

non ci ha emozionato più di tanto: l'essenziale per noi è che la natura giuridica del rapporto di lavoro consenta comunque al medico: l'autonomia professionale nella sua attività; l'esercizio della libera professione al di là dell'orario contrattuale di lavoro; la valorizzazione della professionalità, cioè dei meriti e delle capacità (in termini quali-quantitativi) di ciascuno.

Proprio per difendere le peculiarità ed i valori del nostro lavoro (qualità e responsabilità professionali, rapporto fiduciario medico-paziente, aggiornamento) abbiamo combattuto, come nessun altro sindacato medico (anzi, contro alcuni sindacati medici, come l'ANAAO, nata nel 1959 da una scissione all'interno della CIMO): contro il contratto unico del 1974 ("unico" tra personale medico ospedaliero e restante personale dipendente); contro l'inclusione dei medici dipendenti nelle "norme comuni e generali del pubblico impiego" (L. 93/83); contro l'impiegatizzazione del medico e la burocratizzazione del nostro lavoro; contro l'annegamento del medico nel "mare magnum" di una dirigenza nominalistica (D.Lgs. 502/92; D.Lgs. 29/93; D.Lgs. 229/99), ma priva degli effettivi poteri connessi alle attribuzioni dirigenziali; contro l'appiattimento delle carriere e delle retribuzioni, conseguenza dell'appiattimento dei livelli giuridici di cui al D.Lgs. 502/92, e ancor più al D.Lgs. 229/99, che ha collocato la dirigenza sanitaria "in un unico ruolo ed in un unico livello"; contro il tempo pieno coatto ed il rapporto esclusivo ed irreversibile; contro l'impiegatizzazione anche della libera professione intramoenia (quale si evince anche dalle caratteristiche dell'attuale indennità di esclusività di rapporto, rapportata all'anzianità di

servizio, anziché all'esercizio effettivo della libera professione); contro il misconoscimento dei meriti, delle funzioni effettivamente svolte, delle responsabilità e dei diversi gradi di autonomia propri di ciascun medico; contro le discriminazioni che, di volta in volta, hanno penalizzato quote-parti di categoria (medici a tempo definito, medici a part-time, medici optanti per l'extramoenia, medici a rapporto non esclusivo, medici dei reparti di degenza piuttosto che medici addetti ai servizi, ecc.).

La CIMO non ha vissuto, né vive, sentimenti di invidia intracategoriale ed ha sempre improntato la sua strategia sindacale ispirandosi al principio del riconoscimento e della valorizzazione dei meriti di ciascun medico dipendente. In virtù di tale principio, la CIMO non ha mai combattuto (a differenza dell'ANAAO):

1. per annullare le articolazioni funzionali e di carriera all'interno della categoria;
2. per svilire o azzerare le componenti retributive finalizzate a valutare e premiare la quantità e qualità del lavoro di ogni medico dipendente;
3. per sostituire alle oggettive valutazioni di merito i criteri puramente discrezionali sia nella selezione dei medici dirigenti che nella scelta della dirigenza manageriale delle aziende sanitarie ed ospedaliere.

A riprova di quanto ho fin qui detto, basti pensare:

– come, ancor oggi, la CIMO proponga un ventaglio di articolazioni funzionali-organizzative e di carriera all'interno della categoria medico-dirigente, distinguendo tra incarichi prevalentemente dirigenziali (direttore di dipartimento, direttore di struttura complessa od unità operativa, vice direttore, direttore di struttu-

ra semplice) ed incarichi prevalentemente professionali (professionista altamente qualificato, professionista formato, professionista in formazione), cui far corrispondere, nel CCNL di lavoro, specifici ed adeguati riconoscimenti economico-tabellari, non solo normativi;

– come storicamente la CIMO abbia sempre difeso (come peculiarità del lavoro professionale, in contrapposizione al lavoro impiegatizio) le componenti dinamiche della retribuzione del medico dipendente (compensi fissi nell'epoca mutualistica, divenute poi compartecipazioni, incentivazioni della produttività ed oggi retribuzione di risultato), senza tuttavia cadere negli "opposti estremismi", che determinavano (negli anni '50 e '60) la possibilità per alcuni di moltiplicare, con tali componenti, fino a 5-10 volte la propria retribuzione di base (errore per eccesso), mentre oggi la retribuzione di risultato non arriva al 10% della retribuzione complessiva (errore per difetto);

– come la CIMO ritenga essenziali oggettive valutazioni tecniche di merito, compiute da Organismi "terzi", specializzati e altamente qualificati, sia per l'accesso che per l'evoluzione nella carriera dipendente, sia nei momenti di verifica periodica della professionalità, della produttività, dell'aggiornamento del personale medico-dipendente. La discrezionalità, infatti, proprio perché può prescindere da regole e da criteri oggettivi di valutazione, non garantisce né qualità di scelta, né giustizia, né imparzialità e trasparenza nei giudizi comparati.

Questa è stata la CIMO (oggi CIMO-ASMD), un "unicum" nel mondo del sindacalismo medico.

*Carlo Sizia*

## UNA FNOMCEO ANCORA POCO RAPPRESENTATIVA

il grillo

**P**er comprendere quanto la Federazione Nazionale degli Ordini dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri (FNOMCeO) sia oggi poco rappresentativa e credibile, vi bastino questi dati.

Al 31/12/2002 i medici iscritti agli Ordini risultano 357.806. Gli iscritti all'albo degli odontoiatri sono circa 40.000, tenendo conto delle doppie iscrizioni. Ma limitiamoci, per ora, ai soli medici chirurghi.

Nelle ultime elezioni per il rinnovo dei Consigli provinciali hanno votato circa il 20% degli iscritti agli albi (un medico su 5). Il numero dei votanti, dal 1987 al 2002, è in costante diminuzione. Prova ne sia che occorre sempre una seconda votazione (quando basta votino un decimo degli iscritti per raggiungere il quorum necessario alla validità delle elezioni), visto che ottenere il quorum di un terzo degli iscritti votanti è divenuto un sogno.

Ma non tutti i medici votanti riescono ad esprimere una loro rappresentanza ordinistica, vista la legge elettorale maggioritaria attuale. È ragionevole affermare che solo il 15% della categoria riesca ad esprimere la propria rappresentanza ordinistica (tali medici "fortunati" sono circa

53.670 su 357.806). Ma i medici che non hanno votato, e quindi non sono sicuramente rappresentati, sono 286.244 su 357.806 (cioè l'80%).

Ma non basta ancora: tutti i Presidenti degli Organi provinciali (quelli che hanno diritto al voto in Consiglio nazionale per l'elezione del Comitato centrale) sono "targati sindacalmente" (almeno da quanto risulta a pag. 2 e 3 de "Il Sole-24 Ore-Sanità" del 4-10 marzo u.s.).

Dopo le elezioni provinciali dell'autunno-inverno scorso, la FIMMG dispone del 37% delle Presidenze, l'ANAAO del 18%, la CIMO e lo SNAMI hanno 6 Presidenze ciascuno, ecc. Ai fini dell'elezione del Comitato centrale della Federazione, il peso elettorale delle Presidenze, valutate in rapporto al numero dei rispettivi iscritti agli albi, sposta un poco il rapporto di forza "sindacale" degli Ordini, per cui la FIMMG può esprimere il 40% delle deleghe elettorali, la ANAAO il 16%, la CIMO il 3%, lo SNAMI il 12%, ecc.

Come risulta evidente, con l'attuale legge elettorale maggioritaria, basta l'alleanza ANAAO-FIMMG (già operante da tempo) per escludere tutti gli altri dalla presenza in Comitato centrale, potendo disporre insieme di 37 + 18 =

55% delle Presidenze di Ordine e di  $40 + 16 = 56\%$  delle deleghe elettorali.

Senonché la FIMMG è spaccata al suo interno, per cui non tutti i suoi rappresentanti "ordinistici" hanno votato nelle elezioni per il Comitato centrale, svoltesi a Roma l'11-12-13 aprile, per Amedeo Bianco, presidente dell'Ordine dei medici di Torino, e rappresentante ANAAO (come avrebbe voluto l'alleanza ufficiale tra la salsina ordinistica tra l'ANAAO di Zucchelli e la FIMMG di Falconi).

E così l'"altalista", capitanata da Giuseppe Del Barone, Presidente dell'Ordine dei medici chirurghi e degli odontoiatri di Napoli e rappresentante FIMMG, è riuscita a piazzare, sui 33 componenti membri del Comitato centrale, cinque membri, contro gli otto della lista-Bianco.

Tuttavia Giuseppe Del Barone è riuscito a trasformare l'apparente sconfitta in vittoria attraverso la "alleanza di ferro" realizzata con il compianto odontoiatra, che dispone di 4 membri in Comitato centrale e che nelle elezioni del 3 maggio u.s. per le cariche interne all'Organo centrale della Federazione, con 5 voti (i propri 5 più 4 degli odontoiatri) contro i 7 di Bianco (1 astenuto su tale fronte), è riuscito a "fare il pieno" di tutte le cariche del Comitato: Presidenza (Giuseppe Del Barone), Vice Presidenza (Salvatore Amato), Segreteria (Massimo Ferrero), Tesoreria (Francesco Losurdo).

Con una maggioranza così risicata, non sono da escludersi "colpi di coda" da parte degli sconfitti pro-tempore, con possibili ribaltoni in corso di legislatura e con una riserva di governabilità comunque assai limitata.

La carenza di rappresentatività della istituzione ordinistica (come oggi eletta e rappresentata) non muta se consideriamo i dati in termini sindacali "puri": gli iscritti all'ANAAO sono oggi circa 15.000 e quelli alla FIMMG circa 24.000. Tuttavia su un totale di 39.000 iscritti ai sindacati anzidetti, siamo pressoché certi che non più del 70-75% (quindi non più di 30.000 medici) si sentono rappresentati dai Colleghi recentemente eletti agli Organi centrali della FNOMCeO, quindi meno del 10% della intera categoria degli iscritti ai nostri albi professionali.

Se non c'è da gioire per una situazione che vede la categoria medica così divisa, lacerata e poco rappresentata, c'è tuttavia da registrare con favore che sono state sconfitte tre "arroganze" insopportabili e anacronistiche:

- quella del Segretario nazionale FIMMG (Mario Falconi), che è riuscito praticamente a spaccare in due il proprio sindacato nella "battaglia ordinistica", e senza alcun ripensamento o autocritica;
- quella del Segretario nazionale ANAAO (Serafino Zucchelli) che, un anno e mezzo fa, nel suo Congresso nazionale elettivo, aveva presentato all'assemblea dei suoi dirigenti sindacali nazionali, il futuro nuovo Presidente FNOMCeO nella persona del dott. Amedeo Bianco, operazione in tutto degna dei "modi" della santa protettrice

ANAAO, on. Rosy Bindi;

- quella dell'Ordine dei medici di Roma di ieri (Benito Meloni) e di oggi (Mario Falconi).

Tuttavia la strada della governabilità e rappresentatività della FNOMCeO è difficile e non si può prescindere da una riforma che regge istintivamente degli "operatori" che comprendano il nuovo meccanismo e che esistano proposte e proposte concrete e precise. Una maggioranza, in grado di garantire contemporaneamente la presenza di una minoranza e una saggia governance. È ben chiaro che per queste modifiche non basta la volontà della maggioranza, occorre che il legislatore si accenda il problema e che faccia carico. Bisogna infatti aggiungere i due mali che stanno distruggendo la Federazione: la scarsa capacità di rappresentazione verso gli iscritti ai vari albi e la sua degenerazione.

Per affrontare i grandi problemi della nostra professione, le questioni della formazione di base e permanente, della "professione" e del "credito", tutta la della questione che gli abbiamo in un libro deontologico di fronte all'evoluzione del costume e della scienza, occupazione medica, dignità e remunerazione del nostro lavoro, sanità pubblica e privata e relative risorse, libertà e autonomia nell'esercizio professionale, ecc.) non basta certo una FNOMCeO ridotta a pura "cassa di risonanza" delle istanze dei due sindacati che si sono impadroniti della istituzione: FIMMG e ANAAO. Intendiamoci, tuttavia: non è certo da censurare che un sindacato, o un sindacalista, medico si interessi anche di problematiche ordinistiche, è errato e fuorviante invece che il sindacato "occupi" l'Ordine per fare i propri esclusivi interessi di Sigla.

Ed allora le vie anzidette del cambiamento diventano inevitabili, almeno per chi vuole (come noi) che la FNOMCeO torni ad essere la "casa di tutti i medici", non solo "casa-cosa" Loro (cioè di FIMMG e ANAAO). Senza offesa alcuna per i neo-eletti, la strada da percorrere ci pare ancora enorme.

Tra le tante ombre evidenziate, almeno una buona notizia: tra i Revisori dei conti è stato eletto, e con la carica di Presidente, una persona cristallina a noi vicina: il dott. Pier Maria Morresi, Presidente dell'Ordine di Varese. Buon lavoro, di cuore!

## IL "CALVARIO" DEI TEMPO-DEFINITISTI

Luciano Mulas

**L**a legge n. 3/2001, di riforma del Titolo V della Costituzione, affida alla legislazione "concorrente" tra Stato e Regioni il tema della tutela della salute. È un primo passo in attesa di un più ampio riconoscimento di "esclusività" delle competenze regionali (in particolare su sanità, fisco, polizia, ecc.), che sarà legato alla futura legge Bossi-La Loggia, che modificherà ulteriormente l'art. 117 della Costituzione.

Già nei primi mesi del 2003 abbiamo visto un esempio di "surroga legislativa regionale", a fronte delle inadempienze e della latitanza del Legislatore nazionale, a proposito della paradossale vicenda della "morte annunciata" del rapporto di lavoro a tempo definito.

È capitato infatti che il Legislatore nazionale abbia, con colpevole ignavia ministeriale e governativa, lasciato morire il tempo definito il giorno 31 dicembre 2002 (cioè al termine della proroga concessa dalla legge 4 aprile 2002, n. 56), nonostante l'impegno ed i solleciti della CIMO e di pochi parlamentari amici in difesa della permanenza di tale tipo di rapporto, almeno ad esaurimento.

A seguito di tutto ciò, incomprensibilmente, il Ministro della Salute ed il Governo non hanno voluto emanare un decreto legge, che mantenesse per l'appunto in vita il tempo definito dopo che, nel corso dell'iter parlamentare della legge finanziaria per il 2003, non era stato approvato l'emendamento "di maggioranza" modificativo dello stato giuridico dei medici dipendenti, che conteneva anche una nuova proroga del rapporto di lavoro a tempo definito.

E così tale rapporto di lavoro, che sarebbe dovuto morire già il 1° dicembre 2001 (ai sensi dell'art. 44 del CCNL '98/2001), è stato prorogato una prima volta al 28/02/2002 ed una seconda volta al 31/12/2002, ma poi è mancata la terza proroga, sconfessando anche il detto popolare "non c'è due senza tre".

A questo punto è intervenuto il Legislatore regionale, anche se solo in ordine sparso, decidendo di rimediare a questa clamorosa ingiu-

stizia e latitanza. Alcune Regioni infatti si sono mosse: per prima la Lombardia, poi la Toscana e quindi il Veneto.

Finora tre Regioni, due di centro-destra ed una di centro-sinistra, hanno cercato di rimediare alle carenze del Governo centrale. Tre Regioni, ma con tre motivazioni diverse.

La Lombardia, con il rinvio a successive disposizioni nazionali di merito (forse il futuro disegno di legge Sirchia di modifica dello stato giuridico dei medici dipendenti).

La Toscana, con riferimento all'art. 34 della legge 289/2002 (cioè la legge finanziaria per il 2003) nella parte in cui si prevede che un prossimo DPCM dovrà dettare criteri sulle nuove dotazioni organiche, anche per il personale del S.S.N., e quindi sulle conseguenze legate alla trasformazione del rapporto a tempo definito in tempo pieno, con o senza esclusività.

Il Veneto ha motivato le sue decisioni in modo più articolato, cui non sono certo estranee valutazioni di ordine economico.

La CIMO ringrazia naturalmente le tre Regioni anzidette per la loro scelta, che ripara temporaneamente la documentata impotenza decisionale "centrale", ma non può non ritenere paradossali le succitate motivazioni tecnico-giuridiche di rinvio a "successive disposizioni nazionali".

È appena il caso di ricordare che forse sarebbe bastato richiamare il disposto del comma 3 dell'art. 15-bis del D.Lgs. 229/99 che, pur sopprimendo il tempo definito, rinvia tuttavia al contratto di lavoro le modalità di regolamentazione dei rapporti soppressi.

Ed allora, poiché la legge 4 aprile 2002, n. 56, ha fatto sopravvivere il tempo definito fino al 31/12/2002, è evidente che sarebbe spettato al prossimo CCNL di area medica (per il quadriennio 2002-2005) definire le modalità di regolamentazione di tale rapporto di lavoro, pur soppresso secondo disposizione legislativa.

Quindi – se la logica non è un'utopia – il rapporto a tempo definito avrebbe dovuto essere automaticamente prorogato, quantomeno,

fino alla stipula del CCNL 2002-2005, salvo diverso orientamento della stessa nuova disciplina contrattuale.

Temo che prossimamente le Regioni dovranno nuovamente surrogare le competenze statali, questa volta in materia di disciplina della libera professione, quando cioè il 31 luglio 2003 scadrà il termine (fissato dal D.Lgs. 254/2000, art. 3, c. 1) per l'esercizio della cosiddetta "intramoenia allargata", cioè l'esercizio libero-professionale dei medici a rapporto esclusivo nei propri studi privati. Le Regioni sono fin da ora avvertite!

Infine, ricordo come il "calvario" dei medici a tempo definito sia iniziato, sul piano legislativo, con la legge 412/91, che introdusse il principio dell'unico rapporto di lavoro con il S.S.N., decretando così la incompatibilità del rapporto di lavoro dipendente a tempo definito con il rapporto di natura convenzionale con lo stesso Servizio sanitario nazionale.

In questi anni il Legislatore nazionale, sia esso di Centro-sinistra o di Centro-destra, ha ampiamente dimostrato, nei confronti di tale categoria di lavoratori, quanto sia sensibile alle mode e ai pregiudizi ideologici, e quanto sia invece restio a compiere analisi lucide sull'alto rendimento di tali lavoratori (medici a tempo definito), finendo così di imporre solo "costi aggiuntivi" alle realtà sanitarie locali.

C'è anche da dire, a disdoro del sindacalismo medico, che sempre e solo la CIMO ha fatto sentire la sua voce in difesa di tale categoria di Colleghi.

Mentre scrivo, apprendo che il Governo ha finalmente approvato (l'11 aprile 2003) un decreto legge che, tra l'altro, mantiene in vita il rapporto a tempo definito fino al 31/12/2003 e che proroga la possibilità dell'intramoenia allargata fino al 31/07/2005. Meglio tardi, che mai!

La proroga (la terza) per il tempo definito mi pare troppo breve, comunque speriamo che il decreto venga convertito in legge in tempo utile, magari arricchito "in itinere" di qualche ulteriore disposizione favorevole per la categoria.



## DI TUTTO UN PO'

Enrico Fusaro

La SARS, la nuova epidemia della “polmonite atipica”, provoca un allarme che credevamo non si potesse mai verificare. Dopo l'AIDS, che l'opinione pubblica ha con il tempo rimosso attribuendola a categorie a rischio, questa nuova malattia contagiosa rimanda la memoria ad altre pandemie del passato, che falcidiarono l'umanità inerme di fronte al “male misterioso”: la spagnola, la peste, il colera, ecc. Anche in questo caso, ci si è barcamenati tra mezze verità e disinformazione, confondendo ad esempio tra chi proviene dalla Cina ed i cinesi, i cui ristoranti sono stati improvvisamente disertati in tutto il mondo. D'altronde la ricerca della causa ultima, scavando più nel sociale che nell'eziologia, è un altro di quei fantasmi in cui l'immaginario collettivo si ritrova con facilità.

Sempre in tema di SARS, i giornali e le televisioni ci illustrano tutti i provvedimenti adottati per controllare i viaggiatori provenienti dai Paesi a rischio, e non si parla più delle procedure per la prevenzione degli attentati. Speriamo che una cosa escluda l'altra solo per i mezzi di informazione perché, in caso contrario, ci ritroveremmo con due “bombe” tra le mani, non solo una.

Ultima in tema di SARS. Come per altre epidemie, fattori socio-economici hanno favorito la diffusione del contagio, soprattutto attraverso viaggi e rapporti commerciali; oggi, ad esempio, sono i viaggi internazionali a diffondere il virus, ma sarebbe impensabile, almeno al momento, impedire la circolazione dei cittadini. Eppure niente quanto questi momenti acuti di crisi potrebbero far riflettere sulle nostre abitudini.

Il decreto anti-truffe del Ministro Sirchia è stato ritirato. Aveva, cosa rara negli ultimi tempi, unito nel suo rifiuto tutte le Organizzazioni sindacali dei medici italiani. Fa male il Ministro a dichiarare che sono stati difesi “i disonesti”, e che la disinformazione ha giocato contro il decreto. È stata anzi l'affermazione e la tutela dei valori etici e professionali a convogliare la protesta, a difesa degli operatori onesti e dei cittadini. Quale generale, d'altra parte, penserebbe di far combattere i propri soldati punendoli o umiliandoli? Signor Ministro, tragga insegnamento da questo incidente: le sue truppe sono determinate per operare bene. Il problema, allora, è la strategia ... o lo stratega?

La Regione Lombardia ha legiferato in tema di “piercing”, considerandolo un atto chirurgico. Quindi deve essere eseguito da un medico, con tutto quello che comporta, consenso informato compreso. Tutto questo, però, solo dopo la morte di un giovane milanese. Non entro nel merito del provvedimento, sicuramente dettato dall'urgenza, ma non mi è chiaro perché il cittadino, che mostra sempre meno fiducia in operatori laureati, specializzati, vincitori di concorso pubblico, con esperienza professionale, operanti in strutture organizzate e verificate, ecc., sempre più si affidi con la massima serenità, anche per manovre invasive, ad improvvisati pratici.

Sta per essere varato il “manifesto etico”, in cui sindacati medici e rappresentanti della cosiddetta “filiera del farmaco” sottoscriveranno un Codice di comportamento. Si giunge al manifesto etico dopo il flop del decreto ministeriale anti-truffe e dopo le varie dichiarazioni antisindacali del Ministro, in cui ha accusato i sindacati medici di faziosità, legami con i Partiti, nonché, e questa è la più grave, di essere difensori dei disonesti. In realtà il ruolo propositivo dei sindacati lo hanno visto e capito tutti quelli che hanno avuto l'onestà e la volontà di vedere e capire. Infatti i sindacati autonomi dei medici hanno sempre sostenuto, anche in tempi non sospetti, l'indispensabilità di un loro coinvolgimento attivo anche in questa materia.

Le divisioni non aiutano. La lotta che si è svolta per il rinnovo della Presidenza FNOMCeO ne è la prova. E la dimostrazione sono gli articoli de “Il Sole-24 Ore”, sia il quotidiano che il settimanale della Sanità, dove la contrapposizione tra gli opposti schieramenti medici hanno assunto risvolti tragicomici. L'osservatore esterno, se dotato di una sensibilità per le istituzioni, è preoccupato dello scontro all'interno della categoria e degli Ordini; se meno incline alla riflessione, ne sorride ...

Le regole per l'applicazione del decreto anti-fumo sono pronte: locali separati per fumatori, prescrizioni tecniche per l'aspirazione dei fumi, per le dimensioni dei locali, per il condizionamento, per i cartelli da esporre, ecc. Nuove regole per combattere l'abitudine tabagica, o nuove gabelle per i ristoratori, che dovranno onerosamente adeguare i loro locali? Come spesso capita, ci guadagnano in tanti, tra cui lo Stato ... dalla vendita delle sigarette!

La Francia sta varando un piano di riorganizzazione degli ospedali pubblici. È interessante vedere come si pensa di affrontare il problema in un grande Paese europeo, con molte similitudini con il nostro. Per saperne di più, consiglio il sito del Ministero francese ([www.sante.gouv.fr](http://www.sante.gouv.fr)). Per attuare la riforma saranno stanziati 6 miliardi di euro nei prossimi cinque anni, in aggiunta alla spesa corrente. Vale a dire che per riorganizzare bisogna investire. Da noi, invece, abbiamo subito due riforme sanitarie in meno di dieci anni, con riduzione progressiva del finanziamento per il S.S.N. E con la pretesa che le riforme anzidette funzionassero!

Non accusatemi di esterofilia, ma talvolta dall'estero arrivano delle buone idee, come questa. In Spagna nasce la figura del “tutore del paziente”, che si occupa dell'accoglienza, dell'attenzione al paziente durante il ricovero, dell'informazione, della soluzione di problemi eventualmente emersi durante la degenza, ecc. Quanto meno negli intenti, sembra una buona cosa, soprattutto se confrontata con i nostri URP.

## IL DIRETTORE RISPONDE

Carlo Sizia

### SPECIALIZZANDI NELLE GUARDIE MEDICHE

*Il dott. M.M. ci scrive: "Sono un assistente in formazione presso una Scuola di specializzazione in Oncologia di una Università del Sud. In seguito ad accorpamenti di Unità operative, sono stato inserito in un dipartimento assistenziale di oncologia, dove operano diverse U.O. anche chirurgiche. Gli assistenti in formazione in oncologia, tra cui il sottoscritto, sono stati inseriti in guardie mediche interdivisionali con le U.O. (anche chirurgiche) sopra menzionate, senza la presenza sul posto di personale medico strutturato (che è soltanto reperibile telefonicamente). È possibile, secondo le leggi attuali, che un assistente in formazione effettui guardie interdivisionali in prima e piena responsabilità, con il Collega strutturato soltanto reperibile, e per giunta in Unità operative fuori dalla propria area di specializzazione?"*

Mi sento un po' a disagio nella risposta, perché Lei usa terminologie come "assistente in formazione", che non sono più attuali per la dirigenza medica del S.S.N., e perché non conosco lo specifico protocollo di intesa tra la Sua Regione e la locale Università, protocollo che, ai sensi dell'art. 6, c. 2, del D.Lgs. 502/92, e successive modificazioni ed integrazioni, deve disciplinare le modalità della reciproca collaborazione tra le Istituzioni anzidette ai fini di soddisfare le specifiche esigenze del S.S.N. Tuttavia rispondo, anche se in modo approssimativo, alle Sue domande:

a) impiegare i medici specializzandi come "primi di guardia" è un azzardo e una forzatura, anche se l'art. 16 del D.Lgs. 502/92 dispone che "La forma-



zione medica di cui all'articolo 6, comma 2, implica la partecipazione guidata o diretta alla totalità delle attività mediche, ivi comprese la medicina preventiva, le guardie, l'attività di pronto soccorso, l'attività ambulatoriale e l'attività operatoria per le discipline chirurgiche, nonché la graduale assunzione di compiti assistenziali e l'esecuzione di interventi con autonomia vincolata alle direttive ricevute dal medico responsabile della formazione";

b) non è invece previsto, neppure nel contratto collettivo nazionale di lavoro di area medica oggi vigente, che i servizi di guardia medica (divisionale o interdivisionale) debbano utilizzare dirigenti appartenenti alla medesima disciplina, a differenza dei servizi di pronta disponibilità, che devono essere organizzati mediante l'utilizzo di dirigenti "appartenenti alla medesima disciplina";

c) è pertanto indispensabile, nel Suo caso specifico, usare tutte le doverose precauzioni che la situazione di rischio impone, e cioè:

– ricorrere, in tutti i casi necessari, al medico dirigente strutturato reperibile, secondo le competenze di branca richieste dai singoli casi clinici;

– provvedere immediatamente ad attivare una adeguata copertura assicurativa personale per la responsabilità professionale (responsabilità civile contro terzi).

---

### RISCATTARE O NO GLI ANNI DI LAUREA?

*Il dott. S.F. ci scrive: "Avendo richiesto il riscatto degli anni di laurea ai fini pensionistici ed essendo io dirigente medico di 1° livello presso una ASL dall'età di*

*30 anni a tutt'oggi (39 anni compiuti), desidero sapere se l'operazione anzidetta risulta ancora conveniente, visto l'impegno finanziario richiesto".*

La scelta se riscattare o no, ai fini pensionistici, gli anni di laurea, nel Suo specifico caso, risulta piuttosto difficile, infatti:

– farebbero propendere per il riscatto sì: a) il fatto che Lei è entrato piuttosto tardi nel mondo del lavoro e solo col riscatto (6 anni di laurea) potrebbe arrivare ai 40 anni contributivi utili alla soglia dei 65 anni; b) il fatto che col riscatto Lei maturebbe una misura più elevata della pensione (sia con il sistema di calcolo retributivo, sia con il sistema di calcolo contributivo); c) il fatto che gli oneri del riscatto (da rateizzare con la massima dilazione possibile) sono interamente deducibili ai fini fiscali;

– farebbero propendere invece per il riscatto no: a) il fatto che Lei non può aspirare ad andare in pensione anticipata o di anzianità (infatti tali tipi di pensione non avranno più vita lunga); b) il fatto che gli oneri di riscatto sono diventati oggettivamente pesanti; c) il fatto che, in via alternativa al pagamento degli oneri di riscatto, Lei potrebbe attivare una forma di previdenza integrativa.

---

### **RIPOSO COMPENSATIVO DELLA PRONTA DISPONIBILITÀ FESTIVA**

*Il dott. R.B. ci scrive: "Il diritto ad un giorno di riposo compensativo nel caso in cui la pronta disponibilità cada in un giorno festivo, è stato confermato dall'art. 20, comma 6, del CCNL 8 giugno 2000. Fino a quando è possibile chiedere la retroattività dell'appli-*

*cazione della norma del suddetto articolo? Ho spesso prestato servizio di pronta disponibilità nei giorni festivi, e da molti anni ormai, senza tuttavia recuperare alcun riposo".*

La norma richiamata sul diritto di avere "un giorno di riposo compensativo" nel caso in cui il turno di pronta disponibilità "cada in un giorno festivo", ma "senza riduzione del debito orario settimanale", è una disposizione del CCNL '94/97 (art. 20, c. 6), non del CCNL 8 giugno 2000, che si limita (art. 16, c. 8) a ribadire che tutti i dirigenti medici non responsabili di struttura complessa "sono tenuti ad assicurare i servizi di guardia e di pronta disponibilità previsti dagli artt. 19 e 20 del CCNL 5 dicembre 1996".

La norma anzidetta ha il solo scopo di consentire il riposo settimanale del dirigente medico (art. 22 CCNL '94/97), riposo che di norma coincide con la giornata domenicale.

Proprio perché la giornata domenicale, quando è gravata da un turno di pronta disponibilità, non è più una giornata di riposo, è garantito il riposo compensativo in un giorno feriale della settimana che segue (o anche in una giornata feriale della settimana che precede) il turno festivo di pronta disponibilità.

E quindi, sia perché la pronta disponibilità festiva non comporta alcuna riduzione del debito orario settimanale, sia perché la finalità (prima evidenziata) della norma in esame è quella di garantire il riposo settimanale, non è possibile (né prevista) l'applicazione retroattiva (cioè: ora per allora) della disposizione di cui all'art. 20, c. 6, del CCNL 5 dicembre 1996.

# UN'UNICA OPERA DIDATTICA

## REDATTA DA QUALIFICATI SPECIALISTI DELL'EMERGENZA IN ITALIA

### DIVISA IN TRE DISTINTI MANUALI DI FORMAZIONE

M.G. Balzanelli, F. Coraggio,  
N. Gentiloni, S. Miniello

#### Manuale di Medicina di Emergenza e di Pronto Soccorso

P. Bianco  
M. Bisceglia  
F. Clemente  
E. di Lauro  
F. Graziano  
L. Pacilli



Presentazione di  
Giovanni Gasbarrini

 CIC Edizioni Internazionali

M.G. Balzanelli, F. Coraggio,  
N. Gentiloni, S. Miniello

P. Bianco, M. Bisceglia, F. Clemente,  
E. di Lauro, F. Graziano, L. Pacilli

#### MANUALE DI MEDICINA DI EMERGENZA E DI PRONTO SOCCORSO

Presentazione  
di G. Gasbarrini

Volume di 1088 pagine  
f.to cm. 12 x 19 - brossura  
ISBN 88-7141-532-9  
50,00

M.G. Balzanelli, F. Coraggio,  
N. Gentiloni, S. Miniello

V. Anzelmo, A. Catalano, F. Clemente,  
F. Graziano, L. Pacilli, G. Santacroce

#### MANUALE DI PRIMO SOCCORSO PER IL CITTADINO

Presentazione  
di G. Del Barone

Volume di 400 pagine  
f.to cm. 12 x 19 - brossura  
ISBN 88-7141-530-2  
30,00

M.G. Balzanelli, F. Coraggio,  
N. Gentiloni, S. Miniello

#### Manuale di Primo Soccorso per il cittadino

V. Anzelmo  
A. Catalano  
F. Clemente  
F. Graziano  
L. Pacilli  
G. Santacroce



Presentazione di  
Giuseppe Del Barone

 CIC Edizioni Internazionali

M.G. Balzanelli, F. Coraggio,  
N. Gentiloni, P. Bianco, S. Miniello

#### Manuale di Primo Soccorso nei luoghi di lavoro

M. Bisceglia  
F. Clemente  
C. Dimichele  
F. Graziano  
L. Pacilli



Presentazione di  
Nicola Castellino

 CIC Edizioni Internazionali

M.G. Balzanelli,  
F. Coraggio, N. Gentiloni,  
P. Bianco, S. Miniello

M. Bisceglia, F. Clemente, C. Dimichele,  
F. Graziano, L. Pacilli

#### MANUALE DI PRIMO SOCCORSO NEI LUOGHI DI LAVORO

Presentazione  
di N. Castellino

Volume di 464 pagine  
f.to cm. 12 x 19 - brossura  
ISBN 88-7141-531-0 - 30,00

*Per coinvolgere tutti sempre di più nella  
"cultura dell'emergenza"*



CIC Edizioni Internazionali

Corso Trieste, 42 - 00198 Roma - Tel 06 8412673 - Fax 06 8412688 - e-mail: info@gruppocic.it - www.gruppocic.it