

Il 31 maggio ha visto, come da tradizione, le "Considerazioni finali" del Governatore Mario Draghi all'assemblea di Banca d'Italia. Il Governatore ha lanciato i seguenti allarmi: il reddito disponibile degli italiani è fermo a quello dei primi anni '90; c'è un eccesso di tassazione; c'è bassa produttività e competitività nel sistema Italia; c'è un mercato del lavoro che mortifica i giovani; la situazione economica mondiale non è favorevole ed a tutto ciò si è aggiunto, recentemente, il rischio inflazione favorito dalla variazione di alcuni prezzi relativi a beni fondamentali, quello dell'energia e quello dei prodotti alimentari. Queste le ricette del Governatore: ridurre le tasse; contenere la spesa pubblica; correggere il mercato del lavoro a favore dei giovani; rendere più flessibile l'età pensionabile; riformare il risparmio gestito; abolire il massimo scoperto in banca; rendere più trasparenti i rapporti Banche-risparmiatori, ecc. Analisi e ricette condivisibili, ma prive di originalità. Un fiume di parole, a cui difficilmente seguiranno provvedimenti concreti e tempestivi da parte della nostra classe politica.

La professione medica è sempre più "femminile" (indagine su "Il Sole-24 Ore" del 2/06/08). Le donne-medico attualmente iscritte agli Albi sono il 35% sul totale degli iscritti. Tuttavia se consideriamo gli iscritti agli Albi sotto i 30 anni, le donne-medico sono il 63%. Notevoli le difficoltà, per le donne-medico rispetto al totale della popolazione di pari genere, nello sposarsi e nell'avere figli, a conferma che la nostra è una professione totalizzante. Inoltre raramente le donne-medico accedono ai vertici della carriera, cioè alle posizioni dirigenziali apicali sul piano professionale, organizzativo, gestionale.

Nonostante l'impegno della Covip (Comitato di vigilanza sulle pensioni), che con delibera del 29 maggio ha disposto, a far data dal 1° ottobre prossimo, nuove regole su nota informativa per gli iscritti, sui soggetti abilitati a raccogliere le adesioni e le modalità di raccolta, nonché sulle informazioni indispensabili a chi fa una scelta tacita, una sfiducia motivata regna sovrana sui fondi di previdenza complementare. Dal Convegno Carefin-Bocconi (inizio di giugno) risulta infatti che sono circa 3 milioni i lavoratori dipendenti delle aziende con almeno 50 addetti scelti sulla previdenza complementare (tanti sono infatti gli iscritti al Fondo Tesoreria, gestito dall'INPS, che raccoglie il TFR maturando di chi ha deciso di non aderire alla previdenza complementare). Inoltre sono 6 milioni i lavoratori appartenenti a aziende fino a 49 addetti che hanno scelto di conservare il TFR. Un vero fallimento per la previdenza complementare! Ed ancor peggio è nel pubblico impiego, dove non è ancora operante il Fondo Espero (Scuola), costituito nel 2003. Uguale strada (ingloriosa) seguirà il Fondo Perseo (Sanità e Autonomie locali), istituito nel 2008, ma che non sarà operativo per almeno altri 4-5 anni.

Mentre impazza (prima metà di giugno) lo "scandalo sanitario" della Casa di cura S.Rita di Milano (con tutta la coorte di speculazioni anti-medico ed anti-Sanità lombarda), Berlusconi ha invece scelto la "linea soft", concedendo una tregua a Lazio e Abruzzo per gli extradeficit di ASL ed ospedali. Boccata di ossigeno, quindi, per Piero Marrazzo ed Ottaviano Del Turco, che hanno evitato per ora la nomina del "commissario ad acta".

La CIMO-ASMD, con gli altri sindacati medici, le Società scientifiche di medicina e chirurgia e la FNOMCeO, ha partecipato alla prima Conferenza nazionale della professione medica, tenutasi a Fiumicino il 13 e 14 giugno, durante la quale è stato approvato un documento in materia di sanità e professione medica, documento generico ma sostanzialmente condivisibile di una decina di cartelle di "dichiarazioni di consenso", come contributo a disposizione di cittadini, istituzioni, politica, professionisti, ecc. Durante il Convegno è intervenuto il Ministro del Welfare, Maurizio Sacconi, che ha manifestato questi Suoi indirizzi: mantenere accorpate all'interno del Suo Ministero anche le competenze su Sanità; ridisegnare il modello sociale della fase post-ideologica (appropriatezza e sostenibilità; sistema selettivo e non più universale; riequilibrio del modello sociale sanità-previdenza e prevenzione-cura; livelli garantiti rapportati a costi standard e risorse; federalismo fiscale ma con cabina di regia per il S.S.N.; introduzione di sistemi di premi e sanzioni, ecc.). Nessuna concessione ai medici (dipendenti e convenzionati) in tema di rinnovo di contratti e convenzioni (tempi e risorse). Qualche "zuccherino", senza costo, ha graziosamente concesso solo in materia di riconoscimento dell'importanza del ruolo della nostra professione, nonché degli Ordini professionali, e sulla possibilità di esercitare ancora la libera professione, anche da parte dei medici esclusivisti, dopo il 31/01/2009. Confermo il mio personale giudizio: il Ministro Sacconi non è uno sprovvisto della politica, ma nell'occasione (di fronte a 400 Colleghi) mi è parso "stittico": non una parola sulla necessità di adeguare i salari dei lavoratori, e di indicizzare meglio le pensioni, che erano stati "leit motiv" in campagna elettorale, anche da parte del Centro-destra.

■ ■ ■ ■

Il 13 giugno il Consiglio dei Ministri ha approvato all'unanimità il ddl sulle intercettazioni telefoniche. Esse saranno vietate per un numero rilevante di reati, compresi sequestro di persona ed estorsione. Pene severe (fino a 5 anni di reclusione) per chi (magistrato o giornalista) riveli atti coperti dal segreto istruttorio. L'autorizzazione alle intercettazioni va richiesta ad un Collegio di tre giudici e non può durare più di tre mesi. Questo provvedimento ha mandato "in agitazione" Di Pietro e la cospicua corrente giustizialista del Pd.

■ ■ ■ ■

Il Consiglio dei Ministri ha approvato il 18 giugno la manovra finanziaria 2009-2011. Si tratta di una manovra triennale di quasi 35 mld di euro (13,1 mld di euro nel 2009, rappresentati da 3,5 mld di nuove entrate per tasse su banche, assicurazioni, petrolieri, coop, eliminazione del regime fiscale agevolato sulle stock option, ecc, e di 9,6 mld di minori spese, così ripartite: 3,4 mld da enti locali; 3,1 mld dal pubblico impiego; 1,1 mld da altre razionalizzazioni; 1 mld dalla Sanità ed 1 mld dalle dimissioni), mentre l'importo della manovra sarà di 7,1 mld nel 2010 e di 14,6 mld nel 2011, data fissata per il pareggio di bilancio. Tecnicamente la manovra è costituita: da un decreto legge (cosiddetto decreto fiscale, su cui sarà posta la fiducia) e da un disegno di legge "collegato", ai quali si aggiunge un disegno di legge-delega sul pubblico impiego. Il tutto sarà raccordato col Dpef, cui sono connesse tre deleghe "fondamentali": federalismo fiscale; Roma capitale; Codice delle autonomie: Tra le misure più significative per noi, ricordo: la conferma dei tagli su pubblico impiego e Pa; la riduzione degli organici per la Scuola e la limitazione del turn-over nella pubblica amministrazione a 1 entrata su 10 uscite; la stretta sulla

contrattazione integrativa e sulle consulenze; il ricorso alla mobilità anche coatta, pena il licenziamento; le decurtazioni sulle buste-paga per chi ha il "vizio" di ammalarsi spesso; l'abolizione dal 2009 del divieto di cumulo; le deroghe sulla durata dei contratti a termine, che possono ora ampiamente superare i 36 mesi; la reintroduzione del lavoro a chiamata, ecc. Rimandata (sembra a settembre) la soppressione delle 9 Province metropolitane e delle Comunità montane (anche il Centro-destra "tiene famiglia"). Col decreto fiscale si tenta anche di svincolare dal D.Lgs. 66/2003, in particolare dalle norme sul riposo settimanale e sulle 11 ore continuative di riposo giornaliero tra due turni lavorativi, intendendo le pause stesse, in modo sbrigativo e furbesco, come "media in un periodo non superiore a 14 giorni", ovvero come norme di garanzia non applicabili alle "aree dirigenziali degli enti ed aziende del S.S.N.". Come mio commento, faccio notare solo tre grossolane contraddizioni, tra le tante rilevabili: come è possibile andare al rinnovo dei contratti (tutti ampiamente scaduti e non ancora onorati) quando si prevedono tagli su Sanità e pubblico impiego, anziché attribuzione al settore di risorse aggiuntive?; come è possibile giocare tutta la politica del pubblico impiego rinnovando, centrata sul premio alla produttività, riducendo poi gli spazi della contrattazione integrativa?; come è possibile fissare una inflazione programmata all'1,7% (cui sono legati i benefici dei contratti da rinnovare), quando è attesa realisticamente una svalutazione almeno doppia (3,4%)?

■ ■ ■ ■

Lo stesso 18 giugno il Governo ha presentato al Senato un emendamento al decreto-sicurezza (approvato il 24/06) relativo alla sospensione per un anno dei processi per i reati "non di allarme sociale" (cioè quelli puniti con meno di 10 anni di reclusione) e commessi prima del 30 giugno 2002. Poiché tra i

beneficiari c'è lo stesso Berlusconi, la norma è stata definita dall'opposizione "salva-premier" ed ha rappresentato l'alibi per la rottura definitiva del "falso" clima di collaborazione e reciproca legittimazione tra maggioranza ed opposizione. Siamo tornati così al vecchio "muro contro muro" di prodiana memoria. La cosa non è grave di per sé, ma per il fatto che la contrapposizione politica continua e strumentale danneggia il Paese (come ha ben compreso il Presidente Napolitano).

■ ■ ■ ■

Il 19 giugno (giorno successivo alla pubblicazione in G.U. del decreto del Ministro della Salute 31/03/08) sono operative le nuove regole che i fondi sanitari integrativi devono rispettare per essere considerati "doc" e per consentire agli iscritti il previsto vantaggio fiscale (deduzione nella misura di 3.615,20 €). L'agevolazione è concessa solo per quei fondi sanitari che erogano le seguenti prestazioni: a) prestazioni di prevenzione, cura e riabilitazione non comprese tra quelle previste dal S.S.N. (medicina non convenzionale, cure termali, assistenza odontoiatrica di base); b) prestazioni aggiuntive finalizzate al recupero di pazienti non autosufficienti per malattia o infortunio e le prestazioni di assistenza odontoiatrica specialistica. Per le prestazioni sub b), i Fondi sanitari anzidetti devono attestare, dal 2010, che almeno il 20% delle loro risorse sono state destinate alle prestazioni aggiuntive stesse. Questo appesantimento burocratico renderà la norma praticamente inattuabile ed inoltre tutta la nuova impostazione dei Fondi sanitari integrativi comporterà un aumento dei costi e dei contributi. Anche quando la Turco fa qualcosa di buono (come in questo caso), la Sua vecchia cultura comunista finisce sempre per mandarla "fuori rotta" con provvedimenti gravati da una dose insopportabile di burocrazia e di dirigismo statalista.

■ ■ ■ ■

Il 27/06 il Consiglio dei Ministri ha approvato il disegno di legge che prevede la sospensione dei giudizi a carico di Presidente della Repubblica, Presidente del Consiglio e Presidenti di Camera e Senato, per la durata del loro mandato (cosiddetto Lodo Alfano). Nonostante l'augurio di Napolitano di "ampie convergenze" sui temi della giustizia, siamo ormai allo scontro aperto, addirittura all'insulto. Massimo D'Alema, che sta sempre più sottraendo "spazio vitale" a Veltroni, vorrebbe addirittura che il Lodo Alfano (che assomiglia molto al Lodo Schifani dei tempi andati) valesse solo dalla prossima legislatura. Come vedete, è ritornato l'anti-berlusconismo "duro e puro".

■ ■ ■ ■

Questo Governo è appena ai primi passi, ma io personalmente rimango pessimista sul futuro dell'Italia (Paese oggi in declino documentato), come lo sono stato durante i Governi di Prodi, D'Alema e Amato. Sono troppo realista per cullare illusioni, specie quando vedo i leaders (tutti) curare prima i propri interessi, e della propria "parrocchia", rispetto a quelli dell'intero Paese. La luguineria dei nostri attuali leaders (di entrambi gli schieramenti) si limita a vedere il singolo albero, rispetto al bosco circostante. In epoca di globalizzazione, è come voler toccare la Luna con un dito, stando ancora col corpo alla madre Terra.

Il Collega Adriano Bucci ci ha lasciati

Lunedì 16/06/08, nel Reparto di Geriatria dell'Ospedale di Camposampiero, si è spento il Dottor Adriano Bucci, professionista amato e stimato da parte di tutti coloro che lo hanno conosciuto.

Il Dottor Bucci ha svolto la propria professione per molti anni presso l'Ospedale di Camposampiero, prima nel Reparto di Chirurgia generale, poi presso il Pronto soccorso.

Proprio nel periodo trascorso in Pronto soccorso ha avuto una delle sue tante brillanti intuizioni (nei ricordi dei suoi Colleghi ne affiorano tante) e cioè, come dare una risposta competente a quei pazienti che si presentavano con lesioni, di una certa gravità, della mano. Partendo da questa intuizione, prima da solo e poi facendo appassionare i Colleghi più giovani, è nato un Servizio per gli utenti, unico fra i Pronti soccorso del Veneto, in grado di affrontare una patologia complessa ed altamente invalidante.

Negli anni '70 ha fondato la Segreteria sindacale CIMO presso l'Ospedale di Camposampiero, contribuendo con ciò a creare un clima di aperto dibattito sulle problematiche inerenti il ruolo del medico ospedaliero in una società in rapida evoluzione.

Adriano Bucci non era solo un medico preparato, ma anche un artista raffinato; molti hanno potuto apprezzare le sue opere di scultura e pittura; era amante della storia ed orgoglioso delle sue origini sanitarie. Infatti era solito dire: "non sono Campano, sono Sannita".

A tutti i suoi Colleghi mancherà, perché era sempre pronto a dare il Suo prezioso consiglio, perché ha insegnato a tutti che un medico serio e coscienzioso, come Lui era, non dà mai niente per scontato ed ha sempre qualcosa da imparare, oltre che da insegnare.

Tutti i Colleghi lo salutano, immaginandoLo mentre si allontana sulla sua 850 spider rossa e l'immancabile sigaretta in bocca.

Luigi Stanic

IL DIRETTORE RISPONDE

Carlo Sizia

Prospettive previdenziali

Il dott. P.T. ci scrive: "Sono un dirigente medico di una ASL del Nord e vorrei chiedere alcuni approfondimenti in merito ai sistemi di previdenza integrativa. Mi sono laureato e abilitato nel 1995, specializzato nel 2000, e sono entrato in ruolo solo nel settembre 2007, all'età di 38 anni. Prima di allora, cioè dal 2001 al 2007, ho sempre lavorato con incarichi a termine presso varie ASL, regolarmente stipendiato, quindi pagando i relativi contributi con trattenute alla fonte. Ho da poco chiesto il riscatto degli anni di laurea, di specializzazione e del servizio militare all'INPDAP per complessivi 10 anni. Alla luce delle recenti normative di revisione del sistema pensionistico, chiedo quali possano essere, al momento e soprattutto in prospettiva, le soluzioni pensionistiche più idonee per noi medici dipendenti, e se conviene aderire a fondi pensione integrativi ed a quali".

La Sua situazione previdenziale non è brillante, ma la cosa giusta (per ora) l'ha già fatta, richiedendo il riscatto degli anni di laurea, specializzazione e militare, così da rientrare comunque nel sistema di calcolo misto della pensione (cioè con contribuzioni ante 31/12/1995).

Vedrà, poi, al momento del decreto INPDAP e sulla base degli oneri del riscatto (certamente pesanti, dell'ordine di 80-90.000 €) se riscattare proprio tutti gli anni, oppure qualcuno in meno dei dieci, anche perché non è detto che il sistema misto (retributivo + contributivo) rimanga dopo il 2017 (ed allora sarebbero pressoché inutili i riscatti: tanti oneri e poco o nessun vantaggio).

Sarebbe inoltre cosa buona se la domanda di riscatto



l'avesse fatta già nel corso del 2008, perché le condizioni sarebbero migliori (eliminazione degli interessi sulle rateizzazioni, spalmabili in 10 anni).

Se i dati fornitimi sono sufficientemente precisi, Lei dovrebbe già essere a regime TFR. Io rimarrei in tale regime (se e finché sarà consentito), senza richiedere l'adesione al Fondo di previdenza negoziale Perseo, recentemente istituito ma non ancora operante (e sul quale non nutro, personalmente, fiducia). Ma potrebbe anche essere che le disposizioni future in materia di previdenza complementare nel pubblico impiego La costringano ad aderire a Perseo.

Aderire ad un Fondo aperto individuale, o al Fondo Sanità collegato all'ENPAM, significherebbe essere gravati da ulteriori contributi, neppure troppo leggeri. Non farei invece domanda di contribuzione ridotta al Fondo generale, quota A, dell'ENPAM.

Ai 65 anni Lei potrebbe così avere: una pensione discreta dall'INPDAP (dal 60 al 65% dell'ultima retribuzione, se potrà contare su 40 anni circa di contribuzione utile, comprensivi del riscatto e del periodo di lavoro a tempo determinato, se interamente valutabile dall'INPDAP); un dignitoso TFR (o una pensione complementare, se sarà stato costretto ad aderire a Perseo, o se avrà voluto crearsela individualmente, pensione complementare che difficilmente potrà darLe comunque un rendimento superiore al 15% circa dell'ultima retribuzione); una modesta pensione ENPAM (400-500 €/mese).

Per ora, è meglio che Lei stia con gli occhi aperti "alla finestra", per vedere come evolve il nostro sistema previdenziale: le novità, temo, non sono ancora finite, e non credo saranno novità vantaggiose, almeno per la nostra categoria.



La ratio nell'attribuzione degli incarichi dirigenziali

Il dott. F.C. ci scrive: "Sono un vostro iscritto e vorrei alcuni chiarimenti. Sono dirigente medico di 1° livello a rapporto non esclusivo, operante nel dipartimento territoriale come responsabile dell'Unità valutativa Alzheimer, nonché consulente neurologo in due strutture ospedaliere della nostra Regione. Recentemente nella nostra azienda sono stati attribuiti incarichi dirigenziali di alta specializzazione. Vorrei sapere se è legittimo porre il quesito, ed a chi, circa le motivazioni della mia esclusione dall'incarico anzidetto."

Premesso che gli incarichi di alta specializzazione non differiscono dagli altri incarichi di cui all'art. 27, c.1, lettera c), del CCNL 8/06/2000, trattandosi sempre di incarichi professionali, è legittimo porre il quesito sulle motivazioni della Sua esclusione dall'incarico in questione ai seguenti responsabili:

- a) il Capo dipartimento territoriale di Sua appartenenza;
- b) le OO.SS. mediche che hanno concertato a livello aziendale in materia di affidamento, mutamento e revoca degli incarichi dirigenziali, nonché in materia di articolazione delle posizioni organizzative, delle funzioni e delle connesse responsabilità ai fini della retribuzione di posizione, cioè le protagoniste delle relazioni sindacali che devono precedere la "graduazione aziendale delle funzioni dirigenziali";
- c) la direzione aziendale (Ufficio personale e gestione risorse umane).

Infine, credo che non abbia giocato a Suo favore (visto il "clima politico" che regna nella Sua Regione) il rapporto non esclusivo di cui Lei è titolare.

Non si illuda, tuttavia, che "porre il quesito" significhi automaticamente vedere riconosciute le "Sue ragioni" (anche ammettendo che i sindacati medici stiano tutti dalla Sua parte, la concertazione aziendale appartiene purtroppo e comunque alle relazioni sindacali "deboli", che difficilmente riescono a contrastare una diversa volontà aziendale).

La mia esperienza mi porta purtroppo a concludere che spesso la "ratio" che prevale nell'attribuzione degli incarichi è quella clientelare e discriminante perché risponde a questa "logica": favorisco questo per sfavorire quello.

Questo criterio non si evince, in realtà, dalla lettura delle norme contrattuali vigenti in materia, ma la logica del favore, piuttosto che quella del riconoscimento del diritto conquistato, domina purtroppo, specie nella pubblica amministrazione.



Produttività aggiuntiva e godimento dei benefici della legge 104/1992

Il dott. L.B. ci scrive: "Chiedo un vostro sollecito chiarimento in merito alla legge 104 ed alla possibilità dei titolari di tale beneficio di partecipare alla produttività aggiuntiva. Tale mia richiesta è motivata dal fatto che il direttore generale della mia ASL ha fatto pervenire una lettera firmata da lui stesso a tutti i titolari della legge 104, che partecipano a varie forme di produttività aggiuntiva, in cui afferma che è fatto divieto ai titolari dei benefici della legge stessa (per il bene del Reparto e dell'assistito) di partecipare ad ogni forma di produttività aggiuntiva. A me pare che tale decisione (tra l'altro assunta d'autorità) costituisca una sorta di discriminazione sia nei confronti del dipendente sia dell'assistito e possa configurare il reato di mobbing, punibile per legge. Pertanto vi chiedo un parere in merito e, se fosse vera la mia ipotesi e cioè se tale divieto è discriminante ed illegale, come sarebbe possibile tutelare i diritti dei dipendenti penalizzati da tale decisione".

In merito al quesito sollevato, ritengo quanto segue:
- che la lettera del direttore generale della Sua ASL sia del tutto legittima, infatti se un dipendente gode (a domanda) delle agevolazioni di cui all'art. 33 della legge 104/1992 (cioè fruizione di assenze retribuite per 3 giorni mensili per assistere un congiunto convivente portatore di handicap in condizione di gravità), non ha senso logico che lo stesso dipendente partecipi poi a forme di produttività aggiuntiva, qualora queste attività comportino

anche la prestazione di un orario aggiuntivo, od extraorario, rispetto all'orario istituzionale dovuto, che è stato motivatamente ridotto;

- la lettera e lo spirito della norma anzidetta di tutela socio-famigliare è quella stessa che ispira la disciplina del part-time (rapporto ad impegno orario ridotto), dove ai Colleghi ammessi a tale tipo di rapporto è inibita qualsiasi attività libero-professionale (sia intra che extramoenia), perché si tratta di attività che comunque richiedono un orario aggiuntivo rispetto a quello dipendente dovuto (che è ridotto appunto per motivi socio-famigliari);

- il caso di cui al quesito non ha nulla a che vedere con il "mobbing", che ha una configurazione del tutto particolare, individuale e specifica (vedi art. 7 CCNL 3/11/2005).



Caratteristiche dell'orario di lavoro medico ed obbligatorietà della pausa-mensa

Il Dott. M.M. ci scrive: "È dal 2002 che sono sottoposto a mobbing. Il motivo per cui Vi scrivo è sulla legittimità della obbligatorietà imposta dalla mia azienda al personale medico non apicale di effettuare una pausa mensa/riposo di trenta minuti qualora il turno di servizio superi le sette ore (cioè 7 ore e 01 minuti lavorati equivalgono a 6 ore e 31 minuti). Io sostengo invece che il dirigente medico, in base al CCNL 3/11/2005, ha la possibilità di elaborare i propri orari nel rispetto dei turni di presenza obbligatoria indicati dal dirigente apicale e senza superare il tetto delle 12 ore consecutive. Premetto che, in oltre 10 anni di lavoro in codesto Ente, non mi sono mai recato una sola volta alla mensa aziendale. Ebbene, la responsabile dell'Ufficio Personale e Relazioni sindacali, forte di un documento sottoscritto nel novembre 2002 dall'azienda e dalle locali Sigle sindacali mediche (documento comunque antecedente rispetto alla sottoscrizione del CCNL oggi in vigore e mai più rivisitato) in cui si recita che "dopo 7 ore lavorate debba essere effettuata una pausa di 30 minuti", sostiene che detto accordo sia ancora vigente e superi le indicazioni del CCNL del 2005.

Pongo pertanto tre quesiti:

1. attuale validità del documento siglato tra azienda e sindacati medici locali sulle indicazioni dell'orario lavorativo e priorità di quest'ultimo rispetto al CCNL 3/11/2005;

2. correttezza della mia posizione che sostiene che è il dirigente medico che elabora, in base alle necessità del Reparto e alla sua modalità di lavoro, un orario, continuato o spezzato, sui cinque giorni lavorativi come da indicazioni aziendali, e non il dirigente apicale o l'Ufficio Personale e tantomeno il dirigente deve chiedere permessi/autorizzazioni all'apicale per effettuare i detti orari;

3. legittimità della indicazione ad arrotondare per difetto l'orario prestato ai cinque minuti inferiori, sempre contenuta nel citato accordo, di cui non riesco a comprendere il motivo e che a mio parere è ingiusta, faziosa e, soprattutto, "cancellata" dal CCNL vigente."

1. Le disposizioni in materia di organizzazione del lavoro medico, concordate o concertate in sede locale dalle OO.SS. mediche, operano fino a quando non ne vengono sottoscritte di nuove, allo stesso livello.

2. Non è che il CCNL vigente di area medica (3/11/2005), e quelli precedenti, abbiano disposto che il dirigente medico possa fare "l'orario che vuole" (rispettando solo l'obbligo delle 38 ore settimanali complessive), ma semplicemente che i dirigenti medici articolino il proprio orario di servizio in modo flessibile per correlarlo alle esigenze della struttura cui sono preposti ed all'espletamento dell'incarico affidato, ivi compreso per quanto riguarda i volumi prestazionali richiesti all'èquipes e concordati individualmente mediante negoziazione budgetaria. Per i dirigenti medici non apicali, esiste inoltre la necessità di coordinamento orario con gli altri Colleghi della stessa équipe sotto la direzione organizzativa e l'indirizzo clinico e scientifico diramato dal responsabile della struttura complessa e/o del dipartimento di appartenenza.

3. Le norme sulla "pausa-mensa" non derivano direttamente dal contratto di area medica ma, per assimilazione, dal contratto del Comparto sanitario (di cui le aree dirigenziali medica e non medica rappresentano appendici), nonché da norme di derivazione europea

in materia di organizzazione del lavoro (D.Lgs. 66/2003). L'ultima disposizione di area medica in materia di mensa (art. 24 CCNL 10/02/2004) prevede solo che "il pasto va consumato al di fuori dell'orario di lavoro e nel rispetto delle articolazioni orarie delle strutture ed unità operative di assegnazione", come concertate localmente. L'art. 8 (Pause) del D.Lgs. 66/2003 prevede che "quando l'orario giornaliero ecceda il limite di sei ore il lavoratore deve beneficiare di un intervallo per pausa" (tra cui, eventualmente, la mensa). La CIMO-ASMD ha sempre ritenuto, e ritiene, che le pausa-mensa sia un diritto, ben più che un dovere, tuttavia la "legittimità" della disposizione relativa al conteggio della "pausa mensa" (arrotondamento per difetto ai 5 minuti) nasce localmente sulla base delle intese definite in merito tra azienda e OO.SS. mediche.

Infine, pur non conoscendo le ragioni che Le fanno credere di essere "sottoposto a mobbing", Le faccio solo notare come non basterebbe certamente il modesto contenzioso in materia di orario e organizzazione del lavoro per qualificare come "mobizzante" l'atteggiamento dell'amministrazione in questione, essendo richiesti in tale senso comportamenti ripetuti ed abituali aventi connotazioni aggressive, denigratorie e vessatorie tali da compromettere la salute psico-fisica del dirigente o la sua professionalità o dignità.

Il Dottor Carlo Sizia fornisce risposte alle richieste di pareri su problemi sindacali, inviate, complete di tutte le informazioni necessarie, a:

Segreteria nazionale CIMO-ASMD,
Via Nazionale 172 - 00184 Roma
Fax 06/6780101
E-mail: sede.nazionale@cimoasmd.it

si prega di indicare il proprio recapito; per una risposta più immediata occorre indicare il numero di fax personale o la propria e-mail.

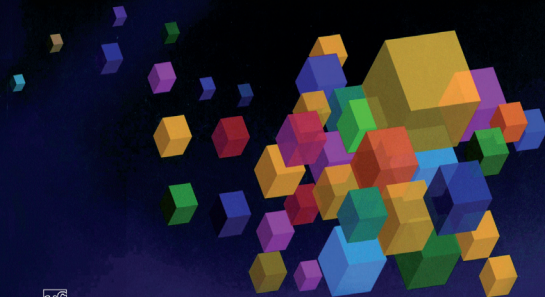
P.M. HEALEY, E.J. JACOBSON

Diagnosi mediche comuni

Un approccio algoritmico

PATRICE M. HEALEY - EDWIN J. JACOBSON

DIAGNOSI MEDICHE COMUNI
UN APPROCCIO ALGORITMICO



 CIC Edizioni Internazionali

QUARTA EDIZIONE

256 pagine - Volume brossurato
f.to cm. 25x20 - € 60.00



CIC Edizioni Internazionali

DALL'OSPEDALE AL TERRITORIO PER UNA NUOVA SANITÀ



Ospedale e territorio

Teoria e fatti

A cura di Stefano Biasioli

Volume di 104 pagine
f.to cm. 15 x 21 - brossurato
€ 12,00



Cure domiciliari

Il modello integrato della Regione Piemonte

La farmacovigilanza

A cura di Stefano Biasioli
e Luciano Mulas

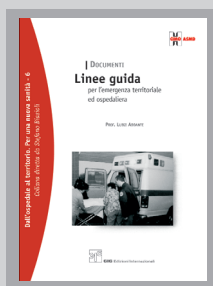
Volume di 64 pagine
f.to cm. 15 x 21 - brossurato
€ 12,00



Le linee guida "vicentine" valutazioni, schede, servizi

A cura di Luigi Dal Sasso

Volume di 66 pagine
f.to cm. 15 x 21 - brossurato
€ 15,00

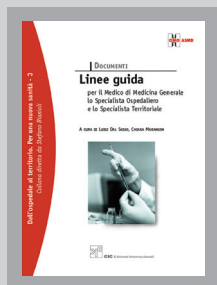


Linee guida

per l'emergenza territoriale
ed ospedaliera

A cura di Luigi Addante

Volume di 72 pagine
f.to cm. 15 x 21 - brossurato
€ 12,00



Le linee guida

per il Medico di Medicina Generale
lo Specialista ospedaliero e lo specialista
Territoriale

A cura di Luigi Dal Sasso
e Chiara Marangon

Volume di 152 pagine
f.to cm. 15 x 21 - brossurato
€ 13,00

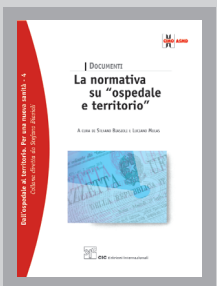


La rete dei servizi territoriali

analisi dei costi per valutare appropriatezza
ed efficacia del percorso assistenziale

A cura di Chiara Francesca Marangon,
Luisa Andretta, Luigi Dal Sasso

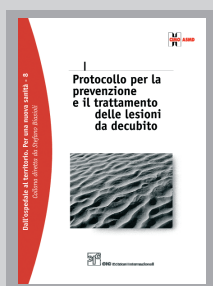
Volume di 104 pagine
f.to cm. 15 x 21 - brossurato
€ 15,00



La normativa su "ospedale e territorio"

A cura di Stefano Biasioli
e Luciano Mulas

Volume di 392 pagine
f.to cm. 15 x 21 - brossurato
€ 20,00



Protocollo per la prevenzione e il trattamento delle lesioni da decubito

A cura di Mario Favazza

Volume di 160 pagine
f.to cm. 15 x 21 - brossurato
€ 20,00



Il clinical risk management

Stato dell'arte ed esperienze

Davide Roncali

Volume di 136 pagine
f.to cm. 15 x 21 - brossurato
€ 20,00



I rischi, gli errori e la sicurezza negli ospedali

Guido Quici

Volume di 264 pagine
f.to cm. 15 x 21 - brossurato
€ 30,00



CIC Edizioni Internazionali
www.gruppocic.com

collana diretta
da Stefano Biasioli
in collaborazione con



ASSOCIAZIONE
SINDACALE
MEDICI
DIRIGENTI