il legislatore si muova per tempo e i media si attrezzino a comprendere prima che un trend si verifichi. Non è semplice – aggiunge – ma i medici potrebbero iniziare ad ascoltare di più le pulsioni dei social network perché da quell'ascolto si possono anticipare non solo commenti o sensibilità, ma anche paure e tendenze". E conclude: "Serve impostare una nuova alleanza medici-media". ●

I TEMI - SOSTENIBILITA', SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE E REGIONI, LEA

20° CONGRESSO NAZIONALE ELETTIVO

la relazione di Carmela De Rango

Cari Amiche ed Amici CIMOP, dopo tanti anni di intensa attività sindacale nella Famiglia CIMOP, mi è stato affidato l'onore, ma, soprattutto, l'onere nei tre anni trascorsi, di rappresentare un Sindacato di medici i cui 43 anni di storia sono la migliore testimonianza dell'impegno concretizzato da CIMOP ogni giorno. Ho avuto l'onore di succedere ad un Illustre Segretario, l'onore di raccogliere il "testimone" da Fausto Campanozzi, con il quale ho condiviso 22 anni di segreteria e gli ultimi tre di Presidenza, trovando in Lui un sicuro punto di riferimento ed un Amico leale e sincero. I tre anni trascorsi sono stati segnati da un compito gravoso, in un momento di dura crisi economica, politica e sociale del nostro Paese, con una ripercussione sulla sanità italiana, e quindi su pazienti e su operatori sanitari, sui medici in particolare e, conseguentemente, sulla contrattazione per il rinnovo del CCNL. L'Italia oggi mostra grandi difficoltà nel garantire la sostenibilità del sistema salute e le 21 sanità diverse, per effetto delle differenti organizzazioni dei

servizi sanitari regionali, hanno accentuato le disuguaglianze in termini di accesso alle cure. È appena stato celebrato il quarantesimo anniversario (2 dicembre 2018) dell'istituzione del Servizio Sanitario Nazionale (SSN), fondamentale strumento di declinazione dei principi costituzionali, a partire

dall'Articolo 32 che definisce la salute quale diritto fondamentale dei cittadini e al tempo stesso interesse della collettività.

Una ricorrenza che deve rammentare a tutti una scelta di civiltà che il nostro Paese ha compiuto nel 1978 e che, ancora oggi, rappresenta un bene di inestimabile valore che va preservato e custodito. Il SSN è un fondamentale esempio di democrazia appli-

cata ma, nato in un'epoca profondamente diversa, necessita di una profonda, accurata manutenzione per adeguarlo al mutato contesto sociale, culturale, etico, epidemiologico e tecnologico, rispondendo alla sfida epocale che ci chiede di assicurare al tempo stesso il mantenimento dell'universalità delle cure e la sostenibilità finanziaria e organizzativa. →



Il Servizio Sanitario Nazionale è nato con l'obiettivo di tutelare la salute, come diritto fondamentale dell'individuo e della collettività, e superare gli squilibri territoriali nelle condizioni socio-sanitarie del Paese. Il principio alla base del SSN è l'universalismo ritenuto un presupposto per l'uniformità delle condizioni di salute sul territorio (cfr Legge 23 dicembre 1978 n. 833, Art. 1, 2 e 3). A circa quindici anni dalla legge istitutiva del SSN, in un quadro che vede il nostro Paese affrontare i forti vincoli di finanza pubblica imposti dagli accordi di Maastricht, si avviava la prima riforma, finalizzata a migliorare l'efficienza economica, attraverso l'aziendalizzazione delle articolazioni territoriali (Azienda sanitarie locali (Asl)).

Tra i principi cardini di questa riforma la responsabilità del pareggio di bilancio in capo ai Direttori Generali delle Asl, la coerenza tra i livelli uniformi di assistenza sanitaria e il quadro clinico ed epidemiologico delle Regioni.

Infine il legame tra le prestazioni da garantire a tutti i cittadini e il volume di risorse a disposizione. Pertanto, prima la Legge del 30 dicembre del 1992, n. 502, poi quella del 7 dicembre 1993, n. 517, introducono nel sistema il concetto della compatibilità tra volumi di prestazioni e risorse finanziarie disponibili. A distanza di pochi anni il SSN è interessato da una ulteriore riforma, nota come riforma "ter", con la quale il legislatore introduce i livelli essenziali e uniformi di assistenza (Lea). Si

tratta di una lista di prestazioni, appropriate dal punto di vista clinico e correlate ai bisogni di salute della popolazione, utili per il perseguimento delle finalità stabilite negli Articoli 1 e 2 della legge istitutiva del SSN. L'essenzialità della lista richiama concetti di economicità ed efficienza, infatti, la selezione delle prestazioni è effettuata contestualmente all'individuazione delle risorse finanziarie destinate al SSN che dovranno essere compatibili con i vincoli di finanza pubblica. Il ciclo di trasformazione degli anni novanta si conclude all'inizio del nuovo millennio con altre due importanti novità legislative, la riforma del Titolo V della Costituzione e il Decreto legislativo n. 56 del 2000 che introduce il federalismo fiscale. La riforma costituzionale stabilisce che il potere legislativo in materia di sanità è concorrente tra Stato e Regioni e perfeziona il principio di sussidiarietà, secondo il quale chi governa un sistema deve essere vicino ai cittadini per coglierne meglio i bisogni e i desiderata. Allo Stato è assegnato il compito di stabilire il quadro normativo generale, alle Regioni è attribuito il compito di legiferare sul proprio territorio, per attuare le linee guida del Governo centrale e organizzare il servizio e gli interventi di sanità pubblica. Il Decreto legislativo in materia di federalismo fiscale ha stabilito le fonti di finanziamento dei Servizi sanitari regionali: il gettito dell'Iva, dell'Irpef e il fondo di perequazione. L'ammontare del finanziamento è stabilito dallo Stato per finanziare i Lea, gli eventuali deficit di bilancio sono stati posti a carico

della fiscalità regionale. Da questa breve storia del SSN si evince facilmente come la riduzione delle disuguaglianze, sociali e territoriali, sia uno dei principi 2 cardine del nostro welfare sanitario. Nel 2017, in Italia, la spesa sanitaria corrente è pari a circa 153 miliardi di euro, e incide per l'8,9% sul PIL e per il 74,0% (oltre 113 miliardi di euro) e finanziata dal settore pubblico. La spesa sanitaria privata, pari a 39.686 milioni di euro, è quasi interamente finanziata dalle famiglie (90,7%). La distribuzione della spesa sanitaria per funzione di assistenza presenta l'incidenza più elevata per l'assistenza sanitaria per cura e riabilitazione (55,2%). Seguono per importanza i prodotti farmaceutici e gli altri apparecchi terapeutici (20,6%) e l'assistenza sanitaria a lungo termine che costituisce il 10,1% della spesa totale.

La spesa per i servizi ausiliari (servizi di laboratorio di analisi, di diagnostica per immagini, di trasporto di pazienti o di soccorso di emergenza) costituisce l'8,1% della spesa totale, mentre la spesa

per i servizi per la prevenzione delle malattie incide solo per il 4,0%. Dal lato degli erogatori di assistenza sanitaria, gli ospedali assorbono il 45,3% della spesa sanitaria, i servizi di assistenza ambulatoriale il 23,0% e le farmacie e altri fornitori di presidi medici il 16,3%. La spesa sanitaria dell'Italia, nel contesto dei Paesi dell'UE, si mantiene significativamente più bassa, sia in termini di valore pro capite che in rapporto al PIL (Grafico



1). Il nostro Paese, nel 2016, ha speso mediamente 2.477 euro per abitante, collocandosi al dodicesimo posto della graduatoria dei Paesi dell'UE e distanziandosi per oltre 1.000 euro dal Regno Unito che occupa l'undicesima posizione (3.566 euro).

SCENARI DI SPESA

Le proiezioni effettuate sulla base degli scenari demografici futuri non sono rassicuranti; infatti, nel 2028 le persone con grave deficit motorio tra gli anziani ultra 65enni saliranno a oltre 3,5 milioni e a oltre 4,1 milioni nel 2038. L'autonomia dell'anziano sarà uno dei problemi da affrontare nel futuro. Lo scenario epidemiologico, sia pur parziale, prospettato per il futuro avrà sicuramente effetti sulla spesa sanitaria pubblica, già oggi soggetta a forti vincoli e in difficoltà a causa dei deficit accumulati dalle Regioni nel corso degli anni. L'esercizio di previsione per il futuro della spesa pubblica non è affatto facile, poiché alcuni dei fattori che la condizionano non sono agevolmente prevedibili. La Ragioneria Generale dello Stato effettua delle proiezioni sulla base degli scenari demografici, su ipotesi sulla dinamica dei consumi, sullo scenario macro-economico e sulle previsioni del PIL. Secondo queste previsioni il rapporto tra spesa sanitaria pubblica e PIL dovrebbe crescere dal 6,6% del 2017 al 6,8% nel 2030, fino ad arrivare al 7,3% del 2040. In altre parole, dovremmo passare dagli attuali 114 miliardi a 139 nel 2030 e a 168 nel 2040. →

SCENARIO PERSONALE MEDICO

Un'altra emergenza che il SSN dovrà affrontare in un futuro non molto lontano è legata alla carenza del personale, in particolare dei medici. Il motivo di questa carenza è, principalmente, il rispetto dei vincoli di finanza pubblica. Infatti, la dinamica della spesa sanitaria, a livello nazionale, nel corso degli ultimi 15 anni, è stata caratterizzata da un evidente rallentamento della crescita osservata dopo la prima metà degli anni Novanta. A livello nazionale, il numero di medici e odontoiatri del SSN si è ridotto in modo costante tra il 2013 e il 2016, passando da 108.271 unità nel 2013 a 105.093 unità nel 2016 (-2,9%). L'altra dinamica alla quale si sta assistendo è il progressivo invecchiamento del personale. Infatti, nel 2016, il 52% del personale medico era di oltre 55 anni, per salire al 61% tra gli uomini e attestarsi al 38% tra le donne. Nella classe di età 50-59 anni la quota dei medici si attestava al 41%, mentre tra i 40-49 anni a circa il 23%. La prospettiva futura è allarmante, in quanto, nel 2016, i medici con più di 55 anni sono oltre 56.000, quindi nel corso dei prossimi 15 anni, a legislazione vigente e al netto di uscite anticipate legate alla riforma nota come "quota 100", ci si attende una uscita per pensionamento di pari entità.

Lo scenario appena prospettato è aggravato dal fatto che la programmazione degli accessi ai corsi di Laurea in Medicina e Chirurgia, nonché quelli previsti per le Scuole di Specializzazione, non ha considerato il fabbisogno di medici che avrebbe dovuto assicurare, come dimostrano le stime che seguono effettuate dall'Osservatorio Nazionale sulla Salute nelle Regioni Italiane dell'Università Cattolica del Sacro Cuore di Roma. La carenza di medici avrà ancora di più un impatto negativo sul settore privato che sarà penalizzato nella scelta dei giovani per la ben nota questione dei titoli di carriera e per una retribuzione 50% inferiore al contratto Pubblico.

CONTESTO

Le strutture ospedaliere pubbliche e private accreditate sono complessivamente 1034 nell'anno 2016, con una prevalen-

za delle seconde (55,6%) rispetto alle prime (44,4%) (1). Il sistema ospedaliero privato italiano, si presenta come una realtà più consistente, con più di 1.000 istituti di cura, 200.000 posti letto, 8,8 milioni di ricoveri, 632.000 addetti e una spesa complessiva di 63,1 miliardi di euro, pari al 55,4% della spesa sanitaria pubblica totale.

In termini di spesa sanitaria totale l'Italia mostra un rapporto con il PIL inferiore alla media dei Paesi del G7 (8,9% contro 11,4%), mantenendosi ancora al di sotto della media dei Paesi Ocse Europa (che è del 9,4%).

Nonostante le attese per la rinnovata attenzione mostrata sul tema del finanziamento del SSN in questa nuova fase politica, si conferma dunque il ridimensionamento dell'impegno dell'Italia rispetto ai maggiori Paesi dell'area occidentale in termini di impiego di risorse per la salute in rapporto alla ricchezza prodotta. Così come si rinnova la prospettiva di un progressivo e strisciante definanziamento, che farebbe scivolare il nostro sistema sanitario verso una nuova dimensione definita come "universalismo selettivo", all'interno della quale nuovi strumenti ancora in fase di progettazione e riconducibili al c.d. "Secondo pilastro", consentirebbero, secondo alcune linee di pensiero, una rinnovata sostenibilità complessiva. (1) All'interno del SSN gli operatori pubblici e privati si trovano spesso in competizione tra di loro.

Una competizione quasi sempre subita dal pubblico, attivamente ricercata dal privato. Laddove esistono libertà di scelta dei pazienti e pluralità di strutture di offerta esiste infatti possibilità di competizione.

La competizione avviene anche all'esterno del SSN, quando il settore privato offre gli stessi servizi con maggiore tempestività, comfort e qualità (percepita) rispetto al settore pubblico. Il mix equilibrato tra produzione pubblica e privata offre, infine, libertà di scelta ai pazienti e un ambiente competitivo, che può stimolare l'emulazione e il miglioramento continuo della qualità. ●



IL PRESIDIO - Lo sciopero del 24 gennaio 2020 con il sostegno di Lorenzin, Nobili, Anelli

Siamo medici, non figurine. La grande mobilitazione sotto il Parlamento

di Leone Protomastro

Venerdì 24 gennaio 2020 Cimop ha scioperato per 24 ore contro la retromarcia di Aris e Aiop sul rinnovo contrattuale. Al contempo in Piazza Montecitorio, a Roma, si è svolta una manifestazione. Il kafkiano andamento delle trattative, che vede i non medici equiparati economicamente al pubblico, abbinato alla scorrettezza della controparte nel non chiedere alle regioni e al ministero un sostegno anche per i medici, ha prodotto la fisiologica conseguenza dello sciopero. Degrada-

dante il balletto delle risorse, che condanna i medici della sanità privata a consolidare il gap economico con i colleghi del pubblico: una direzione di marcia assolutamente discriminatoria tra le varie parti sociali. Aiop e Aris hanno deciso di stoppare le trattative, nonostante i numerosi tentativi di mediazione effettuati da Cimop che non hanno ottenuto dalle parti datoriali alcun segnale di riapertura. La scadenza temporale dello scorso 20 dicembre 2019 non è stata rispettata per dissidi interni di Aiop Toscana, Lazio, Calabria e una parte di Aiop Sicilia, che hanno chiesto a fine novembre un'assemblea straordinaria richiedendo di inserire all'OdG il rinnovo dei ccnl della sanità privata, fissata al 22 gennaio. Fino a quella data sono congelati tre anni di trattative e un accordo quasi raggiunto. Dopo numerose comunicazioni telefoniche, entrambe le associazioni datoriali hanno infranto il metodo di lavoro concordato rimettendo in discussione la regolamentazione dello sciopero e chiedendo di precettare tutta l'area oncologica, radioterapia e sale operatorie connesse. Nonostante i tentativi di mediazione anche dalle regioni e dal ministero, Aiop e Aris hanno deciso di non convocare Cimop che quindi è stata costretta a confermare questa modalità di protesta.

Solo dalle Regioni e dal Ministero Cimop ha appreso che Aiop e Aris hanno chiesto alle Regioni un supporto per il rinnovo del contratto dei non medici, senza avanzare richieste per la parte dei medici, facendo presupporre che non ci fossero problemi di copertura. Ma durante le trattative Aiop e Aris avevano dichiarato a Cimop che non c'erano le risorse per colmare il gap pubblico/privato pari al 50%, mentre in una prima fase si erano dati disponibili a incrementare le retribuzioni per il 25 % (ma una percentuale doveva essere guadagnata dal medico con l'incremento della LP o delle ore aggiuntive al monte ore). Per cui Cimop ha ri-

fiutato e interrotto le trattative, ritenendo degradante questo balletto di risorse.

Grande è stata la mobilitazione in Piazza Montecitorio a Roma per il presidio, con l'adesione che ha sfiorato il 95%, mentre sotto la Camera dei Deputati sono intervenute alcune delegazioni istituzionali e politiche che hanno portato il proprio saluto ai vertici della Cimop impegnati in questa mobilitazione.

Tra gli altri il Presidente FNOMCeO, dott. Filippo Anelli; l'ex ministro della Salute Beatrice Lorenzin; il parlamentare di ItaliaViva Luciano Nobili e il Presidente della Cimop, Guido Quici.

“Siamo medici, non figurine: il contratto è la chiave per aprire la professione – ha osservato il Segretario Nazionale della Cimop, dott.ssa Carmela De Rango – In primis mi ritengo orgogliosa per la grande mobilitazione promossa

in tutta Italia, segno di un'esigenza particolarissima come quella del rinnovo contrattuale. Lo ritengo un passaggio improcrastinabile, dal momento che proprio in questi giorni abbiamo appreso la notizia di importanti e legittime novità contrattuali per il personale non medico, ma non capiamo francamente il perché le parti datoriali si siano fermate solo a quello. Un punto su cui non ci può essere divisione di sorta è quello relativo al personale medico: non vorrei che qualcuno volesse relegarlo in secondo piano, così come appare evidente dal fronte contrattuale”.

E ha aggiunto: “C'è inoltre sul tavolo il mancato riconoscimento dei titoli di carriera tra medici che svolgono le stesse funzioni, che producono gli stessi DRG, ma che lavorano nello scenario privato. Il comparto sanitario sta attraversando una fase di emergenze diversificate, come l'attuazione completa della Legge Gelli, la criticità delle aggressioni ai medici, l'equiparazione nel trattamento economico tra pubblico e privato, lo svuotamento dei percorsi professionali per via contingenze, così come accaduto in Veneto, gli aumenti per il Fsn, la soluzione per la carenza di personale, il destino della Legge Lorenzin sull'obbligo vaccinale. Insomma, occorre una svolta decisiva nella professione: e oggi la sanità privata ha battuto un colpo rivendicando quanto le spetta legittimamente”. ●



@CimopItalia



LA FIRMA - Così si investe nella serenità personale professionale dei medici

Accordo Policlinico-Campus universitario Biomedico e Cimop

di Fabio Massimo

Un investimento professionale e valoriale in un momento caratterizzato da fortissime spinte emotive. Siglato a Roma l'accordo tra il Policlinico Universitario Campus Bio-Medico e la CIMOP (Confederazione Italiana Medici Ospedalità Privata) per l'applicazione del Contratto Collettivo Nazionale del Lavoro della dirigenza medica della sanità privata a decorrere dal 1 gennaio 2021.

Alla sottoscrizione del contratto sono intervenuti i vertici del Policlinico: il Direttore Generale ing. Paolo Sormani, il Presidente dott. Felice Barela, il Direttore Sanitario dott. Lorenzo Sommella, il Direttore delle Risorse Umane, avv. Salvatore Vecchio insieme al consulente legale avv. Giovanni Costantino, i due rappresentanti sindacali aziendali, prof. Rocco Papalia e dott.ssa Ombretta Annibali; e quelli della Cimop, il Segretario Nazionale dott.ssa Carmela De Rango, il Presidente Nazionale, dott. Augusto Rivellini, e il Segretario della Sezione regionale Cimop Lazio, dott. Stefano Neri.

“Un concreto passo in avanti verso la serenità personale e professionale dei professionisti della sanità privata – definisce il contratto la dott.ssa Carmela De Rango, Segretario Nazionale della CIMOP – concretizzatosi in un momento di fortissime tensioni legate all'emergenza sanitaria.

Proprio per questa ragione, la firma rappresenta la plastica raffigurazione di una sintesi non solo tecnica ma direi anche valoriale, raggiunta grazie alla preziosa collaborazione del Policlinico Universitario Campus Bio-Medico. Per coglierne il peso specifico è sufficiente pensare allo status stesso di medici che, in questo 2020 per sempre segnato dalla pandemia, non hanno fatto mai mancare spirito di abnegazione e coraggio, per affrontare un nemico comune che sta ancora bussando con tragica insistenza alle nostre porte. La giornata di oggi è dedicata a questi lavoratori, che sono stati come soldati chiamati al fronte.”

“La sottoscrizione del contratto collettivo nazionale e del con-

tratto integrativo aziendale è avvenuta nell'assoluta convinzione che solo attraverso il benessere e la serenità del personale possono essere garantite le cure e la migliore assistenza, in linea con la missione della nostra Istituzione – commenta il Direttore Generale del Policlinico Universitario Ing. Paolo Sormani -. La centralità del paziente passa attraverso la centralità dell'operatore sanitario, a cui va la nostra totale riconoscenza per la professionalità e lo spirito di abnegazione da sempre vissuti e ancor più testimoniati in questo periodo di pandemia”. Entrando nel merito del contratto integrativo aziendale, che consiste in onere quantificabile in 1,2 milioni di euro all'anno, al suo interno è stata individuata una apposita indennità di incarico, specifica per il personale del Policlinico Universitario Campus Bio-Medico, che si aggiunge ai trattamenti previsti dal CCNL, garantendo a tutto il personale una retribuzione sensibilmente superiore a quella prevista dai tabellari del contratto nazionale. A tutto il personale che sino ad oggi non ha beneficiato di incrementi retributivi rispetto alla posizione di ingresso, viene garantito un incremento legato all'anzianità, con fasce che scattano a 5 e a 10 anni rispetto alla data di prima assunzione. Tale meccanismo di incremento retributivo legato all'anzianità verrà mantenuto anche nei prossimi anni a favore di tutti.

A tutto il personale di posizione più elevata viene garantita almeno la retribuzione attuale attraverso un superminimo non riassorbibile. Inoltre, è prevista l'introduzione per le posizioni di incarico professionale (ex assistente ed ex aiuto) la retribuzione di risultato, i cui importi sono definiti nel contratto integrativo aziendale. Cimop esprime soddisfazione per il risultato raggiunto e auspica che altre aziende sanitarie possano seguire la lungimiranza dei vertici del Policlinico Universitario Campus Bio-Medico che hanno ritenuto di valorizzare il proprio personale sanitario con l'introduzione di integrazioni economiche ad hoc. ●

SEMINARIO CIMOP SETTEMBRE 2021 ROMA

Il nuovo contratto nelle strutture sanitarie private: prospettive per sindacati e aziende

di Mario Berruti

Con il passaggio alla qualifica di Dirigente, è cambiato qualcosa in tema di retribuzione di lavoro straordinario? Il contratto collettivo regola la materia, ma vorrei avere chiarimenti, perché so che i dirigenti non hanno diritto allo straordinario retribuito. Il tema è indubbiamente interessante: i dirigenti hanno diritto al compenso per lavoro straordinario?

È noto, infatti, che il personale direttivo non è sottoposto ai limiti di legge relativi all'orario di lavoro, stabiliti per le altre categorie di lavoratori, in ragione dell'elevato grado di autonomia nella gestione della propria attività lavorativa, anche in relazione ai tempi della stessa.

Tra l'altro

l'articolo 1 del Regio Decreto Legge. 692 del 1923 (tuttora in vigore), e l'articolo 17 del Decreto Legislativo 66 del 2003 hanno escluso il dirigente dalla disciplina legale delle limitazioni dell'orario di lavoro.

Così, tale personale non ha di norma diritto, in caso di prestazione di lavoro straordinario, al relativo compenso. Sicché non vi è un rigido controllo sul dirigente sulle ore effettivamente dal medesimo lavorate: può essere che il dirigente lavori un giorno di più, e un altro di meno: ciò che conta è che eserciti i suoi compiti dirigenziali con soddisfazione per il datore di lavoro: l'importante è che diriga. Tale principio incontra, però, due eccezioni.

Prima eccezione. La Corte di Cassazione ha affermato che vige sì il principio secondo cui il dirigente non ha diritto ad alcun compenso per il lavoro extra che compie, ma tale principio non può essere assoluto, perché la prestazione, appunto extra, non deve eccedere i limiti della ragionevolezza.

Ora, sulla esatta definizione, o meglio "quantificazione" di questo limite, la Corte dichiara che è rimessa alla discrezionalità del singolo giudice, e quindi il diritto o meno dipende dal giudice. La Corte, tuttavia, ha espresso un altro concetto, o meglio strumento di misurazione del limite. Ha infatti affermato che, perché possa ritenersi superato il limite di ragionevolezza, il carattere particolarmente gravoso e usurante non deve esse-

re inteso nel senso che l'attività prestata dal lavoratore debba essere tale da portare, prima o poi, alla rovina psico-fisica del lavoratore stesso, è sufficiente che essa sia complessivamente più gravosa rispetto a quella normalmente prestata dal personale direttivo dell'azienda".

Seconda eccezione. La Corte di Cassazione ha affermato, poi, che anche il dirigente ha diritto ad un compenso quando il con-

tratto collettivo o la prassi aziendale o il contratto individuale fissano un orario normale di lavoro. Se il dirigente supera tale orario ha diritto



to ad un compenso maggiorato.

Di conseguenza la protrazione continuativa e quotidiana rispetto al normale orario di lavoro della prestazione da parte del dirigente costituisce a tutti gli effetti lavoro retribuito come straordinario.

Ma anche a questo c'è un limite: secondo la Corte il diritto al compenso esiste sempre che la protrazione di orario sia stata autorizzata dal datore di lavoro. E veniamo alla norma del contratto collettivo: Art.19 – Lavoro straordinario. In considerazione delle funzioni e delle responsabilità dei dirigenti, eventuali protrazioni dell'orario s'intendono compensate dal trattamento economico complessivo nonché dalla retribuzione di risultato laddove esistente. Trattasi di una dichiarazione di principio, in linea con quanto abbiamo sopra detto in tema di esclusione del dirigente dalla disciplina sul lavoro straordinario; nulla di più. Ma lo stesso contratto collettivo prevede un preciso orario di lavoro, per cui ricadiamo nella ipotesi, o eccezione, B) di cui abbiamo detto sopra. Ed infatti l'art.14, in tema di orario di lavoro prevede che il dirigente medico assicura la propria prestazione: a tempo pieno, per 38 ore settimanali; a tempo definito per 32 ore settimanali. Quindi il dirigente medico ha un orario di lavoro ordinario prefissato: se un medico dovesse lavorare meno di 38 ore, gli verrebbe decurtato lo stipendio. →

E se lavora di più? Vediamo che cosa dice il contratto. L'orario eccedente le 38 ore settimanali per i medici a tempo pieno e le 32 per quelli a tempo definito darà luogo a retribuzione straordinaria solo nei seguenti casi: prestazione lavorativa durante la pronta disponibilità; autorizzazione scritta della direzione o del superiore gerarchico.

Il tema vero, quindi, è la previsione di una autorizzazione scritta a lavorare di più, oltre le 38 ore.

È questa una previsione, quella della autorizzazione, che forse poteva anche essere omessa (ma è sempre meglio essere precisi), perché quello della autorizzazione è un principio che vale per tutti i lavoratori, dirigenti e non.

Evidentemente, con quella precisazione (autorizzazione scritta), quanto meno nelle intenzioni di parte datoriale, si sono volute evitare situazioni di un eccesso di "ore di presenza in struttura" non del tutto giustificate. Credo sia così.

Il tema dell'autorizzazione - Il contratto collettivo, quindi, prevede la forma scritta dell'autorizzazione, e questo è ovviamente un rafforzativo. Mi chiedo se ottenere una autorizzazione scritta sia sempre possibile: pensiamo al chirurgo in sala operatoria, che incontra complicate, che comportano l'allungamento dei tempi del suo impegno in sala.

Che fa? Va a cercare il Direttore sanitario, magari in orari extra lavorativi, o il Primario che è in vacanza? Io ritengo che sia possibile chiedere ed ottenere il pagamento del lavoro straordinario, anche in assenza di un'autorizzazione preventiva del superiore, nel caso in cui, leggo da una sentenza: la prestazione di lavoro straordinario del dipendente, che abbia protratto la propria attività oltre l'ordinario lavoro di servizio, sia stata determinata da un preciso obbligo di legge o da esigenze indispensabili o indifferibili o urgenti, come nel caso di prestazioni rese in seguito a situazioni di emergenza.

Alcuni sostengono che l'autorizzazione possa essere anche tacita: sarebbe infatti sufficiente che il datore di lavoro sia a conoscenza dello svolgimento del lavoro straordinario ad opera del dipendente e non vi sia da parte sua una opposizione. In ogni caso mi pare di poter dire che la particolarità di alcune

prestazioni (non tutte ovviamente) rende superflua l'autorizzazione ex ante, ossia preventiva, e tanto meno scritta, giacché la prestazione di lavoro straordinario è connotata al particolare tipo di attività. D'altra parte, non sarebbe ragionevole ipotizzare la necessità di avere una specifica autorizzazione scritta, che comporterebbe, necessariamente, il fermo di quegli interventi. Va comunque valutato caso a caso.

In considerazione delle funzioni e delle responsabilità dei dirigenti, eventuali protrazioni dell'orario s'intendono compensate dal trattamento economico complessivo nonché dalla retribuzione di risultato laddove esistente. L'orario eccedente le 38 ore settimanali per i medici a tempo pieno e le 32 per quelli a tempo definito darà luogo a retribuzione straordinaria solo nei seguenti casi: prestazione lavorativa durante la pronta disponibilità; autorizzazione scritta della direzione o del superiore gerarchico.

Nelle suddette ipotesi, il lavoro straordinario sarà retribuito (tanto per i medici con rapporto di lavoro esclusivo che per i medici con rapporto di lavoro non esclusivo) con una maggiorazione della paga oraria, pari al 20% per il lavoro diurno, al 30% per il lavoro notturno o diurno festivo e al 50% per il notturno festivo.

Si considera lavoro in orario notturno quello eseguito tra le ore 22.00 e le ore 6.00; si considera festivo quello eseguito nelle festività di cui all'art. 21 e nelle giornate programmate come riposo settimanale. È ammesso il ricorso al lavoro straordinario, nelle ipotesi disciplinate al comma 2 del presente articolo, sino ad un monte ore complessivo annuo di 100 ore per ciascun dirigente; oltre 100 e fino a 250 ore solo previo accordo con l'interessato; oltre tale tetto solo previo accordo tra la Struttura e la RSM e con l'assenso del dirigente interessato, comunque senza oltrepassare il limite di 300 ore annue individuali. ●

@CimopItalia



IL FOCUS - Professione e diritti, come cambiano le prospettive

La nuova definizione dell'incompatibilità e l'introduzione dell'esclusività del rapporto

di Giovanni Costantino

In premessa occorre puntualizzare che questo intervento ha un obiettivo pedagogico più filosofico che nozionistico: non ascolterete un'esposizione esplicativa sul significato delle norme, ma piuttosto alcune riflessioni sulla loro origine e ragion d'essere. Il nuovo ccnl – senza ombra di dubbio – rappresenta un punto di svolta storico per i medici delle strutture sanitarie private.

Si tratta di un accordo innovativo e molto complesso, la cui disciplina normativa, attraverso l'introduzione della qualifica dirigenziale, realizza una sostanziale uniformizzazione del rapporto di lavoro dei medici della sanità privata con quello dei medici del SSN. L'uniformità di inquadramento tra medici pubblici e medici privati è venuta meno nel lontano 1992, quando venne introdotta per i medici pubblici la qualificazione di dirigente di primo livello e di dirigente di secondo livello, mentre ai medici del settore privato si continuò a mantenere le qualifiche di primario, aiuto ed assistente.

All'alba dei 30 anni dall'introduzione della dirigenza medica, ed all'esito di una riflessione che certamente non può definirsi sbrigativa e superficiale (quanto meno per i tempi che sono occorsi) la dirigenza arriva anche per i medici dell'area privata. Devo essere un po' più preciso, perché in quel che ho detto ci sono due inesattezze:

Aiop non ha ancora firmato il ccnl, quindi molti medici della sanità privata questo grande cambiamento non l'hanno ancora conosciuto;

una parte dei medici del settore privato (ovvero i medici degli ospedali classificati) è arrivata da tempo alla qualifica di dirigente, e forse proprio per questo il traguardo raggiunto dai medici del ccnl Cimop assume un rilievo ancor maggiore perché questo contratto – con il recepimento della dirigenza e l'adeguamento delle norme alla dirigenza collegate (delle quali parleremo appresso) – è diventato applicabile a tutte le strutture sanitarie e socio sanitarie di diritto privato, nessuna esclusa, quindi anche agli ospedali classificati!

Ciò si evince inequivocabilmente comparando l'art. 1 del vecchio e del nuovo testo. Il precedente articolo 1 recitava: Il presente contratto disciplina i rapporti di lavoro intercorrenti tra le case di cura private, i centri di riabilitazione, gli irccs, i presidi e i medici che in esse operano con rapporto di lavoro dipendente. Il nuovo articolo 1, invece, sostituisce la descrizione dettagliata

delle tipologie di strutture cui si applica il ccnl, introducendo una definizione più ampia: Il presente contratto disciplina i rapporti intercorrenti tra le Strutture sanitarie, sociosanitarie e socio assistenziali di diritto privato ed i medici che in esse operano con rapporto di lavoro dipendente.

All'ascoltatore attento non può sfuggire il grande significato di una tale modifica: questo ccnl è oggi applicabile in tutte le

strutture che operano nel campo sanitario e sociosanitario privato, quindi anche in strutture che prima erano soggette ad un diverso contratto collettivo!!

Né rappresenta un ostacolo la parte normativa del nuovo ccnl, perché questa è stata modificata, sistematizzata, adeguata, proprio nell'ottica di essere applicabile a strutture ospedaliere ed ai medici che in esse operano, con una regolamentazione che (oltre al resto) introduce appunto: la dirigenza,

le funzioni e gli incarichi

conferibili ai medici, le fattispecie di incompatibilità, il rapporto di esclusività.

Questo ccnl, oggi, è assolutamente compatibile con l'introduzione di una norma di legge che voglia estendere anche ai medici dell'area privata il riconoscimento dell'equiparazione dei titoli e dei servizi: chi gestisce il potere legislativo non può più sostenere, quindi, che il riconoscimento dell'uniformità tra medici del SSN è impedita dalla diversa regolamentazione, dal diverso inquadramento, dalla diversa qualifica.

Le modifiche più rilevanti del nuovo ccnl sono rinvenibili agli articoli 7, 8, 15, 16 e 17.

Infatti, in quelle pagine sono contenute le vere innovazioni, quelle che mutano la configurazione del ccnl e lo rendono effettivamente compatibile con la normativa pubblicistica, intendendo per tale quella disciplinata dalla legge 502/92 (e s.m.) e dal ccnl del comparto pubblico.

Di cosa si occupano gli articoli del ccnl teste citati? Gli articoli 7 e 8 introducono la dirigenza e la tipologia degli incarichi conferibili: struttura complessa, struttura semplice, alta specializzazione e incarico professionale per i medici fino a 5 anni di servizio. L'articolo 15 definisce il regime delle incompatibilità, l'articolo 16 regola le modalità di svolgimento della libera professione e l'articolo 17 (in stretto collegamento logico-funzionale con l'art.16) introduce il principio dell'esclusività del rapporto e le condizioni per l'erogazione dell'indennità. →





La qualificazione dirigenziale dei medici della sanità privata era davvero non più procrastinabile.

Semmai c'è da chiedersi per quali ragioni le parti hanno atteso circa 30 anni prima di inserire nel ccnl l'inquadramento di dirigente, pur nella consapevolezza che la previsione della dirigenza avrebbe: incrementato il prestigio dei medici della sanità privata (non più civilisticamente considerati impiegati ma dirigenti); semplificato il processo normativo di estensione dell'equiparazione dei titoli e dei servizi; favorito il recepimento delle disposizioni di cui al d.lg.vo 502/92 e successive modifiche e integrazioni.

A dire il vero, per quel che posso capire, gli ostacoli erano dupli: i datori di lavoro mantenevano un'impostazione ancora piuttosto padronale e guardavano con molta perplessità all'eventualità di conferire incarichi di rilievo ai propri medici (come sarebbe dovuto accadere una volta che i medici fossero stati qualificati dirigenti); i medici, per contro, non fidandosi dei propri datori di lavoro, temevano che l'inquadramento dirigenziale avrebbe reso molto più precaria la stabilità del rapporto di lavoro.

I meno giovani di voi ricorderanno forse un mio intervento al Convegno Cimop del 2008 dal titolo "Il precariato dei medici nell'ospedalità privata accreditata", quando – in un silenzio tombale che sapeva tanto di disapprovazione assoluta – invitai tanto i datori di lavoro quanto i medici ad accogliere la sfida della dirigenza.

Oggi le cose sono cambiate e – se da un canto la classe imprenditoriale è maturata – d'altro canto nel nuovo ccnl abbiamo introdotto una clausola di mediazione che – in materia di recesso dal rapporto di lavoro – assicura ai medici già in servizio le stesse regole esistenti per i lavoratori non dirigenti.

Non vale, per contestare queste considerazioni, la considerazione che l'equiparazione dei titoli e dei servizi sarebbe possibile solo in caso di accesso all'impiego previo concorso e non previa chiamata diretta.

Questa, infatti, è la situazione in cui versano da anni gli ospedali classificati e gli irccs, che hanno al loro interno medici con i titoli e i servizi equiparati (se assunti per il tramite di pubblici concorsi) e medici con i titoli e i servizi non equiparati (se assunti per chiamata diretta).

Tale dicotomia non impedisce tuttavia al sistema di restare in

equilibrio, perché, se da un lato le strutture sanitarie possono comunque e legittimamente utilizzare entrambe le formule d'ingaggio (concorso o chiamata diretta), d'altro lato si offre ai medici assunti per concorso l'opportunità di poter accedere in futuro alle strutture del SSN, anche per mobilità.

Si potrebbe obiettare che, di tal fatta, l'equiparazione dei titoli è beneficio che potrà essere goduto solo dai medici che – d'ora in avanti – saranno ingaggiati per il tramite di pubblici concorsi, e che i medici in servizio di nulla godranno al riguardo. Vero. Purtroppo, sarebbe sempre possibile provare ad ottenere dal Ministero l'autorizzazione alla effettuazione dei concorsi riservati in sanatoria, per consentire il riconoscimento dell'equiparazione dei titoli e dei servizi anche ai medici che in passato sono stati assunti per chiamata diretta (procedura, questa, già utilizzata da diversi ospedali classificati e da diversi irccs).

Certo, si obietterà ancora: ciò potrà essere possibile solo dopo che una legge dello Stato avrà esteso anche ai medici delle case di cura il diritto all'equiparazione dei titoli e dei servizi; è assolutamente necessario che il Ministero autorizzi i concorsi riservati in sanatoria; l'equiparazione, per i medici già assunti, decorrerà solo dopo il concorso riservato.

Tutte considerazioni corrette, legittime. Eppure, come in tutte le grandi conquiste, se mai si inizia il cammino, di sicuro mai si arriva. E senza l'introduzione della dirigenza nel nostro ccnl, il cammino non avrebbe potuto avere inizio. La norma di legge più rilevante in materia di incompatibilità è l'art.4 co. 7 della legge 412/91, che recita: "Con il servizio sanitario nazionale può intercorrere un unico rapporto di lavoro. Tale rapporto è incompatibile con ogni altro rapporto di lavoro dipendente, pubblico o privato, e con altri rapporti di lavoro anche di natura convenzionale con il SSN"; questa disposizione è stata poi integrata dall'art.1 co.5 della legge 662/96, che ha spiegato che essa è da riferire anche alle strutture sanitarie private accreditate.

In ragione di queste due disposizioni, che oggi (con l'adozione di una normativa contrattuale più vicina ai principi del d.lg.vo 502/92) sono destinate ad assumere maggior rilievo, è stato necessario specificare inequivocabilmente nel ccnl che: per i medici esclusivisti, sussiste un assoluto divieto di instaurare altri rapporti lavorativi; per i medici non esclusivisti, gli altri rapporti professionali non possono determinare conflitto di interessi con il datore di lavoro. →

Il ponte è stato costruito, ora bisogna approfondire il massimo impegno affinché esso regga alle sollecitazioni (giudiziarie, politiche, sociali) che inevitabilmente arriveranno.

Ho fatto un paio di riferimenti all'esclusività del rapporto di lavoro, così entrando proprio nel cuore della nuova struttura normativa del ccnl.

Abbiamo varato una regolamentazione del rapporto di lavoro esclusivo assolutamente compatibile con le disposizioni del decreto legislativo 502, avendo cura tuttavia di non uniformarci passivamente a quel decreto, ma cercando di migliorarne l'utilizzabilità e di aumentarne la flessibilità in tutte le parti in cui ciò è stato possibile. In tale prospettiva, il nuovo ccnl: al momento dell'assunzione rimette al datore di lavoro la scelta se il rapporto di lavoro debba essere esclusivo o non esclusivo; in caso di rapporti già esistenti, lascia al medico (purché a tempo pieno) l'opzione per il rapporto esclusivo o non esclusivo; consente al medico, ogni anno, di passare dal rapporto esclusivo al rapporto non esclusivo; rimette all'accordo tra le parti la scelta di passare dal rapporto non esclusivo al rapporto esclusivo.

Nel rispetto del d.lg.vo 502/92, insieme al rapporto esclusivo il nostro contratto ha introdotto anche l'indennità di esclusività, che evidentemente sarà corrisposta ai soli dirigenti medici che svolgeranno la loro attività con rapporto esclusivo. Così come tra incompatibilità e rapporto esclusivo esiste uno strettissimo collegamento funzionale, allo stesso modo la regolamentazione della libera professione si sviluppa quale logica conseguenza delle disposizioni in tema di dirigenza.

Bisogna immaginare un unico circuito virtuoso che collega la

dirigenza al rapporto esclusivo, passando per l'incompatibilità e la libera professione: ognuno di questi istituti si regge e poggia sugli altri e negli altri trova la sua ragion d'essere.

Tant'è vero che: la libera professione intramuraria può essere esercitata soltanto da medici con rapporto di lavoro esclusivo; la libera professione extramuraria è invece riservata ai medici con rapporto di lavoro non esclusivo, sempre a condizione che non si verifichino conflitti d'interesse; è stato dato ampio spazio anche ad un tertium genus, la libera professione istituzionale, che è quella svolta dai medici esclusivisti e a tempo pieno a favore di pazienti che – senza scegliere il professionista – si rivolgono direttamente alla struttura sanitaria per richiedere prestazioni in regime di solvenza.

Il quadro è completo. Abbiamo la qualifica dirigenziale, con un sistema di funzioni e incarichi del tutto sovrapponibile a quello dei colleghi del SSN. Abbiamo una regolamentazione dell'incompatibilità, che tiene conto dei principi di legge e dei diritti e doveri dei datori di lavoro e dei dirigenti medici. Abbiamo l'esclusività del rapporto, che si pone quale opportunità e non quale obbligo in capo ai medici, ed abbiamo anche una specifica indennità economica. Abbiamo una completa regolamentazione della libera professione, del tutto coerente con quella applicabile ai medici del SSN. Oggi nessuno potrà opporre che il quadro normativo rende impossibile l'equiparazione dei titoli e dei servizi: siete pronti per la prossima conquista? ●

@CimopItalia

LE FOTONOTIZIE: L'INCONTRO CON SILERI E IL PATTO CON CIMO



Due fotonotizie che testimoniano la vitalità di Cimop. A sinistra l'incontro del Segretario Nazionale Carmela De Rango con il sottosegretario alla salute, Pierpaolo Sileri. Un momento significativo della vita istituzionale del sindacato, in cui è stata portata all'attenzione del rappresentante del governo la problematica relativa al mancato rinnovo del contratto da parte di AioP.

A destra la firma dell'adesione di Cimop alla Federazione CIMO-FESMED dando così vita ad un polo pubblico-privato da 18mila medici, ovvero l'evoluzione del patto federativo siglato tra i due soggetti nel maggio 2019, per unire le proprie forze e dare seguito alla convergenza di visione e progettualità che, da tempo, le vede dialogare su temi comuni per la tutela della professione. Si tratta del primo accordo di sinergia tra rappresentanze del mondo sanitario pubblico e privato in Italia.



L'ACCORDO - Ottobre 2020. Padre Bebber (Aris): "Riconoscenti ai medici"

La giustizia del buon senso vince sull'inganno: Aiop prenda esempio da Aris

"La giustizia del buon senso vince sull'inganno: Aiop prenda esempio da Aris." Così il Segretario Nazionale della CIMOP, dott.ssa Carmela De Rango, commentava la firma del nuovo contratto per i medici della sanità privata siglato presso la sede romana dell'Aris. "Si materializza il punto di caduta di una vicenda che finalmente rende giustizia ad una professione osannata ma al tempo stesso bistrattata: non ci saranno più medici di serie B, solo perché impegnati nel comparto privato, e di questo risultato devo dare atto alla correttezza di Aris, interlocutore prezioso e sempre attento ai contorni, anche umani, di questa lunga vicenda. Un piglio, quello mostrato dalla realtà guidata da padre Bebber, che dovrebbe essere preso come paradigma anche da chi fino ad oggi ha preferito la strada della contrapposizione e della poca trasparenza. Aiop nei mesi trascorsi ha mutato più volte atteggiamento e postura: prima possibilista, con lunghi tavoli di trattative, sfociati anche in una data per la firma: ma poi lo scorso dicembre in un attimo ha deciso per una marcia indietro incredibile, vanificando il lavoro di anni. Un pezzetto di giustizia è stata fatta e ne siamo soddisfatti, anche in considerazione del fatto che vediamo oggettivamente premiata la tenacia e la strategia con la cui la Cimop ha impostato questa battaglia di principio."

"Sono molto soddisfatto per la conclusione di una vicenda che ormai si trascinava da tanto tempo – osservò Padre Virginio Bebber, Presidente dell'Associazione Religiosa degli Istituti Socio-Sanitari (ARIS) – La mia soddisfazione nasce anche dal fatto di aver potuto mostrare concretamente ai nostri medici la nostra riconoscenza per il loro preziosissimo lavoro svolto sempre con grande professionalità e grande senso di responsabilità."

E' questo un contratto di lavoro innovativo secondo De Rango la cui portata si manifesta sin dal campo di applicazione. Il ccnl si applica infatti ai medici che operano in Strutture sanitarie, socio sanitarie e socio assistenziali di diritto privato (ed è l'unico ccnl in vigore tra le parti contraenti con validità 1° luglio

2020 – 30 giugno 2023) candidandosi, così, a diventare il ccnl di riferimento per il personale medico per l'intera area privata. La disciplina contenuta nel nuovo ccnl, introducendo la qualifica dirigenziale per i medici della sanità privata, rimuove un ulteriore ostacolo al comune obiettivo condiviso di Cimop e Aris di assicurare anche ai medici della sanità privata l'equiparazione dei titoli e dei servizi. Il testo infatti, realizzando una sostanziale uniformizzazione del rapporto di lavoro della dirigenza di area privata e della dirigenza del Ssn, riconosce comunque il ruolo centrale che è affidato ai dirigenti medici per la realizzazione degli obiettivi di sviluppo delle Istituzioni e di miglioramento dell'efficienza dei servizi, nell'interesse dei cittadini che tali servizi utilizzano. Si vuole sottolineare che, nonostante l'assenza al tavolo delle trattative del Ministero della Salute e della Conferenza Stato-Regioni, più volte sollecitati da Cimop ma senza successo, Aris ha compiuto un grande sforzo assumendo la stessa posizione che ha assunto negli altri rinnovi contrattuali, sottoscrivendo un contratto che, per i medici esclusivisti, arriva a prevedere un aumento del 25 per cento. Una mancanza di risorse da parte del Ministero della Salute e della Conferenza Stato-Regioni, ha penalizzato i medici che non hanno potuto raggiungere l'equiparazione della retribuzione con i colleghi che operano negli ospedali pubblici.

"Siamo penalizzati, ma la responsabilità in questa specifica trattativa è da imputare alla mancanza di intervento da parte del Ministro della Salute che ha invece ritenuto di intervenire per i non medici. Infine un cameo: la storia ci ricorda che oggi 7 ottobre ricorre la nascita, nel 1763, del celebre medico milanese Augustus Bozzi Granville, che raggiunse una tale fama mondiale da essere nominato medico di Sua Maestà britannica e interpellato da Archibald Edmonstone, anticipando quella che verrà definita la paleopatologia. "Una piccola nota di orgoglio per una professione che, al fine di recuperare coraggio e considerazione, dovrebbe di tanto in tanto guardarsi indietro e ricordare esempi illuminati." ●

IL CONTRATTO - Ripercorriamo le firme apposte con una serie di primarie realtà italiane

Clinica Stabia, Montecatone, Giomi e INI: tutti gli accordi raggiunti da Cimop

CLINICA STABIA

Il contratto integrativo aziendale siglato il 20 aprile 2021 migliora di molto la posizione dei medici e si inserisce in un quadro molto particolare e rappresenta la risposta precisa ai bisogni altrettanto precisi di chi sta svolgendo un lavoro enorme contro la pandemia. “Troppo spesso, nell’ultimo anno, abbiamo interpellato la figura professionale del medico solo in riferimento al tema dei contagi da covid o delle somministrazioni dei vaccini, dimenticando che sono al contempo medici e lavoratori – osservò la dott. De Rango -. Dunque il tema della dignità professionale e del riconoscimento delle giuste condizioni di lavoro oggi torna in primo piano in virtù di tale accordo, che Cimop ha fortemente voluto e di cui dà atto alla parte datoriale della Clinica Stabia: simbolo di una spiccata sensibilità che, oggi più che mai, trova riscontro in questa firma”.

“La Clinica Stabia ha deciso di sottoscrivere con la CIMOP un contratto integrativo aziendale al CCNL del personale medico non solo allo scopo di colmare, almeno in parte, il divario fra quanto offre la sanità privata rispetto a quella pubblica, ma anche per realizzare una adeguata valorizzazione delle risorse umane – dichiarò il dott. Antonio Quartuccio, Presidente e Amministratore Delegato della Clinica Stabia – Con il contratto firmato diviene possibile sia offrire ai giovani medici prospettive valide per il loro futuro, sia dare un giusto riconoscimento ai colleghi che da tanti anni operano nella Casa di Cura. Sono grato all’amico dott. Augusto Rivellini, Presidente Nazionale CIMOP e Direttore Sanitario della Clinica Stabia, per il clima pacato e costruttivo nel quale è andata avanti la trattativa che ha portato alla concretizzazione dell’accordo.”

“La firma apposta oggi su questo contratto integrativo aziendale CIMOP Clinica Stabia rappresenta per me una grande gioia e una grande soddisfazione sia come direttore sanitario della Clinica Stabia che come presidente nazionale della CIMOP – osservò il dott. Augusto Rivellini – E in questo momento di felicità non c’è spazio per fare polemiche nei confronti dell’AIOP che ad oggi, inspiegabilmente, ancora non ha firmato il rinnovo contrattuale. Mi auguro anzi che l’adesione della Clinica Stabia al nuovo contratto CIMOP possa far sì che altre strutture AIOP o l’AIOP stesso seguano l’esempio della Clinica Stabia firmando finalmente il rinnovo contrattuale in maniera tale da restituire un po’ di dignità ai medici dell’ospedale privata in

questo momento professionalmente così difficile a causa della pandemia da Covid 19. Voglio infine concludere questo mio intervento ringraziando l’amico e amministratore delegato Dr. Antonio Quartuccio e il consiglio di amministrazione della clinica Stabia per la lungimiranza manageriale e il rispetto nei confronti dei medici che hanno dimostrato con l’adesione al contratto CIMOP.”

MONTECATONE

Direzione generale dell’Istituto Montecatone e Aris – Cimop (Associazione Religiosa Istituti Sociosanitari e Confederazione Italiana Medici Ospedalità Privata) hanno siglato un accordo il 21 ottobre 2020 con una primizia: fu quella infatti la prima negoziazione territoriale dopo la sigla sugli accordi nazionali nella sessa materia.

L’obiettivo era quello di equiparare quanto più possibile il trattamento economico dei medici in servizio al MRI rispetto a quelli del pubblico «per incrementare la competitività dell’Istituto nei bandi di selezione pubblica – come spiegato dal DG, Mario Tubertini – nonché evitare il turnover che negli ultimi anni ha creato problemi non trascurabili».

All’interno del nuovo integrativo, che si basa finanziariamente sul contratto collettivo nazionale della sanità pubblica, vi è lo stesso riconoscimento degli arretrati, l’adeguamento tabellare anni 2019 e 2020, il riconoscimento di incarichi a tutti i dirigenti medici, l’opzione dell’esclusività, la definizione di una retribuzione di risultato legata al raggiungimento degli obiettivi e una modalità diversa di gestione delle ore eccedenti e dello straordinario.

Lorenza Landi, a nome della Rappresentanza Sindacale Medica (RSM) Cimop, esprime soddisfazione per il nuovo integrativo “che riconosce al medico di Montecatone, come nel CCNL della sanità pubblica, il ruolo unico, considerandone l’elevato grado di professionalità, di autonomia, di potere decisionale e il fondamentale ruolo di promozione e gestione generale che lo caratterizza nella realizzazione della mission dell’azienda”.

Dal punto di vista economico il nuovo contratto prevede la parificazione al pubblico di tutte le voci stipendiali fisse e, importante novità, lo stipendio di risultato è previsto per tutto il comparto medico mentre prima lo era solo per gli apicali. →



ESECUTIVO NAZIONALE		SEGRETARIO AMMINISTRATIVO	Dott. PIER GIOVANNI BIANCHI info@cimop.it	piemonte@cimop.it
PRESIDENTE NAZIONALE Dott. AUGUSTO RIVELLINI augusto.rivellini@libero.it		Dr.ssa Rossella Fortuna rbc.fortuna@gmail.com		SEZIONE PUGLIA Dott. MICHELE VENTURO info@cimop.it
		CIMOP NELLE REGIONI	SEZIONE LAZIO Dott. STEFANO NERI lazio@cimop.it	SEZIONE SARDEGNA Presso Segreteria Nazionale info@cimop.it
SEGRETARIO NAZIONALE Dr.ssa Carmela De Rango segretarionazionale@cimop.it		SEZIONE ABRUZZO Dott. SAID EL KHOURY abruzzo@cimop.it	SEZIONE LIGURIA Dott. RICCARDO IULIANI (reg- gente) piemonte@cimop.it	SEZIONE SICILIA Dott. GIUSEPPE MUSOLINO info@cimop.it
VICESEGRETARIO CENTRO ITALIA Dr. Stefano Neri lazio@cimop.it		SEZIONE CALABRIA DR. MOHAMMAD ALKILANI info@cimop.it	SEZIONE LOMBARDIA Dott.ssa CARMELA DE RANGO segretarionazionale@cimop.it	SEZIONE TOSCANA Dott. ANTONIO OCCHIONI a.occhionicimoptoscana@gmail.com
VICESEGRETARIO NORD ITALIA Dr. Riccardo Iuliani riccardoiuliani@yahoo.com		SEZIONE CAMPANIA Dott. PIETRO OTTOMANO segreteria.regionale@cimopcam- pania.com	SEZIONE MARCHE Dott.ssa ROSSELLA FORTUNA rbc.fortuna@gmail.com	SEZIONE UMBRIA Dott. DINO BIAGINI info@cimop.it
VICE SEGRETARIO SUD ITALIA Dr. Giuseppe Musolino dott.giuseppe.musolino@virgilio.it		SEZIONE EMILIA ROMAGNA Dott. GIORDANO AMBIVERI info@cimop.it	SEZIONE MOLISE Dott. CARMINE D'AVANZO info@cimop.it	SEZIONE VENETO Dott. ANTONIO MAESTRI info@cimop.it
		SEZIONE FVG	SEZIONE PIEMONTE Dott. RICCARDO IULIANI	

GRUPPO GIOMI

Il 22 luglio 2021 è stato sottoscritto un accordo tra Cimop e il Gruppo GIOMI, applicato a decorrere dal 1° luglio 2021 ai 168 medici che operano nel gruppo. Il gruppo GIOMI, con strutture sanitarie in Toscana, Lazio, Calabria e Sicilia, non ha voluto attendere ulteriormente e ha deciso di fornire ai propri medici un riconoscimento contrattuale, sottoscrivendo un accordo con CIMOP che ha l'obiettivo di valorizzare la Professionalità, la Ricerca e l'Innovazione.

L'accordo è stato sottoscritto dai vertici Cimop e dai Rappresentanti Sindacali Medici Cimop GIOMI, Antonio Occhioni e Nello Russo. In sintesi dal 1° luglio 2021 il trattamento economico tabellare, riconosciuto ai medici delle strutture del Gruppo GIOMI, è quello previsto dal CCNL ARIS-CIMOP del 7 ottobre 2020 art. 39 (Tabelle retributive)

L'accordo prevede dei riconoscimenti che vogliono premiare i medici del Gruppo GIOMI per l'impegno profuso durante il periodo della pandemia da COVID-19, e che ha visto molte strutture ed alcuni Reparti trasformati in Centri COVID, A tutti i medici con una anzianità di servizio nel Gruppo GIOMI di almeno cinque anni viene data la possibilità di usufruire di un anno di aspettativa, a titolo di Anno Sabatico, per motivi di studio, di specializzazione, di aggiornamento e nuove conoscenze professionali, con diritto alla conservazione del posto di lavoro e sono previsti dei bonus specifici ai medici impegnati nella innovazione tecnologica e curativa.

Per tutta la parte normativa e per la maggior parte degli Istituti Contrattuali si applicherà, con decorrenza 1° luglio 2021, quanto concordato nel rinnovo contrattuale firmato il 7/10/2020 tra l'ARIS e la CIMOP.

È un ottimo risultato che è stato possibile raggiungere anche grazie alla volontà del gruppo GIOMI di valorizzare i medici che il gruppo stesso riconosce essere un grande "valore" per la crescita delle strutture e per l'eccellenza dei trattamenti forniti ai propri pazienti. È auspicabile che si possa concludere in

tempi rapidi un accordo nazionale per tutti i medici della sanità privata che da troppo tempo sono in attesa di un nuovo contratto.

Gruppo INI

Il 3 Agosto 2021 è stato sottoscritto un accordo tra Cimop e il Gruppo INI Spa che verrà applicato a decorrere dal 1° agosto 2021 a tutti i medici che operano nel gruppo. Il gruppo INI Spa, presente con strutture sanitarie in Lazio e Abruzzo, in considerazione dello stallo verificatosi a livello nazionale per il rinnovo del CCNL dei medici della sanità privata, non ha voluto attendere ulteriormente e ha deciso di fornire ai propri medici un riconoscimento contrattuale, sottoscrivendo un accordo con CIMOP. L'obiettivo è quello di valorizzare la professionalità, la ricerca e l'innovazione.

L'accordo fa riferimento al CCNL ARIS-CIMOP sia per la parte normativa che per la parte economica. L'accordo è stato sottoscritto dai vertici Cimop e dal Rappresentante Sindacale Medico Cimop INI Spa, Dr. Lino De Sanctis. In sintesi dal 1° agosto 2021 il trattamento economico tabellare, riconosciuto ai medici delle strutture del Gruppo INI Spa, è quello previsto dal CCNL ARIS-CIMOP del 7 ottobre 2020 art. 39 (Tabelle retributive). Con decorrenza 1° agosto 2021 verrà quindi data applicazione a quanto previsto dal Ccnl della Sanità Privata Aris-Cimop, sottoscritto il 7 ottobre 2020, con il riconoscimento di ulteriori benefit che hanno lo scopo di incentivare i medici nello studio, nell'aggiornamento e nella ricerca.

Si tratta di un ottimo risultato che è stato possibile raggiungere anche grazie alla volontà del gruppo INI Spa di valorizzare i medici che il gruppo stesso riconosce essere un grande "valore" per la crescita delle strutture e per l'eccellenza dei trattamenti forniti ai propri pazienti.

È auspicabile che si possa concludere in tempi rapidi un accordo nazionale per tutti i medici della sanità privata che da troppo tempo sono in attesa di un nuovo contratto. ●

Il filo che lega sanità e lavoro: la promessa di Cimop per il domani

di Mario Lupo



Un punto di partenza, non un punto di arrivo. Da questo Annuario, denso di azioni, proposte, dibattiti e problematiche, Cimop riparte per immaginare scenari ed affrontare i nuovi dossier che si stagliano dinanzi ad una professione che ha pagato un prezzo altissimo in questo biennio. Non è retorica ricordare, con cordoglio ed emozione, le altre vittime del Covid, coloro che si sono infettati o che sono morti, quei medici che hanno dovuto far fronte anche alle vili aggressioni da parte di chi, invece, avrebbe dovuto dire grazie per lo sforzo profuso e per l'attuazione pratica (e non a parole) del giuramento di Ippocrate. Dove va questa professione dopo l'emergenza del Covid? Chiediamocelo e proviamo a dare qualche risposta. Siamo nel bel mezzo della cosiddetta tempesta perfetta: i fondi del Pnrr

provvederanno ad una nuova strutturazione sanitaria ma non al rinnovo del contratto che, per i medici della sanità privata, rappresenta ancora una volta un pugno nell'occhio inaccettabile; la trasformazione dello status di medici dopo l'introduzione della responsabilità medica comporta già un primo bilancio e una nuova consapevolezza; il rapporto sinergico tra pubblico e privato che, in alcuni frangenti della pandemia, è stato oggetto di critiche ideologiche e strumentalizzazioni. Questi i temi che ci impegneremo ad affrontare con la consueta dedizione e con la massima professionalità che ci ha distinti in tanti anni di impegno sindacale. Con una promessa a tutti gli iscritti: è Cimop il filo che può legare sanità e lavoro. ●

@CimopItalia

NOTIZIARIO CIMOP

Organo Ufficiale della Confederazione
Italiana Medici Ospedalità Privata

Direttore responsabile:
Carmela De Rango

Caporedattore:
Francesco De Palo

Redazione:
Viale Europa 55,
scala a int. 8 - 00144 Roma
Tel. 06-5004063 - Fax. 06- 5022190
Email: info@cimop.it
PEC: cimop@pec.it

Registrazione Trib. di Roma n. 137/2021
www.cimop.it



IPSE DIXIT

*“Italia riconoscente verso medici
e infermieri. Investire nella sanità
a tutela di tutti”*

(Sergio Mattarella)