

Ecco alcuni dati tratti dall'aggiornamento dell'Aran sulla situazione delle retribuzioni della Pubblica amministrazione

STIPENDI SSN: I DATI ARAN

Nella sanità si guadagna

UNA BUSTA PAGA abbastanza garantista (formata in massima parte da voci stipendiali fisse e poco legato a voci accessorie di risultato), ferma ai valori 2011, anzi, con qualche passo indietro e che, se non fosse per alcune indennità della dirigenza, non premierebbe davvero chi lavora nel Ssn rispetto ad altri comparti della Pubblica amministrazione.

I dirigenti del Ssn, infatti, secondo l'ultimo aggiornamento a metà febbraio 2017 dell'Aran, pubblicato sul sito dell'Agenzia nella sezione dei dati statistici, guadagnavano al massimo nel 2015 poco meno di 81mila euro, contro, ad esempio, i 216mila dei dirigenti degli Enti pubblici non economici, i 196mila euro dei dirigenti delle Agenzie fiscali o i 186mila euro dei dirigenti dei ministeri.

Per i non dirigenti si superano di poco in media nel Ssn i 30 mila euro, contro, sempre ad esempio (c'è anche chi guadagna di meno) il personale non dirigente delle Autorità indipendenti che supera i 75 mila o i non dirigenti delle Forze armate, della Presidenza del Consiglio e degli Enti pubblici non economici, tutti intorno ai 48mila euro medi l'anno (e ci sono anche eccezioni per categorie particolari, come si vede nel documento Aran allegato)

Le buste paga medie più elevate del Servizio sanitario nazionale nel 2015 erano quelle dei dirigenti amministrativi, con una media 80.940 euro. Ultimi nella dirigenza i dirigenti sanitari non medici con 61.492 euro.

Dal resoconto Aran, tuttavia, è esclusa ad esempio l'indennità di esclusività percepita dai medici e dagli altri dirigenti del ruolo sanitario che

GLI STIPENDI DEI DIRIGENTI NELLA P.A. NEL 2015

DIRIGENTI DEGLI ENTI PUBBLICI NON ECONOMICI

216.000€

DIRIGENTI DELLE AGENZIE FISCALI

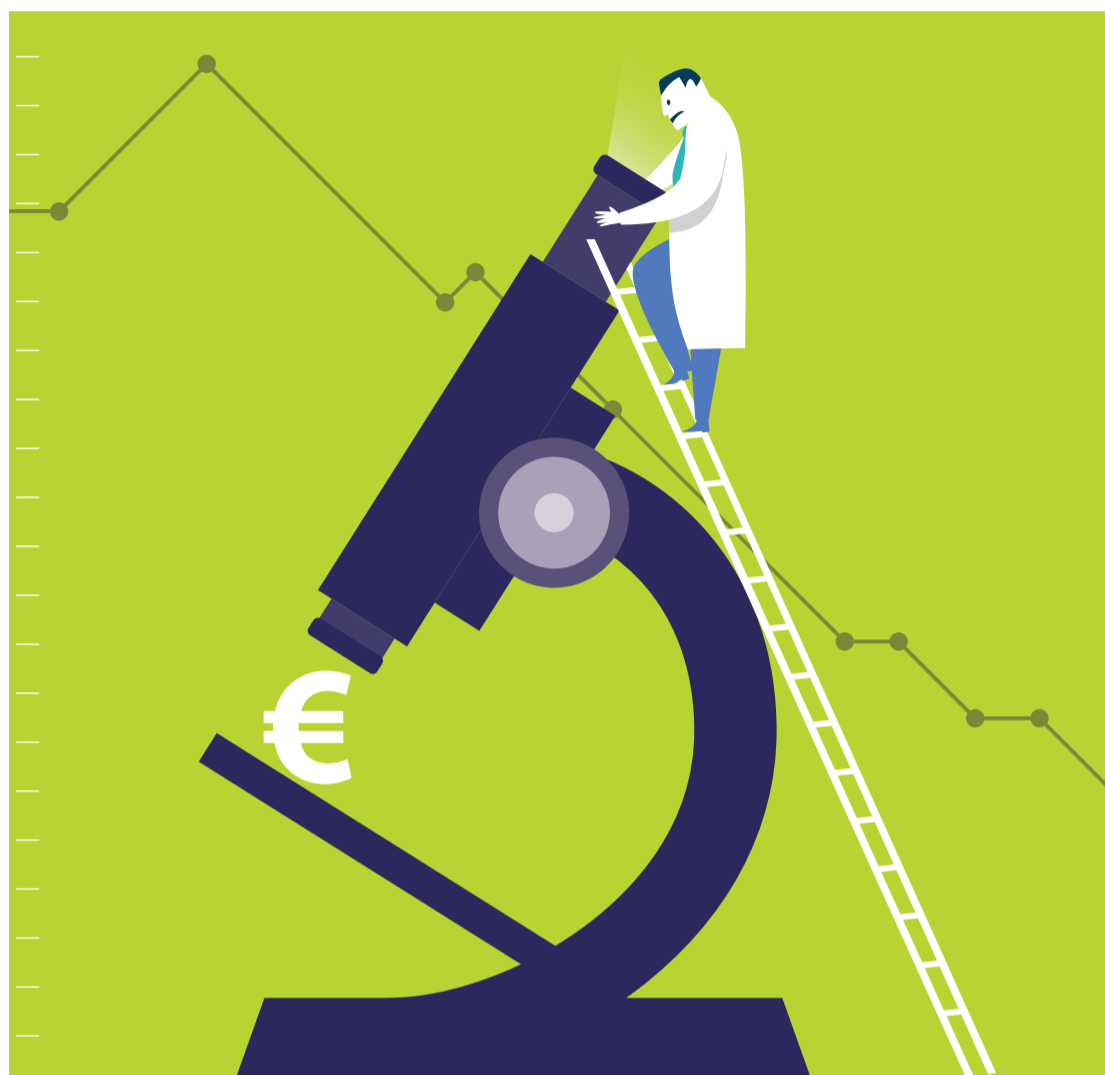
196.000€

DIRIGENTI DEI MINISTERI

186.000€

DIRIGENTI DEL SSN

81.000€



GOVERNO

E MANAGER ASL

Nuove regole per Direttori generali, sanitari e amministrativi



Si tratta di un decreto estremamente importante, bloccato a causa del ricorso della Regione Veneto e della successiva sentenza della Corte Costituzionale. Il correttivo verrà ora inviato in Conferenza Stato Regioni per poi concludere il suo iter entro giugno. Abbiamo cambiato il modo di selezionare i DG riportandola a criteri di valutazione meritocratici validi per tutti.

Così il ministro della Salute dopo il sì del Consiglio dei Ministri

“OGGI SI È CONCLUSO l'iter di una delle riforme più importanti tra quelle contenute nel decreto Madia, ossia la selezione della dirigenza sanitaria. Si tratta di un decreto estremamente importante che era rimasto bloccato a causa dell'impugnativa fatta dalla Regione Veneto. Il correttivo che è stato oggi presentato verrà inviato in Conferenza Stato Regioni, per poi concludere il suo percorso entro giugno. Avendo già istituito la commissione per la valutazione dei direttori generali per la costituzione dell'Albo nazionale lo scorso 16 novembre 2016, possiamo dire che da ottobre sarà operativo l'elenco unico nazionale dei Dg”. Così la ministra della Salute, **Beatrice Lorenzin**, è intervenuta il 24 marzo scorso in conferenza stampa, dopo la riunione del Consiglio dei Ministri, per commentare l'approvazione del decreto legislativo contenente le disposizioni correttive al decreto legislativo 4 agosto 2016, n. 171, in materia di dirigenza sanitaria.

“Il problema principale del Ssn è di natura organizzativa e gestionale. Per questo abbiamo cambiato il modo di selezionare i Direttori generali lasciando, ovviamente, le competenze alle Regioni, ma riportandole a **criteri di valutazione meritocratici validi per tutti** e quindi assicurando procedure conformi a principi di merito, imparziali-

tà e trasparenza. Nell'Albo verranno selezionati i manager a cui potranno attingere le amministrazioni locali per scegliere i propri Dg”, ha spiegato la ministra.

Presso il Ministero della Salute verrà istituito un **elenco nazionale di idonei** che verrà aggiornato con cadenza biennale, attraverso una selezione di candidati effettuata da parte di una “commissione di esperti di altissimo livello”. Il limite di età è rimasto fissato a 65 anni e sarà necessario il possesso dell'attestato di formazione in materia di sanità pubblica e di organizzazione e gestione sanitaria. Nella selezione dei candidati si terrà conto dell'esperienza dirigenziale oltre che di specifici titoli formativi e professionali. La permanenza nell'elenco avrà una durata di 4 anni, salvo provvedimenti di decadenza. Verrà inoltre prevista una specifica procedura informatizzata a supporto della commissione, e a garanzia della snellezza e trasparenza delle operazioni. Nella valutazione dei Dg, ha spiegato Lorenzin, si dovrà tenere conto di alcuni criteri: il raggiungimento degli obiettivi di salute, del funzionamento dei servizi, e il rispetto degli obiettivi economico-finanziari e di bilancio concordati. “I **Lea diventano un elemento primario di valutazione**, e questa è una grande innovazione – ha sottolineato la ministra –. Tra gli

obiettivi abbiamo inserito anche l'abbattimento delle **liste di attesa** che sono un tema di organizzazione regionale. L'obiettivo è quello di superare l'attuale situazione ancora a macchia di leopardo in modo da garantire in maniera uniforme su tutto il territorio l'accesso ai servizi garantiti dal Ssn”. La **decadenza dei Direttori generali** viene prevista in caso di valutazione negativa delle performance, ma con esclusione delle ipotesi in cui il mancato raggiungimento degli obiettivi sia imputabile alle gestioni precedenti. O ancora, per manifesta violazione di legge o regolamento o per violazione degli obblighi in materia di trasparenza. Per la **nomina dei direttori sanitari**, amministrativi, e dei servizi sociosanitari verrà invece costituito un elenco regionale di idonei. Per l'iscrizione in quest'elenco i candidati dovranno sottoporsi ad una selezione per titoli e colloquio, effettuata da una commissione composta da “esperti di qualificate istituzioni scientifiche indipendenti”. I Direttori generali avranno l'obbligo di attingere agli elenchi della Regione o di altre Regioni per il conferimento degli incarichi e, infine, anche in questo caso viene prevista la decadenza in caso di manifesta violazione delle leggi o regolamenti o per violazione degli obblighi in materia di trasparenza.

meno

dai 2.325,41 euro l'anno per chi ha meno di cinque anni di anzianità, fino a 17.053,27 euro l'anno per i direttori di struttura complessa. Altro capitolo che ovviamente l'Aran non può considerare è quello dei contratti integrativi aziendali. Pochi (la rilevazione Aran nel primo semestre 2016 per il Ssn ne indicavano solo il 25% circa trasmessi all'Agenzia: 74 su 276 amministrazioni) a dire la verità e che possono andare da un valore minimo di 9.000 a un massimo di 23.000 euro l'anno.

Analizzando comunque la base della retribuzione dei dipendenti del Ssn, nella "classifica" dei dirigenti, dopo quelli amministrativi ci sono i dirigenti del ruolo professionale con circa 77mila euro, poi i veterinari con quasi 75mila euro, i medici con poco più di 73mila, i dirigenti del ruolo tecnico con circa 67.500 euro, gli odontoiatri che sfiorano i 65mila e, appunto, ultimi i dirigenti sanitari non medici con circa 61.500 euro.

Veterinari, medici e odontoiatri, rispetto al 2011, anno in cui ha avuto tutto il suo effetto economico il contratto chiuso nel 2009, hanno perso nel 2015 rispettivamente -0,34%, -1,23% e -2,09% della busta paga, mentre al contrario tutti i dirigenti non medici hanno "guadagnato" e si va dal +0,01% di quelli del ruolo tecnico al +1,54% dei dirigenti amministrativi. Tradotte in euro, le percentuali valgono ad esempio per i medici una perdita di 912 euro l'anno, mentre per i dirigenti amministrativi un guadagno di 1.231 euro l'anno. Nulla, comunque confrontato con l'inflazione e la perdita del costo della vita.

Passando al personale non dirigente, chi in media guadagna di più l'anno è il personale di vigilanza e ispezione, con 33.792 euro medi nel 2015, seguito dal personale tecnico sanitario (32.923), dagli infermieri (32.632), dal personale con funzioni riabilitative (29.837), da quello del ruolo amministrativo (27.222), del ruolo professionale (25.795) e da quello tecnico (25.793).

In questo caso, tranne un guadagno rispetto al 2011 del 6,34% (1.634 euro) del personale del ruolo professionale, tutti gli altri perdono, con percentuali che vanno dal -0,27% del ruolo tecnico (-70 euro) al -0,84% (-276 euro) del ruolo tecnico sanitario.

Dal punto di vista della composizione della busta paga, nel Servizio sanitario nazionale quella dei dirigenti (sempre escludendo l'esclusività) è composta per il 70% da voci stipendiali, per il 16% dalla retribuzione di posizione e solo il 9% va alla retribuzione di risultato (il 5% nella voce "altro" che comprende indennità varie proprie del settore)

Quella del personale non dirigente è composta dalle voci stipendiali proprie - la "paga fissa" - per oltre l'84 per cento. Una percentuale maggiore si trova nel Pubblico impiego solo nella Scuola e nell'Afam (alta formazione artistica e musicale) con circa l'88%, negli Enti ex art 60 del Dlgs 165/2001, comma 3 (enti pubblici economici e le aziende che producono servizi di pubblica utilità) con quasi l'86%, Enti lista S13 Istat (unità istituzionali che fanno parte del settore delle Amministrazioni Pubbliche) con quasi l'85 per cento. Nel Ssn la produttività vale poco meno del 6% della busta paga e le indennità variabili poco di più.

INDAGINE

SUL NUOVO ORARIO DI LAVORO

Per la Fiaso il sistema ha retto l'impatto

IL RIPOSO GIORNALIERO di 11 ore è forse l'elemento più critico, si riducono attività di formazione e momenti di confronto tra i team ma, grazie alla riorganizzazione di tempi e modi di lavoro, il temuto allungamento delle liste di attesa è stato di una qualche rilevanza solo nel 2%. Percentuale che scende all'1% per le prestazioni sanitarie erogate. Le maggiori criticità sono state registrate nell'area degenze, in sala operatoria e nei servizi di emergenza. Ma nel 90% delle Aziende sanitarie nessun aumento delle assenze per malattia. Sono questi alcuni degli elementi salienti emersi dall'indagine condotta dalla Fiaso, in collaborazione con il Cergas Bocconi e presentata a Roma il 10 marzo scorso nel corso di un convegno dedicato al tema. Le 11 ore di riposo giornaliero sono l'elemento più critico della nuova normativa secondo più della metà delle Aziende che hanno partecipato ai lavori del Laboratorio Fiaso che ha valutato l'impatto della legge 161 del 2014 su 55 Aziende sanitarie di 13 Regioni. Qualche difficoltà nelle sale operatorie e nei servizi di emergenza c'è stata. Ma nonostante i blocchi delle assunzioni che si protraggono da anni e una popolazione sanitaria sempre più con i capelli grigi alla fine, rimboccandosi le maniche, il sistema ha retto all'impatto del nuovo orario di lavoro europeo. Che impone turni di riposo sacrosanti, ma fino a ieri giudicati poco compatibili con la cronica carenza di organici nella nostra sanità.

"I risultati della ricerca indicano che oggi più che mai innovare significa tornare ad investire sul personale. C'è tutto un mondo di medici, infermieri, amministrativi, tecnici e manager, che ha saputo reingegnerizzare modi e tempi di lavoro, magari non conteggiando nell'orario di lavoro formazione, docenze e attività esterne in convenzione", ha commentato il presidente della Federazione Italiana delle Aziende Sanitarie ed Ospedaliere, **Francesco Ripa di Meana**, che tuttavia ha aggiunto: "La situazione è comunque al limite. Non è immaginabile che il sistema continui a reggere con soluzioni tampone, serve un approccio organico sul fronte normativo e contrattuale che in sei mesi affronti e scioglia i nodi irrisolti sul personale del Ssn offrendo così certezza e serenità all'intero settore sanitario".

I problemi di interpretazione normativa

Le principali novità introdotte dalla legge 161 sono sostanzialmente tre:

1. La durata media dell'orario normale di lavoro non deve superare le 48 ore settimanali, straordinari compresi;
2. Ogni lavoratore ha diritto nel corso delle 24 ore a un periodo minimo di riposo di 11 ore;

"Qualche difficoltà nelle sale operatorie e nei servizi di emergenza c'è stata. Ma nonostante i blocchi delle assunzioni che si protraggono da anni e una popolazione sanitaria sempre più con i capelli grigi alla fine, rimboccandosi le maniche, il sistema ha retto all'impatto".

Non ci sono stati problemi nelle liste d'attesa né sulle assenze per malattia. Ma per i direttori delle Asl la norma dovrebbe prevedere alcune deroghe per garantire la funzionalità dei servizi e i diritti dei lavoratori

3. Ogni sette giorni il lavoratore deve beneficiare di un periodo minimo di riposo ininterrotto di 24 ore, di regola la domenica.

L'interpretazione su quali attività dovessero rientrare o meno nell'orario di lavoro è stata estremamente eterogenea da Azienda ad Azienda. Quasi mai vi sono rientrate la libera professione e le attività occasionali, pur autorizzate. Quasi sempre è stata conteggiata la formazione obbligatoria, mentre altre attività formative sono state collocate extra orario in oltre il 50% dei casi. Anche le attività non assistenziali sono rimaste escluse dall'orario lavorativo nella metà dei casi. Fatto che si è replicato in oltre il 40% dei casi per le docenze svolte in Azienda e retribuite.

Le disposizioni sull'orario di lavoro non sono state applicate in circa il 70% dei casi ai dirigenti di struttura complessa e nel 35% per quel che riguarda i dirigenti di struttura semplice dipartimentale

Nonostante le difformità interpretative quasi tutte le Aziende hanno però messo in atto attività di monitoraggio e informazione su turnistica, timbratore, straordinari ed altro ancora. Ma per reggere all'impatto di nuovi orari e turni di riposo in carenza di personale circa un'Azienda su quattro ha sviluppato modelli innovativi di turnistica, soprattutto per il personale del comparto, ossia infermieri, tecnici e amministrativi. Sono stati introdotti "il turno a 12 ore", l'uniformazione del turno notturno a 11 ore, la suddivisione in due turni della pronta disponibilità o, ancora, "l'inversione inizio turno del turno in quinta h24". Che di norma comporta periodi di riposo di 48 e più ore dopo turni "lungi", periodi che sono stati invece ridotti, ma senza intaccare il monte ore di riposo complessivo.

Sempre un quarto delle Aziende ha riorganizzato anche i turni della dirigenza, introducendo guardie interdivisionali, sostituendo i turni di pronta disponibilità con la presenza attiva o al contrario trasformando la disponibilità in presenza sul posto. Più in generale il 42% delle Aziende ha riorganizzato il lavoro del personale del comparto, attraverso strumenti come "la riorganizzazione delle risorse umane su base dipartimentale" o la "revisione del piano di reperibilità". Stes-

sa cosa è accaduta nel 32% dei casi per la dirigenza. In diversi casi la riorganizzazione è avvenuta a livello interaziendale, attraverso l'istituzione di dipartimenti e strutture complesse tra più Aziende, l'unificazione di servizi amministrativi e della laboratoristica, le convenzioni con altre Asl e la teleferazione diagnostica o la concentrazione su area metropolitana di servizi come centri trasfusionali, laboratori, radiologie.

Circa un'Azienda su quattro ha poi incrementato la formazione a distanza e quella sul campo, modificando l'articolazione oraria dei corsi.

Le proposte Fiaso per garantire i diritti dei lavoratori e funzionalità dei servizi

La necessità di ridurre l'impatto della legge 161 sulla funzionalità del sistema ha trovato una prima risposta nella serie di azioni proposte da Fiaso a conclusione dell'indagine:

- Escludere dall'applicazione del nuovo orario almeno i responsabili di struttura e gli incarichi dirigenziali di elevata professionalità e, riguardo tecnici e infermieri, i professionisti che svolgono la propria attività al di fuori di orari e luoghi definiti
- Esentare le tipologie di servizi ad alta specializzazione che non possono essere delegate ad altre figure professionali, come ad esempio la trapiantologia, con possibilità di recupero del riposo non fruito
- Ridurre a 8 ore il riposo giornaliero per alcuni servizi di specifico interesse pubblico, come gli ospedali di prossimità a organici ridotti
- Escludere delle attività non assistenziali, come formazione obbligatoria e riunioni di reparto, dal computo delle 11 ore di riposo giornaliero
- Escludere le attività volontaristiche, come la formazione individuale e l'approfondimento di casi clinici
- Prevedere una franchigia annuale di 80 ore pro-capite per attività lavorative dovute a esigenze assistenziali o organizzative a causa delle quali non è stato possibile rispettare le disposizioni normative.
- Esclusione delle disposizioni sull'orario di lavoro delle attività didattiche e di ricerca del personale universitario e dei policlinici.