

Per questa ragione, nel progetto di educazione permanente di ognuno, dovrebbe essere dato ampio spazio al cambiamento, al progresso culturale, che obbliga a mantenersi capaci di differenziarsi per occupare spazi nuovi e diversi di azione professionale. È fondamentale quindi potersi avvicinare a settori scientifici verso cui si sta muovendo la medicina: ricostruzione di tessuti e organi (dall'uso di trapianti a quello di cellule staminali proprie o eterologhe), genetica, neuropsicoendocrinologia della riproduzione e della sessualità, immunologia, socio-biologia, storia della medicina ginecologica, bioetica, metodologia del rapporto medico-paziente. In questo senso, tipico è l'esempio dell'assistenza alla nascita: durante la specialità ci si prepara inizialmente ad assistere in modo autonomo la gravidanza, il post partum e il puerperio fisiologico, poi, si approfondisce la perinatologia patologica e si apprende l'ostetricia operatoria. La chirurgia si apprende passando lunghe ore in sala operatoria, dapprima come osservatori, poi come assistenti in tutti gli interventi ginecologici e successivamente si opera sotto la guida di un aiuto responsabile, acquisendo autonoma abilità fino a diventare particolarmente esperti in un singolo settore come secondi o come primo operatore, aiutando anche e formando i più giovani e meno esperti. Infine, è indispensabile osservare e studiare i metodi applicati e quelli nuovi, discutendone con gli operatori e confrontando le diverse esperienze con contributi di metodologia pedagogica. Non si diventa responsabili di un servizio, o di una struttura semplice o complessa, se non attraverso una seria preparazione alla leadership. È auspicabile, per il futuro, che ai nuovi professionista venga data la possibilità di ricoprire una pluralità di ruoli intercambiabili, che sia possibile, per chi, in età più avanzata, sia interessato alla libera professione, divenire, più che "consultant", il "risk manager" di una unità di rischi e che la figura apicale possa alternare periodi con funzioni primariali a periodi dedicati all'impegno libero professionale,

lasciando spazio a figure professionali specifiche per la gestione dell'attività organizzativo-manageriale e didattica in settori specifici. Affinché ciò si realizzi, è però necessaria un'educazione continua al management, comprensiva anche dell'aspetto economico; il che richiede che a livello nazionale, regionale e ospedaliero si creino Scuole capaci di selezionare i propri medici dopo averli preparati a ruoli manageriali ed educativi, oltre che clinici e si mettano in atto protocolli di educazione permanente. Per quanto concerne l'ormai annoso problema della conflittualità, un grande chirurgo americano Atul Gawande, professore ad Harvard e autore di un best seller di qualche tempo fa intitolato "Appunti di un chirurgo americano su una scienza imperfetta" scriveva: il problema principale delle cause legali per negligenza è che, demonizzando gli errori, si impedisce ai medici di ammetterli e discuterli pubblicamente", tant'è che nessuna ricerca ha mai dimostrato che le denunce abbiano fatto abbassare la percentuale di errori.

È quasi un paradosso: gli straordinari sviluppi scientifici e tecnologici degli ultimi decenni, anziché far crescere la soddisfazione degli utenti, hanno prodotto un vertiginoso aumento delle cause legali intentate a medici, operatori sanitari e strutture per errori o presunti errori. Sotto il profilo assicurativo, la situazione è grave e spesso i massimali non coprono affatto il reale rischio.

La strada migliore per affrontare il rischio in medicina sembra dunque essere il clinical risk management, ovvero la ricerca di una strategia capace di prevenire gli errori, intervenendo su tutte le possibili cause. Identificare tutti gli errori che si verificano in una determinata struttura, analizzare gli aspetti e avere una mappatura reale, finalizzare poi interventi a ridurre/eliminare gli errori nelle unità di rischio. Su questa linea, il progetto CIMO propone un sistema omogeneo di miglioramento della qualità e prevenzione e gestione del contenzioso.

## Manuale di Medicina di Emergenza e Pronto Soccorso

Il edizione aggiornata con le Linee Guida ILCOR 2005-2006 per la Rianimazione Cardiopolmonare

**M. G. Balzanelli**

F. Coraggio, A. Gullo, S. Miniello, N. Gentiloni, M. Costa, O. Chiara, G. Berlot, F. Clemente, A. Catalano, A. Martino, E. Carchietti, E. di Lauro, M. Bisceglia

f.to cm. 13,5x19,7

pagine 1536

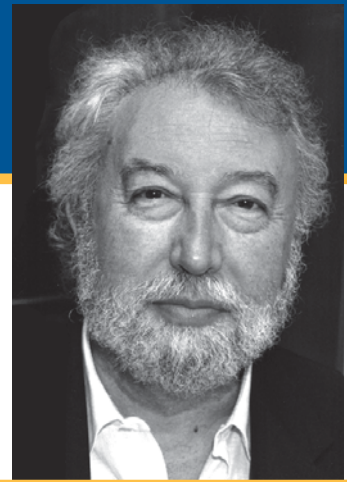
€ 80,00



CIC Edizioni Internazionali

SCUOLA DI FORMAZIONE  
SINDACALE

## “ALBERTO CLIVATI”



**Cari Colleghi**, è passato un anno dalla scomparsa dell'amico Alberto e la Scuola a Lui intitolata giunge al giro di boa con risultati di alto spessore per i contenuti formativi ed il numero di adesioni espressi.

Il III Corso nazionale accreditato, dal titolo “Il Dirigente medico dopo la riforma della pubblica amministrazione”, riedizione ampliata del I, si terrà il 27/28 ottobre 2006 (era stato inizialmente previsto per il 13/14, come già comunicato sul n. 4/2006 di questo Giornale, pag. 41), con accreditamento ECM e formula largamente ampliata nei contenuti.

**Il IV Corso nazionale accreditato**, che chiuderà il primo anno della Scuola, avente titolo “Modalità di negoziazione compartecipativa specifiche per medici chirurghi”, avrà luogo, sempre nella sede tradizionale dell'Albergo Torre Rossa di Roma, l' 1 e 2 dicembre c.a. Tale Corso ha già ricevuto l'accreditamento ECM. Una edizione di tale Corso, dai contenuti particolarmente approfonditi, è già prevista per i dirigenti facenti parte dell'Ufficio di Presidenza e per i titolari di particolari incarichi dirigenziali.

Ma già le Segreterie regionali si sono attivate prevedendo e realizzando repliche dei Corsi nelle varie Sedi regionali, infatti il 26 settembre la Campania, grazie all'infaticabile impegno del dr. Pianese e del Segretario regionale Perna, ha organizzato il Corso formativo per quadri aziendali intitolato “Applicazione del CCNL 2002/2005”.

**Sono intervenuti**, con documentate relazioni sui temi caldi contrattuali, i dott.ri R. Cassi, C. Sizia, R. Spampinato, E. Pianese, nonché l'avv. F. Scagliotti.

Si è trattato, praticamente, di una riedizione del I Corso nazionale, integrato da alcune parti sulla comunicazione. Il Corso ha realizzato ottimi risultati e visto la presenza attiva di numerosi Colleghi campani.

Anche il Segretario CIMO-ASMD della Regione Piemonte, dott. Trovato, ha organizzato magistralmente in Torino la riedizione del II Corso nazionale, con accreditamento ECM grazie alla S.P.E.ME., nei giorni 29 e 30 Settembre. Nuovamente viva e motivata la partecipazione dei Colleghi locali, che hanno interagito attivamente con i Relatori (dott.ri Trovato e Spampinato, Prof. M. Poerio, avv. G.C. Faletti). Il Corso ha avuto per tema “La contrattualità sindacale dopo le leggi Bassanini”.

Altri Colleghi, come quelli della Regione Friuli, hanno organizzato Corsi su temi specifici trattati nelle varie Sessioni della nostra Scuola.

Ciò dimostra l'importanza di questa iniziativa ed il coinvolgimento, speriamo sempre più vasto, della base del nostro Sindacato. Un grazie sincero a tutti i Colleghi che con grande impegno stanno promuovendo questo insostituibile strumento formativo, mix di conoscenza e condivisione.

Augurando a tutti un buon lavoro, Vi invio un affettuoso arrivederci, sperando di rinnovarlo di persona in occasione di un prossimo incontro nell'ambito della Scuola di Formazione Sindacale.

Per gli aspetti organizzativi, rivolgetevi pure alla S.P.E.ME. (via Quieta 65, 95128 Catania, tel e fax: 095/430812) e, per gli aspetti alberghieri e relativa prenotazione, alla CIMO-ASMD nazionale (tel: 06/6788404; fax: 06/6780101; e-mail: sede.nazionale@cimoasmd.it).

*G.R. Spampinato*

## notizie e commenti brevi

A fine giugno 2006 il Consiglio dei Ministri del Governo Prodi ha approvato la cosiddetta "manovra-bis" (detta anche manovra d'estate o decreto Bersani), divenuta decreto-legge 4 luglio 2006, n. 223, recante "disposizioni urgenti per il rilancio economico e sociale, per il contenimento e la razionalizzazione della spesa pubblica, nonché interventi in materia di entrate e di contrasto all'evasione fiscale". È un provvedimento che ha lo scopo di migliorare i nostri conti pubblici per 5-6 mld di euro e che comprende un'infinità di norme per: abrogare i minimi tariffari ordinistici delle varie professioni; eliminare alcuni abusi dei sistemi assicurativi e bancari (clausole di distribuzione esclusiva o che fissano prezzi minimi e sconti massimi; modifiche unilaterali sulle condizioni contrattuali bancarie, ecc.); consentire ai Comuni di disporre turni integrativi dei servizi-taxi e bandire concorsi per il rilascio di nuove licenze; liberalizzare le vendite dei medicinali di automedicazione fuori dalle farmacie; eliminare l'obbligo di ricorrere al notaio per i passaggi di proprietà di auto, barche, ecc; vietare la possibilità per i professionisti di incassare compensi in contanti per somme pari o superiori a 1000 euro (sino al 30/06/2007) e poi pari o superiori a 500 euro (dal 1° luglio 2007) ed a 100 euro (dal 1° luglio 2008); ridurre al 36% la detrazione IRPEF sulle ristrutturazioni edilizie; tassare il plusvalore (stock option) realizzato da amministratori e dipendenti come reddito da lavoro dipendente; introdurre novità in materia di rogiti notarili e su IVA ed imposte di registro su cessioni di immobili, ecc. Naturalmente si sono alzate vibrante proteste da parte di tante categorie (specie taxisti, avvocati, farmacisti, ecc.), ma il

provvedimento è andato comunque in porto, con l'immane voto di fiducia, ai primi di agosto 2006. Su questo stesso argomento vedere anche l'articolo dell'avv. Faletti (in altra parte del nostro Giornale) ed il commento, su questo stesso articolo, relativo ad alcune norme di specifico interesse per la nostra categoria, inserite in sede di conversione in legge del decreto in esame.



Il 5 luglio 2006 è stato sottoscritto il CCNL di area medica relativo al II biennio economico 2004 2005, contratto sottoscritto quando il periodo di riferimento per il suo fisiologico vigore era ormai scaduto da 186 giorni. Record negativo di inadempimento, con demerito ugualmente distribuito tra ARAN, Regioni e Governo Berlusconi. Speriamo di non ripetere una tale esperienza contrattuale.



Il 7 luglio 2006 il Consiglio dei Ministri ha approvato il Dpef 2007-2011, sulla base di tre principi ispiratori indicati dal Ministro dell'Economia: sviluppo, equilibrio, equità. In campo sanitario, gli obiettivi saranno quelli di: azzerare il deficit delle Regioni entro il 2009, sostenendo quelle più in difficoltà con un Fondo straordinario; contribuire alla riduzione della spesa tendenziale rispetto al PIL; introdurre forme di compartecipazione ai costi delle prestazioni in tutte le Regioni; rafforzare il sistema di monitoraggio dei LEA; potenziare la medicina di base, sviluppare l'integrazione socio-sanitaria e liberare le risorse per sostenere l'attività di ricerca.

Una strategia di risanamento che, nelle intenzioni del Governo, dovrebbe portare a risultati significativi già a partire dall'anno prossimo, con l'inizio della discesa del debito pubblico ed il ritorno del rapporto deficit/PIL al di sotto del tetto del 3%, fissato dall'UE. Il Dpef ipotizza un quadro di fine legislatura che, nel 2011, prevede un sostanziale azzeramento del deficit (0,1% del PIL), il ritorno del debito sotto il livello del 100% del PIL (99,7%), la ricostituzione di un consistente avanzo primario (4,9% del PIL) ed un tasso di crescita del PIL pari all'1,7%. In quest'ottica, la finanziaria 2007 dovrebbe avere un impatto complessivo di 35 mld di euro, di cui 20 destinati alla riduzione del deficit e 15 allo sviluppo. Naturalmente nessun dettaglio viene fornito per comprendere dove e come si intenda ridurre il deficit. Non datemi del pessimista impenitente, ma più che programmi e obiettivi mi paiono sogni (gli stessi che, all'inizio della passata legislatura, aveva avuto anche il Ministro Tremonti).



Il 9 luglio 2007 l'Italia ha vinto la finale della Coppa del Mondo di calcio, battendo "ai rigori" i cugini francesi (6-4). Gioia sì, ma non esageriamo! Infatti ho la ferma convinzione che senza "calciopoli" (che non è stata propriamente "cosa buona e giusta"), senza gli insulti di Materazzi e senza la "testata" di Zidane, non avremmo vinto. Ed allora grazie alla Dea bendata, che questa volta ci ha davvero baciati in fronte. Amen.



Nella seconda metà di luglio il Ministro della Salute ha occupato abbondantemente le pagine dei Giornali italiani, e non solo per difendersi (imbarazzata) da alcune nomine tecnico-politiche in ambito IRCCS che non sono parse trasparenti nel metodo. Infatti, forse ispirata dal richiamo della "foresta ideologica" di provenienza, ha sentito il bisogno di annunciare un prossimo disegno di legge per inibire ai primari (ospedalieri e universitari), e naturalmente ai capi-dipartimento, l'esercizio della libera professione all'esterno delle strutture pubbliche di appartenenza. Si tratterebbe, evidentemente, di un provvedimento opposto rispetto alla legge 138/2004, che consente oggi l'attribuzione della responsabilità di struttura anche nei confronti dei Collegi non a rapporto esclusivo. Amareggia, nella circostanza, constatare: l'incongruenza di un'inibizione che riguardi una parte sola di categoria (discriminazione); il veleno riversato sulla nostra categoria dall'editorialista de "Il Sole - 24 Ore" Roberto Turno, nonché dai Collegi professori Remuzzi, Veronesi e Garattini (convenienze); l'assordante silenzio del Sottosegretario alla Salute Serafino Zucchelli, già Segretario ANAAO (debolezza). Unica, autorevole "voce libera": Giovanni Federspil su "Il Sole - 24 Ore" dell'11 agosto, pag. 8.



Il 27 luglio ha concluso i suoi lavori l'Osservatorio nazionale bilaterale sui fondi pensioni del pubblico impiego, Osservatorio (in ambito ARAN) di cui faccio parte su designazione CONFEDIR. Il "rapporto finale" dell'Osservatorio è sconcertante: dopo 13 anni dalla "nascita legislativa" della previdenza complementare (D.Lgs. 124/1993), in tutto il pubblico impiego non c'è alcun fondo di previdenza complementare che sia operativo, neppure il Fondo-Scuola Espero, nonostante che il suo atto costitutivo risalga al

13/11/2003. Che pena! Anzi, che vergogna per i nostri politici che hanno sempre definito la previdenza complementare "necessaria ed urgente", in realtà usando solo da paravento per colpire più agevolmente la previdenza obbligatoria.



A fine luglio si è dibattuto intensamente sui giornali "tecnici" a proposito della riduzione media (di circa il 7%) delle pensioni, conseguente ad una eventuale revisione dei coefficienti di trasformazione per il calcolo delle pensioni contributive (revisione periodica già prevista dalla legge 335/1995). Giustamente i sindacati confederali si sono "messi di traverso" rispetto a tale ipotesi, che finirebbe per penalizzare proprio le pensioni che sono già più basse.



Il 29 luglio (con il via definitivo del Senato) è diventato legge l'indulto, istituto che non estingue il reato, ma riduce, cancella o commuta la pena. Il provvedimento è stato approvato con una maggioranza addirittura più alta dei 2/3. Il provvedimento di clemenza prevede uno sconto di pena di tre anni per i reati commessi entro il 2 maggio 2006, compresi i reati finanziari, contro la pubblica amministrazione ed il voto di scambio mafioso. Pare che i "beneficiari" siano circa 20.000. Va bene che le carceri sono affollate, che Giovanni Paolo II avesse invocato "provvedimenti di clemenza", che maggioranza e opposizione si siano date la mano in questa occasione, ma il provvedimento mi pare poco riflettuto ed equilibrato. Ma soprattutto: chi ha pensato alla sicurezza dei cittadini onesti?



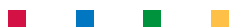
Il 3/08/2006 la Banca centrale europea ha alzato il tasso di sconto della zona euro dello 0,25%, portandolo dal 2,75% al 3%. Come conseguenza saranno più cari mutui e debiti delle famiglie. Dato che l'obiettivo dichiarato del Presidente della BCE, Jean-Claude Trichet, è sempre quello di "assicurare la stabilità dei prezzi nel medio e lungo termine", non è escluso in autunno un nuovo rialzo, sempre che il ritmo di crescita dell'economia europea confermi l'attuale trend positivo.



Con legge 4 agosto 2006, n. 248, è stato convertito in legge, con modificazioni, il decreto legge 223/2006, di cui si è già detto (legge pubblicata sulla G.U. n. 186 dell'11/08/2006, Suppl. ord. n. 183). Qui, oltre alle ormai rituali misure di riduzione della spesa e del turn-over del personale delle pubbliche amministrazioni, nonché di contenimento delle spese (anche delle ASL) per Commissioni, Comitati e altri Organismi, ecc., voglio richiamare due norme di specifico interesse per la nostra categoria: a) l'art. 22-bis, al comma 2, ha introdotto la seguente modifica al comma 10 dell'art. 15-quinquies del D.Lgs. 502/92, e s.m. e i. (comma 10 che era stato introdotto dal D.Lgs. 254/2000 di Veronesi), e cioè che in luogo delle parole "fino al 31 luglio 2006", la possibilità dell'intramoenia allargata viene estesa "fino alla data, certificata dalla Regione o dalla Provincia autonoma, del completamento, da parte dell'Azienda sanitaria di appartenenza, degli interventi strutturali necessari ad assicurare l'esercizio dell'attività professionale intramuraria e comunque entro il 31 luglio 2007". Non è chi non veda nel provvedimento: l'ambiguità di una tale previsione, che tra l'altro espone alle più disparate applicazioni nelle varie realtà del Paese; l'arroganza e la vincolità del Legislatore su materia in larga misura di competenza negoziale delle categorie interessate; l'illusorietà che il complemento degli interventi strut-



turali necessari ad assicurare l'esercizio dell'attività professionale intramuraria possa avvenire "comunque entro il 31 luglio 2007"; b) l'art. 33 della legge 248/2006 che, a proposito di trattenimento in servizio dei dipendenti pubblici, ha (comma 1) soppresso "il secondo, terzo e quarto periodo dell'art. 16, comma 1, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 503". Per chiarezza ricordo che i tre periodi dell'art. 16, c. 1, del D.Lgs. 503/1992 (oggi soppressi) erano stati introdotti dalla legge 186/2004 (di conversione del d.l. 136/2004), mediante i quali si consentiva (a domanda dei pubblici dipendenti interessati, ma con scelta discrezionale da parte dell'amministrazione) di permanere in servizio anche oltre i 67 anni (cioè 65 + 2) e fino ai 70 anni di età (senza però maturare né nuovi benefici economici, né previdenziali). Naturalmente (comma 2 dell'art. 33) i dipendenti pubblici "nei confronti dei quali alla data di entrata in vigore del presente decreto (4 luglio) sia stata accolta e autorizzata la richiesta di trattenimento in servizio fino al settantesimo anno di età, possono permanere in servizio alle stesse condizioni giuridiche ed economiche, anche ai fini del trattamento pensionistico, previste dalla normativa vigente al momento dell'accoglimento della domanda".



Il silenzio del Sottosegretario alla Salute Serafino Zucchelli (già Segretario nazionale ANAAO) sia di fronte al ddl annunciato dal Ministro sulla esclusività secca per i dirigenti medici apicali, sia di fronte all'inadeguata (nei tempi e nei modi) proroga della possibilità dell'intramoenia allargata, mi induce a ritenere: a) che la posizione nel Ministero di Serafino Zucchelli sia molto debole; b) che il neo-Sottosegretario sia stato elevato alla funzione più per ricevere ordini (da far digerire alla categoria) che per fornire consigli e suggerimenti di provenienza categoriale; c) che attendersi da chi abbia "spirito ANAAO" la difesa vera della libera professione medica, sia cosa vana.

Nel Consiglio dei Ministri di fine agosto, il Governo Prodi ha prontamente sconfessato il Dpef 2007-2011 di fresca approvazione, e proprio a proposito della legge finanziaria 2007. L'entità della prossima finanziaria scenderà così da 35 a 30 mld di euro. Infatti la manovra correttiva 2007 del deficit tendenziale era stimata nel Dpef pari a 20 mld (1,3 % circa). Ora, grazie a 5 mld di maggiori entrate strutturali (eredità positiva soprattutto del Governo Berlusconi), la manovra netta del 2007, che serve per ridurre il deficit, può scendere a 16 mld circa. I restanti 14 mld (per 30 mld totali) serviranno invece a finanziarie le misure destinate a produrre maggior sviluppo.

Mentre scrivo (1° settembre) si fa un gran parlare di legge finanziaria 2007. E' certo che saranno colpiti prevalentemente previdenza, sanità e pubblico impiego, ancor più che gli enti locali. Singolare che coloro che accusavano Maroni di "far cassa" con la previdenza (per una riforma che sarebbe iniziata nel 2008), si proponano ora di ottenere risparmi nel settore, già nel 2007, per 3-5 mld di euro. Le ipotesi allo studio sono "da brivido": elevazione dell'età pensionabile già dal 2007, naturalmente in nome "della flessibilità", ma con abbattimenti della misura delle pensioni per quelle di anzianità conseguite prima dei 60-62 anni di età, in attesa forse di cancellare del tutto tale istituto; fusione dell'INPDAP nell'INPS, ecc., ecc. Per fortuna che Bonanni (CISL) ha capito con chi ha a che fare, infatti ha detto "tanto vale tenersi, come male minore, lo scalone-Maroni". Come già con il Governo Berlusconi, di fronte alle "meraviglie" della riduzione delle aliquote IRPEF per i nostri redditi medi, Vi invito con il Governo Prodi a non illuderVi con le promesse della ridu-

zione del cuneo fiscale (se tale riduzione ci sarà), dicendoVi: abbiate pazienza e attendete perché (come già ieri con il Governo Berlusconi, oggi e domani con il Governo Prodi), fatti i conti del dare e dell'avere, dovremo amaramente constatare che ci è stato tolto più di quanto ci è stato dato. Sulle disponibilità per il rinnovo del contratto 2006-2009 del pubblico impiego, incominciano a circolare delle cifre. Per intanto, si parla di 4 mld di euro complessivi: 1 nel 2007 e 3 mld tra il 2008 e 2009. Secondo le stime di CGIL, CISL, e UIL, ne occorrono 5 per il solo biennio 2006-2007. Partiamo veramente con il piede giusto, anche questa volta! Penso comunque che la finanziaria 2007 sarà un frutto molto amaro, forse capace di alterare addirittura gli attuali equilibri politici. Pur essendo vero quel che diceva Gianni Agnelli ("per fare una politica di destra in Italia ci vuole la sinistra al Governo"), credo che Rifondazione Comunista finirà per ridire "non ci sto".



A fine agosto 2006 le navi da guerra ed i militari italiani sono partiti per il Libano, in "missione di pace", sotto etichetta ONU. Il Ministro degli Esteri, D'Alema, è apparso gonfio d'orgoglio e di presunzione. Ho la sgradevole sensazione, tuttavia, che anche quando guardano ai problemi internazionali, la visione dei politici nostrani rimanga provinciale, incapace di alzarsi dalle miserie del "cortile domestico". Ed allora esprimo l'augurio, e prego Dio, perché la missione in Libano abbia più fortuna di quelle in Afghanistan ed in Iraq, affrontate con uguale superficialità, ma mi domando anche: chi disarmerà gli Hezbollah quando i militari italiani-ONU saranno in quella scomoda "zona di interposizione", cioè tra due contendenti non proprio "morbidi", come Israele e gli stessi esponenti del cosiddetto "Partito di Dio"?

Carlo Sizia

# IL DIRETTORE RISPONDE

Carlo Sizia

## Fondo di perequazione sulla libera professione

*Il dott. A.I. ci scrive: "L'art. 57, comma 2, paragrafo i), del CCNL 98/2001 prevedeva di istituire un fondo aziendale da destinare alla perequazione per le discipline mediche e veterinarie che avessero limitate possibilità di esercitare la libera professione intramuraria. Vi pregherei cortesemente di precisare se questo comma, che non è rintracciabile nel testo del nuovo CCNL (2002-2005), sia stato abrogato o mantenuto".*

L'ultimo contratto di area medica (2002-2005) non è intervenuto con novità in materia di libera professione medica (se non per alcuni aspetti relativi alla cosiddetta libera professione aziendale). Come si evince anche dall'art. 60 (Conferme) del CCNL 2002-2005 "restano confermate tutte le norme dei sottoelencati contratti, tra cui (n.d.r.: tra gli altri) il CCNL 8 giugno 2000, quadriennio 1998/2001 per la parte normativa e 1° biennio economico per la parte economica".

Pertanto rimane pienamente operante anche l'art. 57, comma 2, sub. i), del CCNL 8 giugno 2000 ("fondo aziendale da destinare alla perequazione per le discipline mediche e veterinarie - individuate in sede di contrattazione integrativa - che abbiano una limitata possibilità di esercizio della libera professione intramuraria").



## Copertura INAIL per i dirigenti medici in libera professione

*Il dott. F.N. ci scrive: "La mia ASL pone l'obbligo, come da regolamento aziendale, ai propri dipendenti di procurarsi un'assicurazione contro gli infortuni sul lavoro, per l'attività libero professionale. Esiste quindi l'obbligo di assicurarsi contro gli infortuni sul lavoro relativamente all'attività libero professionale?"*



Sovente le ASL, non solo la Sua, richiedono ai propri dipendenti, quando eseguano in extraorario prestazioni libero professionali, di attivare a proprio carico una specifica polizza assicurativa contro gli infortuni.

Ciò premesso, se le ASL non assicurano a proprio carico la copertura INAIL dei propri dipendenti, limitatamente alle prestazioni professionali mediche:

- è evidente che assicurarsi contro gli infortuni sul lavoro diventa praticamente un obbligo per i medici dipendenti che eseguano prestazioni libero professionali (come parimenti è un obbligo, a carico del datore di lavoro e per tutti i lavoratori dipendenti, attivare la copertura INAIL per tutta la durata dell'orario contrattuale di lavoro);

- è inoltre preciso interesse del medico dipendente assicurarsi, quando tale copertura (malattie e infortuni sul lavoro) non sia garantita dalla ASL di appartenenza per la fattispecie lavorativa della libera professione medica (attività extraorario rispetto al rapporto di lavoro dipendente, anche se ad esso collegata), e quando tale attività possa dar luogo a malattie e infortuni sul lavoro.

Non ci sarebbe invece obbligo di assicurazione per gli infortuni sul lavoro solo se si trattasse di libera professione pura a titolo personale, e senza utilizzo di personale ausiliario e di collaborazione, nonché di attrezzature e di apparecchiature di vario tipo (ma questa situazione non riguarda solitamente la libera professione intramoenia, ortodossa o allargata che sia).

Quando si trattasse di pura attività di consulenza specialistica, senza utilizzo di attrezzature, né di personale ausiliario, e priva di qualsiasi rischio, sarebbe la stessa INAIL a non dover assicurare il professionista puro in questione, perché non ci sarebbe alcun rischio da assicurare.

Con i tempi che corrono, tuttavia, meglio eccedere in coperture assicurative, piuttosto che rimanere "scoperiti" sotto qualche profilo di rischio.



## Come e quando coprire i posti vacanti

*Il dott. S.M. ci scrive: "L'Azienda nella quale lavoro ha prima regolarmente bandito (pubblicandolo sulla G.U.) e poi espletato un concorso per dirigente medico di 2° livello di una Unità Operativa Autonoma, al quale ho partecipato anch'io. Dopo circa 6 mesi non è ancora uscita alcuna graduatoria e sono peraltro anche scaduti i sei mesi nei quali l'aiuto anziano ha svolto ufficialmente il ruolo di "facente funzioni" (in verità continua a farlo tutt'ora, anche se in modo ufficioso). Può un'amministrazione tenere in sospeso così tanto tempo un primariato? C'è qualcosa che sia possibile fare per sbloccare la situazione, sindacalmente o legalmente? C'è un termine temporale entro il quale agire prima che il concorso, eventualmente, decada?"*

Ai sensi dell'art. 18 del CCNL 1998/2001 (Sostituzioni, cioè l'istituto che è subentrato alle vecchie "mansioni superiori"), la sostituzione dovrebbe essere consentita solo "per il tempo strettamente necessario ad espletare le procedure di cui al D.P.R. 483 e 484 del 1997". Lo stesso comma 4 dell'art. 18 precisa che la sostituzione "può durare sei mesi, prorogabili fino a 12". C'è tuttavia da dire che le ASL hanno oggi qualche ragione (e altrettanti alibi) per ritardare la copertura del posto di dirigente medico di 2° livello della U.O.A. di cui al quesito, e cioè:

- blocchi alle assunzioni a tempo indeterminato operati dalle leggi finanziarie;
- necessità stringenti di risparmiare (purtroppo anche sul personale);
- convenienza di "lasciare in caldo" il posto a qualche "raccomandato" in arrivo;
- oggettiva convenienza economica, da parte dell'azienda, nello sfruttare un Collega comunque retribuito molto meno di quanto competerebbe ad un responsabile apicale titolare, ecc.

Per sbloccare la situazione si possono certamente fare azioni sindacali (o meglio: politico-sindacali), che spesso sono avversate proprio dal "sostituto" in servizio.

Non vedo invece utili azioni legali, che quasi certamente "darebbero ragione alle ASL", visto l'attuale ordinamento di legge, tutto centrato sulle emergenze economiche del Paese. La validità delle graduatorie concorsuali (si chiamano ancora così, nonostante che non si tratti di vere graduatorie, ma di un elenco di idonei) durano solitamente alcuni anni.

## La corretta retribuzione di posizione del responsabile di struttura semplice

*Il dott. O.A. ci scrive: "Vorrei sapere se 18.115.000 £ è la giusta retribuzione minima che andava corrisposta per un incarico di struttura semplice nel 1998, indipendentemente dalla provenienza carrieristica. La pregherei di fornirmi i riferimenti normativi, perché è in atto un contenzioso con l'amministrazione su questa materia".*

Ai sensi dell'Allegato 1 al CCNL 1996/1997, nonché dell'art. 39, commi 5,6 e 7, del CCNL 1998/2001, la retribuzione di posizione minima dei Colleghi incaricati della responsabilità di direzione di struttura semplice era nel 1998 (ed è ancora rimasta successivamente) di 11.078.000 vecchie lire lorde annuali di parte fissa e di 7.037.000 vecchie lire annuali di parte variabile (totale: £ 18.115.000). Tuttavia non è ininfluente la retribuzione di posizione in relazione allo sviluppo di carriera acquisito nel tempo, in quanto la componente fissa della retribuzione di posizione rimane fissa e immodificabile, dopo il 1° inquadramento operato dai contratti della dirigenza medica. In tali casi pertanto (quando cioè la parte fissa e immodificabile della retribuzione di posizione di partenza sia più bassa di 11.078.000), bisogna operare gli opportuni conguagli (differenze sui minimi) mediante la variabile aziendale, in modo che complessivamente le tre componenti retributive (posizione fissa di origine, posizione variabile di competenza, parte variabile aziendale intesa come differenza sui minimi) raggiungano almeno la quota minima di 18.115.000 vecchie lire lorde annuali (vedere anche esempi allegati al CCNL 2002-2005 di area medica). Quello di cui sopra è il corretto inquadramento economico che compete ai dirigenti responsabili di struttura semplice, essendo acclarato che, a parità di graduazione delle funzioni, la retribuzione di posizione deve essere identica..

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

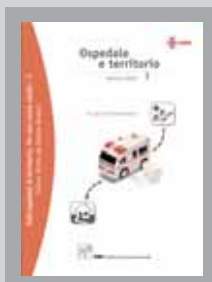
**Segreteria nazionale CIMO-ASMD,**  
Via Nazionale 172 - 00184 Roma Fax 06/6780101  
E-mail: [sede.nazionale@cimoasmd.it](mailto:sede.nazionale@cimoasmd.it)  
si prega di indicare il proprio recapito;  
per una risposta più immediata occorre indicare il numero di fax personale o la propria e-mail.

# DALL'OSPEDALE AL TERRITORIO PER UNA NUOVA SANITÀ

COLLANA DIRETTA DA STEFANO BIASIOLI  
IN COLLABORAZIONE CON



ASSOCIAZIONE  
SINDACALE  
MEDICI  
DIRIGENTI



## 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 246 pagine  
f.to cm. 15 x 21 - brossurato  
€ 12,00



## Le 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 Andreetta, 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

### DI IMMINENTE PUBBLICAZIONE

- La cultura del Clinical Risk Management
- Testo unico dei contratti di lavoro della dirigenza medica e veterinaria del servizio sanitario nazionale



CIC Edizioni Internazionali