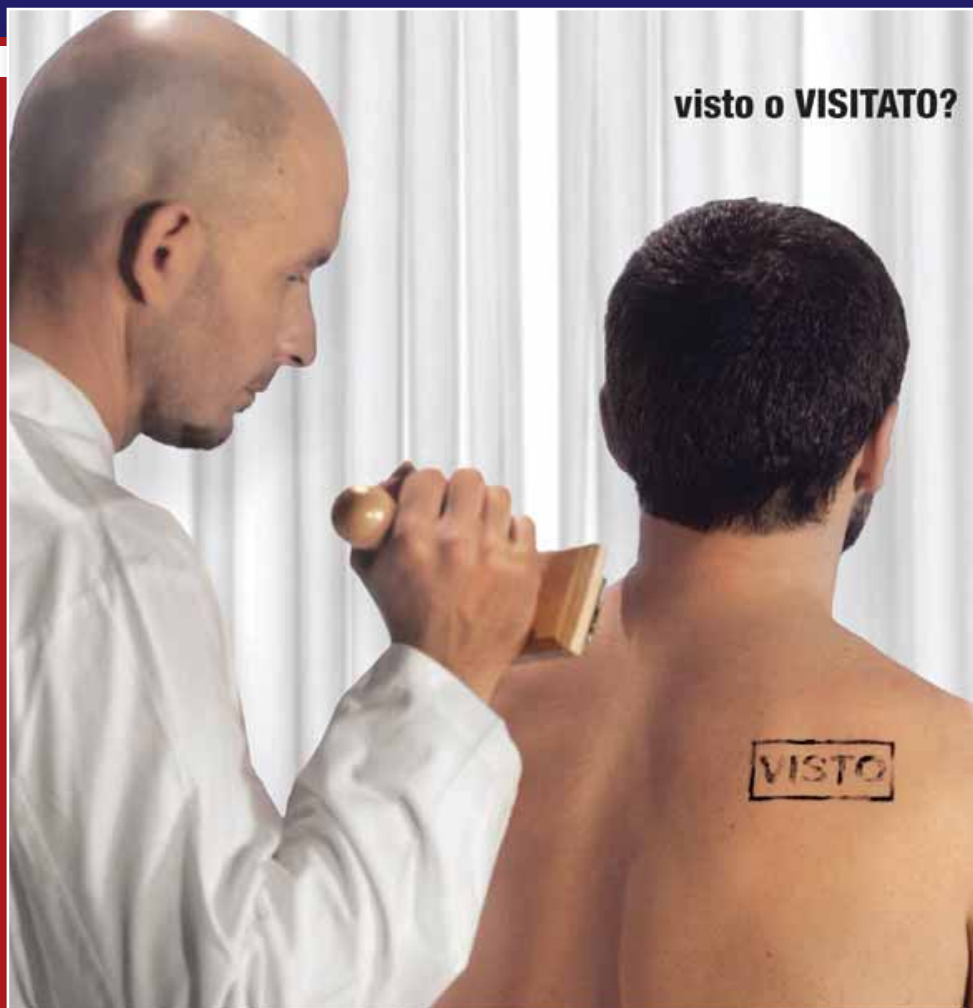


Anno IX - N.3/2011 - Settembre - Trimestrale



IL MEDICO OSPEDALIERO E DEL TERRITORIO



visto o VISITATO?

Auscultare il torace di un paziente è un atto medico elementare, ma essenziale per una corretta valutazione clinica.

Oggi, tuttavia, le priorità gestionali hanno fortemente condizionato l'autonomia del medico e non vorremmo che il rapporto con il cittadino si limitasse ad un semplice atto burocratico.

Questo è il motivo per il quale la CIMO – ASMD rivendica con forza la centralità del ruolo del medico e l'autonomia dell'unica professione titolata alla diagnosi e cura del paziente.

Non permettere che sostituiscano lo stetoscopio con il timbro!

Difendi la tua professione, dai maggior forza alla CIMO – ASMD, unico Sindacato di medici per i medici.

Mentre Tu curi i pazienti, noi ci prendiamo cura anche dei TuoI diritti!

Aderisci a CIMO per scegliere il futuro della tua professione

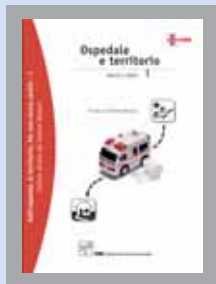
Le esigenze gestionali condizionano sempre di più il rapporto con il paziente. Tutela la specificità della tua professione per garantire ai pazienti un medico che abbia tutto il tempo di prendersi cura di loro. Iscriviti a CIMO, l'unico Sindacato di Medici per i Medici.

CIMO: IL SINDACATO CHE SI PRENDE CURA DEI MEDICI

Per informazioni: sede.nazionale@cimoasmd.it - www.cimoasmd.it



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 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



Il clinical risk management

Stato dell'arte ed esperienze

Davide Roncali

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

**COLLANA DIRETTA
DA STEFANO BIASIOLI
IN COLLABORAZIONE CON**



**ASSOCIAZIONE
SINDACALE
MEDICI
DIRIGENTI**



CIC Edizioni Internazionali

Direttore
Carlo Sizia

Vice direttore
Mario Ferrera

Direttore responsabile
Raffaele Salvati

Collaboratori e consulenti
Rubriche speciali
Umberto Celotto, Maurizio Dal Maso,
Luigi Dal Sasso, Vania Cirese e Giancarlo
Faletti, Mario Ferrera, Enrico Hüllweck,
Carlo Sizia

Comitato di redazione
Carlo Sizia, Mario Ferrera, Stefano Biasioli,
Riccardo Cassi, Carlo Cordella,
Giuseppe Lavra, Guido Quici,
Giuseppe Ricciardi, Paolo Trovato

Produzione editoriale
Antonella Onori
onori@gruppcic.it

Progetto grafico e impaginazione
Daniela Manunza

Area pubblicità
Roma: Patrizia Arcangioli
arcangioli@gruppcic.it

Area marketing e sviluppo
Carlo Bianchini, bianchini@gruppcic.it,
Antonietta Garzonio, garzonio@gruppcic.it
Fabio Regini, regini@gruppcic.it

CIC Edizioni Internazionali s.r.l.
Direzione, redazione e amministrazione:
Corso Trieste, 42 - 00198 Roma
Tel. 06 8412673 - Fax 06 8412688
e-mail: info@gruppcic.it - www.gruppcic.com
Area Nord Italia: Via Matteotti, 52/a
21012 Cassano Magnago - Varese
Tel. 0331 282359 - Fax 0331 287489

Aut. Trib. di Roma n. 709/02 del 30/12/2002
R.O.C.: 6905/28541

Stampa: Ugo Quintily S.p.A., Acilia (Roma)
Finito di stampare nel mese di Luglio 2011

Copia omaggio.
Il giornale viene inviato da CIMO-ASMD
ai propri iscritti.

Ai sensi del Decreto Legislativo 30/06/03 n.196 (Art. 13)
informiamo che l'Editore è il Titolare del trattamento e che
i dati in nostro possesso sono oggetto di trattamenti infor-
matici e manuali; sono altresì adottate, ai sensi dell'Art. 31,
le misure di sicurezza previste dalla legge per garantirne la
riservatezza.

I dati sono gestiti internamente e non vengono mai ceduti
a terzi, possono esclusivamente essere comunicati ai propri
fornitori, ove impiegati per l'adempimento di obblighi con-
trattuali (ad es. le Poste Italiane). Informiamo inoltre che in
qualsiasi momento, ai sensi dell'art. 7, si può richiedere la
conferma dell'esistenza dei dati trattati e richiederne la can-
cellazione, la trasformazione, l'aggiornamento ed opporsi al
trattamento per finalità commerciali o di ricerca di mercato
con comunicazione scritta.

Il contenuto degli articoli ispeziona esclusivamente l'esper-
ienza degli autori. La pubblicazione dei testi e delle imma-
gini pubblicitarie è subordinata all'approvazione della dire-
zione del giornale ed in ogni caso non coinvolge la respon-
sabilità dell'editore.

Ogni possibile sforzo è stato compiuto nel soddisfare i dirit-
ti di riproduzione. L'editore è tuttavia disponibile per consi-
derare eventuali richieste di aventi diritto



CIC Edizioni Internazionali

ASSOCIATO A:

A.N.E.S.

ASSOCIAZIONE NAZIONALE
EDITORIALE PERSONALE SPECIALIZZATA



CONFINDUSTRIA

© Copyright 2011

IL MEDICO OSPEDALIERO E DEL TERRITORIO



ANNO IX (NUOVA SERIE) - N. 3 - SETTEMBRE 2011

Editoriale	
Medici: è ora di tornare ad essere soprattutto dei professionisti	4
Professione	
Professione medica globalmente intesa	6
Un'alternativa praticabile	10
Gestione sanitaria	
Operation Management: nuovi modelli di gestione per risolvere vecchi problemi	12
Rapporto ospedale - territorio	
Come la crisi economica può indurre modalità virtuose di miglioramento	15
Previdenza medica	
Previdenza, provvidenza o assistenza?	18
Pensioni: l'attuale perequazione automatica è inadeguata	20
La parola agli avvocati	
Il rischio clinico da problema ad opportunità	22
La sentenza della Cassazione 10813 sui medici specializzandi: un punto fermo?	26
Cultura	
Prima mostra della serie «Chiuso per un anno»: Jan Konupek	29
La malattia d'amore: medicina e letteratura a confronto	30
Recensioni	
Recensione del libro "L'etica del consenso informato"	32
Sgarbi "benedice" il nuovo libro di Hüllweck	33
L'angolo delle specialità	
Dopo Chernobyl il rischio-cancro riguarda il Giappone	35
Il direttore risponde	37
Notizie e commenti brevi	39
Documenti 3/2011	
La contrattazione nazionale, regionale, aziendale (alla luce delle riforme "Brunetta")	

Medici: è ora di tornare ad es



CIMO-ASMD ha, sin dall'inizio, avversato la riforma "dirigenziale" riconoscendo, non solo, i rischi per la professione e la carriera ma, soprattutto, la perdita di una specifica connotazione professionale di tutti i medici dipendenti del Servizio sanitario. Oggi possiamo affermare che non solo CIMO-ASMD aveva visto giusto, ma che gli effetti di appiattimento economico e motivazionale sono ancora più gravi e devastanti di quanto allora si potesse ipotizzare. La stessa parte pubblica regionale si è accorta della necessità di ricreare una carriera professionale che consenta di valorizzare il medico per le sue capacità tecniche e non solo per le presunte capacità gestionali, peraltro sempre più impossibili da esercitare in un sistema che impone ingenti tagli alle risorse disponibili. In occasione dell'ultimo FORUM PA si è tenuta una tavola rotonda sotto l'egida del Ministero della Salute con la partecipazione di Funzione Pubblica, Regioni, Aziende, ARAN e sindacati, nel corso della quale si è discusso di una carriera non obbligatoriamente orientata sugli aspetti gestionali. Questo perché la "corsa" alla struttura, peraltro concretizzatasi in maniera notevolmente diversa nelle Regioni e nelle Aziende, ha provocato, da una parte, costi e distorsioni e, dall'altra, demotivazione diffusa tra i Colleghi che non si sono visti riconoscere un'adeguata progressione economica e di carriera. Il problema è stato posto dalla parte pubblica proprio su come far sì che gli incarichi cosiddetti professionali possano essere remunerati al pari dei gestio-

nali, cosa che il contratto prevede da sempre anche se è stato necessario doverlo nuovamente ribadire nell'ultimo perché non applicato.

L'evoluzione del dibattito mi ha ulteriormente confermato, se ce ne fosse stato bisogno, che la decisione di CIMO-ASMD di chiedere una radicale modifica dell'attuale stato giuridico del medico è l'unica soluzione possibile.

Le proposte applicative presentate da alcune Aziende, pur rappresentando un tentativo concreto di affrontare il problema, hanno evidenziato una serie di criticità che confermano le perplessità che CIMO-ASMD ha da sempre sul tentativo di imporre al medico uno stato giuridico che non tiene conto delle peculiarità della professione. L'esperienza di questi 15 anni hanno, infatti, dimostrato come la mancata applicazione, da parte delle Aziende, delle norme contrattuali, ha impedito ogni valorizzazione delle capacità professionali.

Personalmente, quindi, non ritengo che possano esistere correttivi all'interno dell'attuale normativa, perché l'errore è nel sistema degli incarichi dirigenziali che per sua natura richiede, a monte, una definizione aziendale degli stessi sui quali poi incardinare i medici.

Il dover affidare un incarico crea un grosso problema alle Aziende, perché un "incarico dirigenziale" non può che essere di tipo "organizzativo". In molte Aziende, quindi, non si affida l'incarico di "chirurgo più bravo ad eseguire interventi laparoscopici", ma, ad esempio, di "responsabile della chirurgia laparoscopica". Ne consegue che, alla fine dell'incarico, è misurato il raggiungimento degli obiettivi aziendali intesi in termini di percentuale di interventi in laparoscopia e non, certamente, gli esiti qualitativi degli stessi o l'aggiornamento alle tecniche più recenti, ed altro. Altre Aziende eludono, invece, il problema non affidando un incarico specifico, ma dividendo gli incarichi in livelli di professionalità (elevata, alta, media, ecc.), molto spesso legati alla sola anzianità di servizio. Alcune Aziende, infine, non hanno assegnato alcun incarico, riconoscendo solo la posizione minima unificata e distraendo le risorse per la variabile verso altri Fondi contrattuali.

Non è un caso che la valutazione cosiddetta "tecnica" preveda, tra i 10 criteri indicati nel CCNL 5.11.2005,

sere soprattutto dei professionisti

Riccardo Cassi

un solo criterio (art. 28, punto c) finalizzato alla valutazione delle capacità professionali, mentre gli altri 9 sono di tipo organizzativo-manageriali. Il D. Lgs. 150 aggrava la situazione con la “valutazione di performance”, che non tiene in alcun conto gli aspetti tecnici del lavoro medico, e di ciò ne abbiamo trovato conferma nella sperimentazione effettuata dalla FIASO.

La principale conseguenza negativa del sistema non è quindi solo il fatto che non si creano prospettive di carriera ai professionisti più bravi, ma che l’Azienda non è neppure in grado di sapere chi sono i medici più competenti, perché per la *mission* aziendale sembra prevale il principio (e quindi da premiare) di essere buoni manager in grado di raggiungere gli obiettivi imposti, piuttosto che buoni medici in grado di fare diagnosi corrette e prescrivere terapie adeguate.

L’evoluzione dei modelli organizzativi delle Aziende (intensità di cura, dirigenza infermieristica, ecc.) stanno modificando radicalmente il ruolo del Direttore di struttura complessa, riducendone, se mai le ha veramente avute, le funzioni manageriali: la gestione del budget è a livello di dipartimento, il personale infermieristico non è legato alla struttura complessa e dipende da altri dirigenti; pertanto l’unico personale che può coordinare è il personale medico.

Il miglior professionista non sempre è il miglior gestore, anzi la necessità di un aggiornamento continuo specifico della propria disciplina su tutte le novità terapeutiche e tecnologiche contrasta con il dover acquisire capacità di tipo manageriale per dirigere strutture complesse e tecnologicamente avanzate o per mediare tra professionalità, ecc.

A mio parere l’unico “dirigente vero” sarà sempre più il Capo Dipartimento, scelto con rapporto fiduciario dalla Direzione, verificato con gli obiettivi, sganciato dalla direzione di un’unità operativa.

Perché allora non ipotizzare di ricreare una carriera con al vertice il medico più bravo, nominato per i suoi requisiti professionali e scientifici, con il compito non solo di coordinare l’attività dei propri collaboratori e di organizzare il loro lavoro perché risponda alla *mission* aziendale, ma anche di formarli, verificarne l’impegno ad aggiornarsi.

Occorre recuperare il buono del passato senza dimenticare che i medici che lavorano oggi nel SSN sono quelli che si sono formati con le vecchie regole ed ora fuggono dal servizio demotivati da un sistema che non ha saputo gratificare il loro lavoro. La stessa nomina discrezionale dei responsabili di struttura ha generato il sospetto di una prevalenza di pressioni politiche rispetto alle effettive qualità.

Naturalmente non sempre è stato così, ma il solo diffondersi di questa idea ha avuto un effetto negativo.

Io penso che sia necessario cambiare, abbiamo due anni di blocco dei contratti che ci consentono di porre rimedio agli errori commessi. Una riforma dello stato giuridico è necessaria e proprio sul precedente numero de “Il Medico ospedaliero e del territorio” è stata pubblicata la proposta CIMO-ASMD, ma, se non ci fossero i tempi, abbandoniamo la follia di un contratto unico “Regioni – Sanità”, istituiamo un’area della dirigenza sanitaria, con all’interno uno specifico settore medico, dove si possa riscrivere il percorso di carriera ed il meccanismo delle valutazioni a cui legare il passaggio a livelli superiori di professionalità.

In conclusione, non incarichi dirigenziali prefissati ma una valutazione professionale continua con verifica periodica tra pari su standard condivisi che consenta di progredire e di conseguire i requisiti necessari per dirigere una struttura operativa. Di contro, la mancata progressione di carriera con obbligo all’aggiornamento, nel caso in cui non si siano mantenuti i requisiti richiesti. Questo è il “governo clinico” che vogliamo.

Riccardo Cassi

Presidente Nazionale CIMO-ASMD

Sul sito nazionale abbiamo inserito un sondaggio. Mandaci la tua opinione cliccando su

<http://www.cimoasmd.it/sondaggi/sondaggio-medico-o-dirigente.aspx>



Professione medica globalmente intesa

Guido Quici

La rivisitazione delle aree contrattuali, unitamente alle recenti disposizioni legislative in tema di pubblico impiego, impongono una seria riflessione sul ruolo del dirigente sanitario, in genere, e del dirigente medico in particolare, alla luce non solo delle norme contrattuali e dei nuovi livelli di responsabilità richiesti nella Pubblica Amministrazione, ma anche dei futuri scenari della sanità in materia di governo delle attività cliniche.

Il comparto sanità occupa, nella dirigenza pubblica, un ruolo di primaria importanza sia in termini quantitativi che qualitativi. I dati che emergono dal Conto annuale 2009 mostrano, infatti, che degli oltre 3 milioni di dipendenti pubblici dello Stato, il numero dei dirigenti è pari all'8,5% e la sanità esprime ben il 46% di tutta la dirigenza della P.A.

Più nel dettaglio dei 141.000 dirigenti del SSN, l'84,3% è rappresentato dai medici e veterinari, il 14,7% dai dirigenti sanitari non medici, tecnici ed amministrativi e l'1% dai direttori generali, sanitari ed amministrativi.

Un ulteriore elemento di riflessione è il percorso formativo della classe dirigente che vede, sempre nell'ambito della Pubblica Amministrazione, il 55,8% dei dirigenti del SSN in possesso di un titolo di studio post-laurea inteso come specializzazione, dottorato di ricerca, master, ecc. Questo perché l'accesso dei medici al SSN può avvenire solo per coloro che sono in possesso del diploma di specializzazione.

Tutto ciò per sottolineare come, in sanità, il dirigente pubblico, soprattutto il medico, ha sviluppato competenze specifiche di elevato valore tecnico attraverso un percorso post-universitario riconosciuto in ambito europeo finalizzato alla prevenzione, diagnosi e cura dei cittadini. In realtà, con la riforma del pubblico impiego, dal D.Lgs. 29/93 al D.Lgs. 150/09, si è passati dal concetto di manager come tecnico specialista esperto di una singola funzione, al concetto di dirigente inteso in senso più ampio, ovvero di colui che dirige le risorse assegnate alla struttura assumendone la responsabilità. In altre parole, alle competenze tecniche sono state aggiunte le capacità tipiche del settore privato intese in termini di "skill decisio-

nali" e di propensione all'assunzione di responsabilità finalizzate al raggiungimento degli obiettivi.

Naturalmente, se tutto questo si identifica con la figura del nuovo dirigente della P.A., per il medico la prevalenza delle competenze tecniche rendono necessaria una diversa collocazione del professionista anche all'interno delle nuove aree contrattuali proprio per la specificità del ruolo.

Occorre, quindi, chiarire, preliminarmente, alcuni concetti e soprattutto quella terminologia che viene, oggi, utilizzata quando parliamo di management sanitario per descrivere ruoli e livelli di responsabilità del dirigente sanitario.

Innanzitutto per **amministrare** si intende avere la capacità di definire gli obiettivi di una struttura e fissare, sul piano strategico, le vie ed i mezzi per raggiungere gli obiettivi prefissati; **dirigere** significa avere la capacità di esprimere poteri decisionali sull'utilizzo delle risorse umane, strumentali, finanziarie e strutturali ai fini del raggiungimento degli obiettivi prefissati dall'organo di governo ed, infine, **gestire**, voler saper mettere in atto metodi e procedure per raggiungere gli obiettivi prefissati.

In termini strettamente professionali ne consegue che, nel primo caso, è configurabile nel ruolo dell'alta dirigenza l'organo istituzionale dell'azienda, ovvero il direttore generale. Questa figura svolge una funzione di raccordo tra l'organo politico e la struttura burocratica, sovrintende al sistema direzionale e organizzativo diventando il centro di coordinamento della dirigenza che gestisce attraverso l'adozione di specifici sistemi operativi quali il sistema di valutazione e retribuzione del personale ed i sistemi di programmazione e controllo.

Nel secondo caso rientrano, invece, tutti i dirigenti a cui è affidata la responsabilità del raggiungimento degli obiettivi prefissati attraverso l'utilizzo delle risorse.

Nel terzo caso sono ricomprese, infine, quelle competenze finalizzate alla implementazione di metodi e procedure che, in sanità, si chiamano protocolli clinico-assistenziali, linee guida, procedure diagnostiche, procedure



interventistiche; in altre parole tutto ciò che rientra nella cosiddetta “**gestione del paziente**”.

Ed, allora se si valuta la tipologia degli incarichi dirigenziali nel nostro SSN si osserva che, ad esempio, tra i dirigenti medici, solo l'8,6% ha assunto un incarico di direzione di unità complessa, al 16,4% è stato affidato un incarico di responsabile di struttura semplice anche a valenza dipartimentale ed al 75% dei medici è stato assegnato un incarico professionale anche di alta specialità o di ricerca o di studio o di vigilanza, ecc. Il dato è particolarmente significativo perché dimostra che gran parte dei medici svolgono prevalenti funzioni tecnico-professionali con elevate capacità specialistiche; viceversa il vero ruolo di dirigente è di fatto “ridimensionato” perché solo pochi sanitari riescono a “governare” le risorse assegnate. In realtà con la sottoscrizione di un contratto per “adesione” il medico assume la veste del contraente più debole nell'ambito di un contesto più generale dove non è ancora ben definita la separazione tra indirizzo politico ed organo dirigenziale.

Ne consegue che l'autonomia del dirigente è fortemente condizionata nei processi decisionali che interessano la gestione delle risorse e l'organizzazione della struttura ma, nel frattempo, aumentano i livelli di responsabilità nei processi assistenziali. Oggi infatti, quando si affronta la tematica gestione del rischio, non è più sufficiente l'autonomia e la capacità del professionista ma diventa fondamentale l'aspetto organizzativo teso a garantire la sicurezza delle cure. È proprio questo l'ambito in cui il medico non ha autonomia decisionale ma riveste un ruolo più marginale rispetto ai processi decisionali di altre figure professionali.

Quali sono, quindi, le differenze tra il dirigente della P.A. e il dirigente medico del SSN ?

In modo sintetico l'art. 17 del D.lgs. 150/09 attribuisce al dirigente pubblico una serie di responsabilità che riguardano: l'attuazione dei progetti e le gestioni con poteri di spesa ed acquisizione delle entrate, la direzione, il coordinamento ed il controllo dell'attività degli uffici, l'individuazione delle risorse e dei profili professionali neces-

sari allo svolgimento dei compiti dell'ufficio, la gestione del personale e delle risorse finanziarie e strumentali assegnate, la valutazione del personale finalizzata anche alla corresponsione delle indennità e dei premi incentivanti. In sanità, invece, diventa difficile uniformare, per tutti i dirigenti sanitari, le competenze previste dall'art. 17; pur tuttavia si ritiene che il vero livello dirigenziale del medico consista nella responsabilità delle scelte diagnostiche e terapeutiche attraverso una corretta gestione delle risorse disponibili.

Ad esempio, in tema di gestione delle risorse umane, il lavoro di equipe si concretizza nella responsabilità del professionista in “vigilando” ed “eligendo”; pur tuttavia occorre ancora definire, di concerto con le altre professioni sanitarie, i livelli di responsabilità legati allo sviluppo delle nuove competenze.

Per quanto riguarda, invece, la gestione delle risorse strumentali il ruolo dirigenziale del medico può esprimersi attraverso il corretto utilizzo della tecnologia sanitaria incluso l'utilizzo di farmaci innovativi. Non a caso, oggi, si parla di health technology assessment, ovvero di “capacità valutativa nel definire il grado in cui una specifica tecnologia medica o una terapia medica innovativa produce un beneficio (efficacia) e non comporta rischi irragionevoli (sicurezza)”.

Infine, per la gestione delle risorse finanziarie, al dirigente medico sono assegnate, in sede di budget, le risorse economiche “virtuali”.

Più incisiva appare, invece, l'azione del medico nella “gestione del paziente” essendo il livello di responsabilità basato sulle scelte decisionali che sottendono all'attuazione dei processi clinico-assistenziali. Ma, anche in questo caso, i vincoli di spesa riducono fortemente l'autonomia del dirigente.

Tutte queste considerazioni tendono, pertanto, a far comprendere l'anomalo ruolo del medico come dirigente della P.A., a meno che non si faccia uno sforzo nel definire un percorso professionale più “sostenibile” che metta in condizione lo stesso medico di entrare a pieno titolo nel governo delle attività cliniche. Da qui la specificità del ruolo medico nell'ottica di un ammodernamento del SSN. In sintesi :

Occorre rivedere i ruoli e le competenze del personale che opera in sanità. Questa necessità è legata, tra l'altro, al lento turn-over dei medici in Italia; al differente percorso formativo tra i professionisti della salute; alla regionalizzazione dei modelli organizzativi che favoriscono, a macchia di leopardo, lo sviluppo di nuove competenze; alla mancata definizione di nuovi livelli di responsabilità tra i professionisti.



ASSOCIAZIONE SINDACALE
MEDICI DIRIGENTI

Scheda adesione nuovi iscritti



Il sottoscritto dott. Cognome.....

Nome.....

luogo e data di nascita

abitante a..... prov cap.....

via n.

tel. casa tel. ospedale

e-mail.....

Codice Fiscale.....

Regione Azienda Sanitaria

Presidio Ospedaliero o Territoriale.....

Qualifica

Specialità di inquadramento:

Reparto o servizio

Chiede l'iscrizione a C.I.M.O.-A.S.M.D. e pertanto autorizza l'Amministrazione ad effettuare sulla propria retribuzione una trattenuta mensile a favore del sindacato per l'importo stabilito dal Consiglio nazionale.

La delega è permanente, salvo personale disdetta scritta.

Ai fini associativi la presente delega ha valore su tutto il territorio nazionale, anche in caso di trasferimento ad altra Azienda Sanitaria.

Data

Firma

CONSENSO

Con la firma sottostante il sottoscritto autorizza altresì C.I.M.O.-ASMD ad utilizzare le informazioni contenute nella presente scheda nel rispetto della D.Lgs.196/2003 di "Tutela della Privacy", per la realizzazione dei propri fini istituzionali ai sensi del vigente Statuto C.I.M.O.-A.S.M.D.

Firma

Oggi il percorso professionale di ciascun dirigente vede il medico assumere un incarico di direzione non prima di 19 anni dall'inizio degli studi universitari, il dirigente sanitario impiega almeno 17 anni e il dirigente delle professioni sanitarie poco meno di 10 anni. Da qui l'esigenza di razionalizzare le modalità di accesso alle strutture universitarie ed alle scuole di specializzazione attraverso una preliminare analisi del mercato del lavoro che dovrà essere correlata ai bisogni assistenziali ed alla domanda di salute. Si ritiene che la formazione specialistica debba completarsi nelle strutture sanitarie (vedi ospedale di insegnamento) per facilitare l'ingresso dei giovani medici nel SSN. Infine le future competenze dovranno essere acquisite in ambito universitario per uniformare i "nuovi saperi" su tutto il territorio nazionale anche attraverso un riconoscimento giuridico che diventa propedeutico alla definizione dei nuovi livelli di responsabilità.

Occorre rivedere le modalità di affidamento degli incarichi vincolandoli alla "meritocrazia". L'affidamento di un incarico dirigenziale deve tenere conto: del percorso formativo del dirigente, incluso l'eventuale attività di affiancamento o tutoraggio; dell'esperienza professionale intesa come anzianità di servizio, della tipologia di struttura o servizio sanitario di provenienza; dell'esperienza sul campo derivante dalla casistica clinica e/o chirurgica e, per gli incarichi di direzione, del possesso di ulteriori requisiti che rientrano nella sfera manageriale.

Occorre rivedere la progressione di carriera. I requisiti richiesti diventano elemento essenziale per la progressione di carriera. Se si vuole veramente coinvolgere il medico nelle attività gestionali occorre che al solo direttore di dipartimento sia affidato un incarico che preveda l'assegnazione di un budget economico non più virtuale e con affidamento di obiettivi di pianificazione finalizzati anche alla rendicontazione della struttura, all'acquisizione delle tecnologie sanitarie, all'organizzazione del dipartimento fino alla valutazione dei dirigenti. Ben diverso potrebbe essere il ruolo assunto dal direttore di unità complessa e dal responsabile di struttura semplice a cui verrebbe affidata la governance della struttura intesa come l'affidamento di obiettivi peculiari quali: la formazione del personale, l'utilizzo di linee guida e protocolli, la prevenzione del rischio clinico e tutte le altre scelte strategiche finalizzate alla "gestione del paziente".

Naturalmente non si può non immaginare una parallela progressione di carriera di natura professionale che valorizzi le capacità tecniche e specialistiche del medico dirigente secondo una progressione di carriera sia orizzontale che verticale.

Occorre rivedere la formazione continua del personale. Una classe dirigente si forma nei processi quotidiani e questo concetto è ben chiaro al medico. È necessario, pertanto, che il dirigente utilizzi gli strumenti formativi in sintonia al proprio percorso professionale. In particolare, per coloro che intendono assumere incarichi direzionali, si ritiene importante la formazione manageriale, l'attività di tutoraggio e l'attività didattica. Viceversa, per chi intende perseguire una carriera di natura professionale i possibili strumenti formativi potrebbero essere l'addestramento, l'inserimento sul campo, il mantenimento o l'acquisizione di nuove competenze ed il re training.

Occorre rivedere la valutazione del personale. La valutazione del dirigente nella P.A. è oggi indirizzata, prevalentemente, verso i "comportamenti" del dirigente piuttosto che verso la specificità della professione. Ne consegue che sono esaltate le relazioni interne, l'attenzione ai bisogni dell'utente, la partecipazione alla vita organizzativa della struttura, la programmazione e gestione delle attività. I risultati dalle prime sperimentazioni condotte dalla Funzione pubblica e dalla FIASO, pur mostrando una buona performance da parte del dirigente medico che risulta essere molto al di sopra del risultato atteso, indicano che, in sanità, il sistema di valutazione deve essere rivisitato proprio per dare maggiore "stimolo" ai comportamenti professionali del dirigente. Ne consegue che, se al medico è affidata la direzione di un dipartimento, la valutazione del dirigente dovrà tenere conto degli obiettivi di efficienza, efficacia, economicità e di gestione delle risorse umane e strumentali. Viceversa, se al medico sono affidati obiettivi di governance, la valutazione deve riguardare l'efficienza clinica, l'efficacia delle cure, l'appropriatezza delle prestazioni, la formazione del personale e l'organizzazione della struttura che dirige. Infine, per gli incarichi di natura professionale, è necessario che la valutazione sia strettamente tecnica e si basi, ad esempio, sulla casistica clinica, chirurgica o sulla adozione di linee guida e protocolli ed altro.

In conclusione è possibile definire il medico come un "dirigente dotato di una forte connotazione professionale e di un'elevata competenza specialistica che opera nell'ambito di un contesto legislativo, quello della Pubblica Amministrazione, le cui regole sono necessariamente di natura generalista". Da qui la necessità di riaffermare la specificità del ruolo medico sia nell'ottica della nuova area contrattuale che del futuro governo delle attività cliniche.

Guido Quici
Vice Presidente CIMO-ASMD

Un'alternativa praticabile

Giancarlo Faletti

Le nebbie che hanno fino ad ora avvolto i contenuti della manovra finanziaria (l'ennesima) che dovrebbe consentire, di qui al 2014, di raggiungere il pareggio di bilancio non si sono ancora diradate ed un testo della manovra (un testo definitivo!) non è ancora disponibile: oc-

correrà attendere, come ormai è prassi, la pubblicazione del decreto legge (sarà un decreto legge?) sulla Gazzetta Ufficiale per verificarne i contenuti e, più ancora, come già preconizzato dal Presidente del Consiglio, occorrerà attendere il maxi emendamento che il Governo proporrà all'esito del dibattito (dibattito?) parlamentare sul quale verrà richiesto il voto di fiducia e, superato quello, un testo di legge.

Certo è che la prassi ha ormai superato da tempo ogni possibile procedura: il Consiglio dei Ministri approva un testo che non conosce; il Parlamento discute di un testo che non sarà quello da votarsi; il Governo espropria la discussione parlamentare proponendo la fiducia! Ma non è di questo che vorrei discutere quanto, almeno in linea di principio, del progressivo abbassamento di ogni livello di sopportazione da parte dei cittadini di questo Paese, ormai talmente esausti e frustrati da non riuscire più neppure a fissare un punto di non ritorno (e, per questo, insuperabile), ad esprimere un lamento accettabile, una flebile protesta, un guizzo di malcelato orgoglio che si traduca nell'espressione "la misura è colma; abbiamo toccato il fondo"!

Per non parlare dell'esperienza di altri, parliamo allora della professione del medico pubblico dipendente. Tre osservazioni ed una riflessione:

La prima: tra i tanti cicalecci che hanno preceduto il varo della manovra finanziaria, ne è circolato uno che voleva fossero introdotte norme a sostegno della liberalizzazione delle professioni, del superamento dell'esame di stato (e di riflesso, degli ordini professionali), della conse-



guente possibilità di esercitare professioni per le quali, oggi, si è soggetti alla disciplina ordinistica, senza sostanziali vincoli di accesso e di controllo sull'esercizio. Per alcune professioni, ciò nonostante, era prevista una deroga: era mantenuta, cioè, l'attuale e vigente disciplina. Tra queste profes-

sioni, spiccava quella degli "autotrasportatori". Non c'erano, invece, i medici!

La seconda osservazione: nella manovra, a valere – si dice – per tutto l'ex pubblico impiego, sarà introdotto il blocco dei contratti per un ulteriore anno (il 2014). In termini assoluti, ciò avverrà a valle di un triennio di blocco già attuale, dopo che sugli stipendi lordi annui superiori a 90 mila euro vige un taglio del 5% (ed un altro sopra la soglia di 150 mila euro); in termini assoluti, la progressione stipendiale si è interrotta e neppure il recupero della inflazione costituisce un simulacro consolatorio. Gli stipendi diminuiscono in termini reali! La terza osservazione: tutti coloro che hanno maturato o matureranno, entro il 2014, i requisiti utili per abbandonare il lavoro onde godere della pensione, non avranno dubbi particolari da porsi. Il degrado dell'esercizio professionale è giunto a livelli così inaccettabili che ogni soluzione alternativa alla permanenza in servizio è senz'altro preferibile. È un dato di fatto ormai noto che i medici manchino e che, in questa carenza, si infilino soggetti di diversa qualificazione. Ciò che, invece, non manca è la richiesta della utenza che si fa sempre più pressante e miracolistica e della asl di appartenenza che deve soddisfare standard professionali che le sono richiesti. Questo vuol dire più lavoro (e più responsabilità) con meno retribuzione.

La riflessione: se i medici vedono assottigliarsi il loro numero, senza che chi si allontana dal servizio sia sostituito; se i medici vedono assottigliarsi la busta paga; se, per contro, i medici vedono aumentare le responsabilità

e scarseggiare la “considerazione sociale” della loro professione, quale può essere una seria alternativa da mettere in campo per recuperare la loro centralità, quantomeno nell’ambito del servizio sanitario pubblico?

La cronaca recente offre due spunti di serissima analisi. Pochi giorni fa, un chirurgo lombardo, chiamato ad intervenire alle prime luci dell’alba in reperibilità, si è presentato in servizio già dolorante, ha eseguito l’intervento e si è accasciato al suolo tradito da un infarto. La notizia è stata pubblicata sui principali mezzi di informazione a testimonianza che le “buone pratiche” (fino al sacrificio della vita) sono ancora argomento esemplare, comportamento eroico, quasi unico e, come tale, da segnalare alla generale riflessione. Un solo pezzo (sul Corriere della Sera) ha evidenziato il senso profondo di quel comportamento: il medico che fa il medico, “solo” il medico. Credo che il recupero del senso e della dignità del mestiere che si svolge quotidianamente sia sintomatico del voler voltare pagina, dell’affermare che – se anche si fosse toccato il fondo – è sempre possibile risalire, del ribadire, con il rispetto di se stessi, che l’unico modello professionale che si può accettare è quello di schierarsi dalla parte di chi sta male. Salvo eccezioni ed il possesso di abilità particolari, il medico sa e deve fare il medico. L’invito, allora, è quello di ritrovarsi condividendo questa parola d’ordine.

È sempre di questi giorni l’avvio, a Ferrara, di un movimento che si definisce Slow Medicine e che si propone di superare la invalsa modalità di intraprendere rapporti con il paziente ristretti a (meno) dell’essenziale (diciotto secondi è il tempo medio che il medico lascia al paziente per raccontare la sua condizione) per offrire al medesimo interventi spesso inadatti, inoppor-

tuni o inefficaci, quando non rischiosi. Il recupero del tempo, il recupero del dialogo, l’alleanza terapeutica che accompagna la terapia con la instaurazione di un proficuo rapporto di comprensione, tale per cui ciò che viene proposto è, nei limiti del possibile, mirato, efficace ed essenziale, oltretutto compreso e condiviso.

Certo, non è nel quotidiano attuale che questa diversa impostazione potrà trovare un terreno di alimento e di sviluppo; non è nel turn over bloccato e nelle prestazioni programmate qualunque sia il numero dei medici presenti che si potrà riqualificare il tempo professionale; non è nei turni sovraffollati o nei riposi negati, nelle ferie cancellate, negli orari senza fine, nelle carenze strutturali o di dotazioni materiali. Ma, per oggi, sarebbe già importante se si potesse cominciare a pensare che un’alternativa esiste e può essere caldeggiata, proposta, percorsa e, financo, praticata (a certe condizioni ed in presenza di certi presupposti).

Non credo e non ho mai pensato che l’abbruttimento di chi si deve occupare della nostra salute sia segno di civiltà; né che dalla mortificazione delle professionalità possa nascere un mondo di tutti uguali dove la sensibilità di ognuno sia una variabile del tutto irrilevante; né che i rapporti umani (che non hanno certamente ed esclusivamente una dimensione salvifica) possano, per tale ragione, essere sacrificati alla logica dei numeri, delle prestazioni, del valore economico delle stesse. Credo e penso che se esiste un’alternativa praticabile, essa non possa che iniziare nel riscoprire il senso della comune appartenenza ad una categoria professionale che ha scritto, nella storia, alcune delle più belle pagine della civiltà.

Avv. Giancarlo Faletti



INTERPRETAZIONE DEI TEST DIAGNOSTICI

Wallach J.

8^a Edizione

Volume brossurato di 1208 pagine
f.to cm 17x24
€ 120,00



CIC Edizioni Internazionali

NOVITÀ
EDITORIALE

Operation Management: nuovi modelli di gestione per risolvere vecchi problemi

Maurizio Dal Maso

Avevamo già visto come il valore in sanità può essere assimilato a *“l’uso adeguato delle risorse dedicate dalla collettività alla sanità secondo criteri di appropriatezza ed efficienza per fornire servizi di elevata qualità garantendo ai cittadini l’accesso e l’equità”*. Dunque questo concetto è connesso a quello di utilità e soddisfazione di bisogni ed è identificabile con il livello di salute raggiunto (e mantenuto) nella popolazione di riferimento, grazie all’azione integrata degli innumerevoli processi clinici e socio-assistenziali che tutti i giorni vengono realizzati nelle strutture sanitarie, processi che sono, appunto, la sequenza strutturata di attività finalizzate a produrre un servizio che ha valore per il cliente finale.

Oggi il valore deriva dalla capacità delle singole organizzazioni di determinare e raggiungere gli obiettivi comuni di salute sulla base della domanda espressa dai pazienti, selezionando i prodotti corrispondenti alle loro esigenze. Il valore nasce, anche, dalla capacità di riconoscere la diversità della domanda e di modificare comportamenti professionali ed organizzativi sulla base dell’evoluzione della offerta e la capacità di trasformarsi in un sistema sempre più integrato. Si potrebbe anche ipotizzare che il futuro del SSN passerà necessariamente dalla risposta che si fornirà circa l’appropriatezza dell’assistenza, l’accessibilità, l’equità, il riconoscimento della diversità e della disparità ma, soprattutto, dalla capacità di generare un loro nuovo equilibrio per raggiungere quello che si potrebbe definire un sistema sanitario personalizzato universalista e pubblico, ma in grado di fornire non più parti uguali a tutti ma parti adeguate al bisogno di ciascuno in un’ottica di giusta ed equa accessibilità alle opportunità. È quindi più che mai necessario un ampio dibattito culturale, sociale e politico in grado di elevare la visione etica del sistema nella ricerca dell’equilibrio di una pluralità di esigenze ed interessi leciti.

Per raggiungere questi obiettivi dovremo risolvere diversi problemi organizzativi e gestionali nella produzione dei servizi ospedalieri e territoriali. Il punto attuale è critico perché dovremo, a tutti i livelli decisionali, coordinare una serie di azioni che abbiano due obiettivi prioritari, che potremmo sintetizzare nello slogan *“more from less for more because time is out”*. Ciò significa fare davvero quello che avremmo dovuto fare nei precedenti 20 anni senza sperare in ulteriori rinvii, pena l’implosione del sistema sanitario così come è concepito oggi e, soprattutto, dovremo lavorarci tutti, ognuno per la specifica competenza e responsabilità professionale, con un unico fine condiviso, ovvero il raggiungimento dell’erogazione di prestazioni di qualità, sempre più a misura del singolo utente e, contemporaneamente, curare il contenimento dei costi, l’ottimizzazione dell’uso di tutte le risorse, la compressione dei tempi di risposta e l’aumento della flessibilità della gamma dei prodotti e dei servizi offerti. Tutto questo richiederà necessariamente alle organizzazioni sanitarie di ottimizzare le “operations” interne. Sarà richiesto inoltre di superare le tradizionali barriere aziendali e di integrarsi sempre di più, e meglio, con i diversi stakeholder per capire in anticipo e soddisfare rapidamente e in modo ottimale le giuste aspettative degli utilizzatori finali.

Tutto ciò appartiene a quello che oggi viene definito Operation Management (OM), ovvero al processo di progettazione, realizzazione e miglioramento dei sistemi che all’interno di un’azienda erogano i servizi secondo la logica classica del processo di produzione: input ⇒ (process) ⇒ output ⇒ outcome.

Interessa quindi l’analisi, il disegno, la pianificazione e il controllo di tutte le tappe necessarie per la fornitura di un servizio al paziente ed è definito “operation” perché ha a che fare con le “operazioni”, ovvero con tutte le attività che trasformano uno o più *input* in *output* creando e aggiungendo valore.



Nel mondo della produzione industriale interessano aree diverse quali, ad esempio, production planning and control, distribution management, supply chain management, operations strategy, ICT ed *e-business*, marketing, human resources, Quality e Project management. Sono aree già presenti anche in tutte le organizzazioni sanitarie anche se non rappresentate in ugual modo nei classici organigrammi aziendali.

Le aree di riferimento dell'OM sono essenzialmente quattro e sono tra loro connesse: la progettazione (quantità e qualità degli output, i beni strumentali, le relazioni e i rapporti fra le diverse unità produttive interne ed esterne all'Azienda), l'organizzazione (compiti organizzativi e fabbisogni formativi, selezione del personale, motivazione e sviluppo dei sistemi premianti), le operazioni (analisi dei processi e della macroattività, verifica delle prestazioni e delle diverse performances e sviluppo di indicatori non finanziari) e, infine, il budgeting (misure quantitative, equilibrio e economicità aziendale, struttura patrimoniale). Queste nuove leve organizzative dovranno essere maggiormente conosciute

e gestite perché i risultati di miglioramento atteso in molte attività sono ancora lontani dall'essere stati stabilmente raggiunti. Infatti, osservando il rapporto SDO 2009 del Ministero della Salute, appare chiaro quanto sia necessario migliorare rapidamente alcuni aspetti essenziali e primariamente professionali e quanto sia altrettanto necessario lavorare sui processi di produzione al fine di ottimizzare l'uso delle risorse sempre più limitate e controllate per mantenere al più alto livello possibile la quantità e la qualità delle prestazioni erogate tutti i giorni dalle Aziende sanitarie.

Il documento preliminare sul Piano Sanitario Nazionale 2010-2013 prevedeva alcuni punti di azione e di intervento prioritari:

centralità delle cure primarie e riconversione progressiva dei piccoli ospedali;

riorganizzazione delle reti ospedaliere regionali: l'ospedale per acuti viene chiamato a svolgere prestazioni di alta complessità in tempi coerenti con la gestione della fase acuta della patologia e facendo permanere il più possibile il paziente al proprio domicilio;

l'ospedale deve essere messo in rete con altre strutture di differente livello al fine di consentire che le prestazioni particolarmente complesse vengano erogate in centri specializzati individuati dalla programmazione regionale;

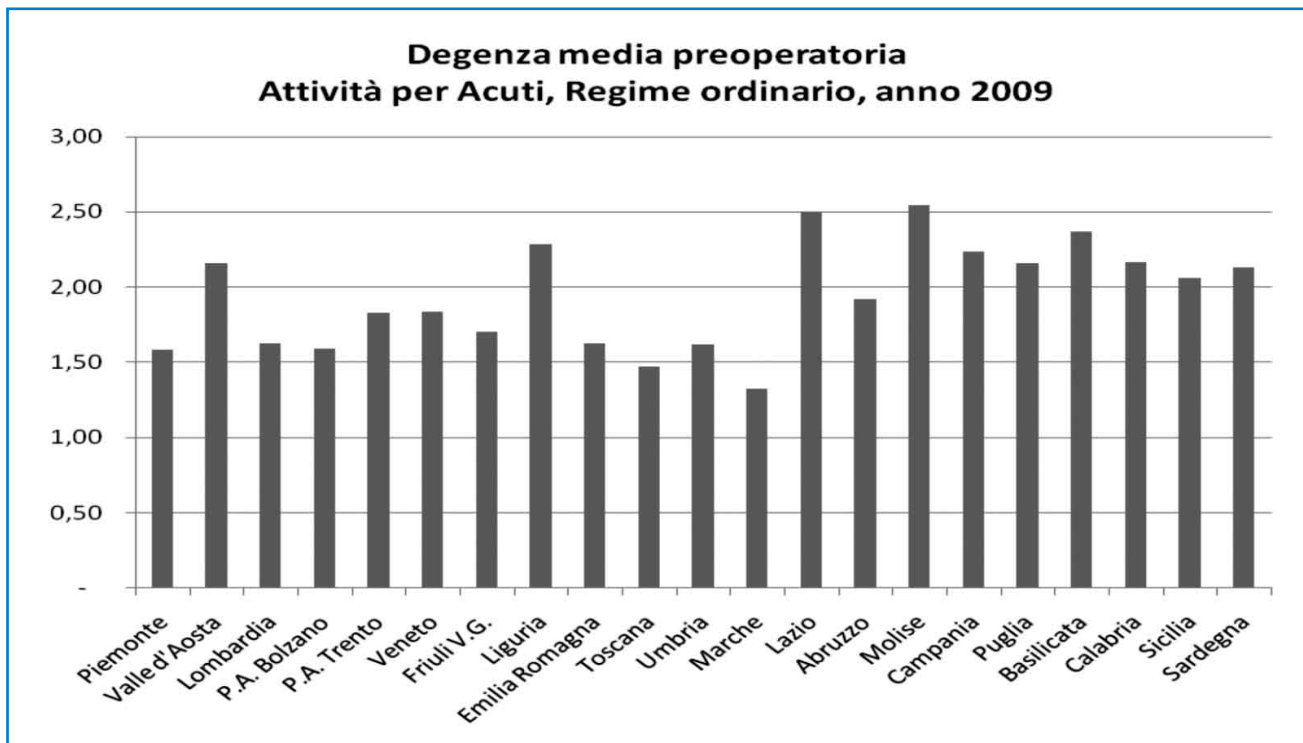
passaggio delle prestazioni inappropriate dal regime di ricovero a regimi erogativi diversi.

L'impatto economico collegato all'erogazione appropriata delle prestazioni dovrebbe consentire di spostare risorse in settori dell'assistenza ancora non adeguatamente coperti.

Nella Tabella 1 sono riportati i dati di attività ospedaliera nel periodo 2007-2009.

Da un punto di vista generale l'area ospedaliera sembra in linea con gli obiettivi attesi, ovvero si opera in diver-

Tabella 1	2007		2008		2009	
	dimessi	%	Dimessi	%	dimessi	%
Regime ordinario						
DRG medico	4.906.258	42,85	4.784.364	42,68	4.605.056	42,76
DRG chirurgico	2.966.309	25,91	2.937.459	26,20	2.980.213	27,67
Day Hospital						
DRG medico	1.969.279	17,20	1.869.552	16,68	1.739.623	16,15
DRG chirurgico	1.606.829	14,04	1.619.508	14,45	1.444.604	13,41
Totale	11.448.675	100,00	11.210.883	100,00	10.769.496	100,00



si regimi di ricovero secondo le reali esigenze cliniche degli utenti con tempi medi di ricovero che si accorciano ma, se andiamo a vedere in dettaglio (Tab. 2), scopriamo che abbiamo ancora un tempo medio di ricovero pre-operatorio alto e comunque migliorabile. Ecco dove nuovi strumenti di gestione, come l'operation management e la lean organisation, potranno essere utilizzati con buone aspettative di successo per le Aziende sanitarie e per gli utenti.

Il valore della degenza media pre-operatoria nazionale è pari a 1,88 giorni e in 10 Regioni ci sono margini oggettivi di miglioramento.

Il miglioramento continuo delle prestazioni dipende solo dalle Direzioni aziendali? Ovviamente no, infatti il vero punto dove si crea il valore atteso per l'utente è quello dove i professionisti e i cittadini si incontrano e tali luoghi sono sempre ed inevitabilmente lontani dalle aree di azione delle direzioni aziendali. Ecco perché nuovi strumenti di innovazione gestionale devono essere individuati dalle direzioni ma rapidamente illustrati, discussi, condivisi e quindi applicati dai professionisti in una logica di azione multidisciplinare e di innovazione gestionale, che appare essere l'unica capace di garantire il miglioramento del livello complessivo della performance delle strutture ospedaliere.

Maurizio Dal Maso

**Esperto CIMO-ASMD in materia di Qualità e Organizzazioni sanitarie*

Come la crisi economica può indurre modalità virtuose di miglioramento

Chiara Marangon - Luigi Dal Sasso

La crisi economica ha interessato e coinvolto tutti i Paesi del mondo e ha messo in discussione logiche e sicurezze che avevano guidato i comportamenti degli ultimi decenni. Evidentemente anche il mondo dell'assistenza sanitaria e sociale è stato pesantemente interessato.

Già da tempo tutti noi operatori eravamo coinvolti in ragionamenti tesi a migliorare l'appropriatezza della richiesta (e della erogazione) delle prestazioni, per utilizzare al meglio le risorse messe a disposizione dal sistema a fronte di una domanda sempre crescente ed esigente.

In questo contesto storico le Regioni – che da anni si misuravano con “Patti di stabilità” - hanno chiesto alle singole ASL di elaborare piani annuali / pluriennali di pianificazione delle attività tese assolutamente a pareggiare i bilanci aziendali. Anche se l'appellativo suona poco elegante, si tratta di veri e propri “piani di rientro” delle attività e dei costi sostenuti.

La situazione è senz'altro difficile. Però come in tutte le situazioni critiche, la nostra proverbiale fantasia o il “fare di necessità virtù” deve indurci a pensare a soluzioni innovative che, in condizioni di normalità e tranquillità economica, mai avremmo osato avanzare.

E questa condizione ora diventa una scelta obbligata, perché – pensiamo – nessuno ritiene che gli anni che stiamo attraversando siano tranquilli e sereni ed è pertanto necessario pensare a soluzioni alternative prima che queste ci vengano imposte dagli eventi.

Prendiamo forza e convinzione anche da una massima di Albert Einstein che recita “Insanity is doing the same things over and over again and expecting different results”.

Al Seminario invernale CIMO di S. Martino di Castrozza, nel marzo di quest'anno, abbiamo avanzato alcune proposte da valutare in questo triennio di pausa contrattuale, per condividerle poi al momento della ripresa dei negoziati contrattuali anche con le altre sigle sindacali.

Il primo ambito di ragionamento riguarda il **governo delle “cure intermedie”**. Si definisce con questo termine tutto l'ambito territoriale di assistenza residenziale e specialistica ambulatoriale che si sviluppa nello spazio che va dall'Ospedale al domicilio del paziente. È l'ambito costituito dalle case di riposo (ora più correttamente chiamate “centri servizio” per la molteplicità di servizi erogati), dalle RSA (residenze sanitarie assistite), dall'Hospice, dagli Ospedali di Comunità, dai centri per la cura dell'Alzheimer, per gli Stati Vegetativi Permanenti e da tutte le formule assistenziali nuove e originali sorte per necessità negli ultimi anni.

Precisiamo, per chi non lo avesse ben chiaro, che oggi il numero dei posti letto accreditati per persone non autosufficienti in queste strutture intermedie è ben maggiore del numero dei posti letto ospedalieri (acuti più lungodegenza). Per dare una misura di riferimento, in Veneto il numero di posti letto ospedalieri per acuti è di poco inferiore a 20.000 mentre i posti letto per ospiti non autosufficienti extraospedalieri sono circa 27.000.

Precisiamo queste cifre per evidenziare come oggi sia molto importante dirigere l'attenzione gestionale e professionale anche in questi ambiti di assistenza, fino a poco tempo fa non interessanti per il medico squisitamente ospedaliero, che considerava diminutiva una occupazione, seppur parziale, in ambiti di questo genere.

Però ora sono cambiate molto le condizioni rispetto a solo pochi anni fa. Gli ospedali devono dimettere sempre più precocemente e contenere la durata media di degenza. Le persone che non possono essere assistite al proprio domicilio trovano ospitalità in queste strutture “intermedie”. La qualità dell'assistenza non è certamente inferiore e l'impegno professionale del clinico è comunque e senz'altro degno di rilievo.

Questo ambito di cura è ora assicurato solo dai medici di medicina generale. Questi Colleghi sono senz'altro motivati e competenti, però l'elevata complessità dei casi accolti negli ultimi anni richiede una competenza

diagnostica e terapeutica e una manualità di interventi che non sempre il medico di medicina generale è in grado di assicurare.

Tutta questa premessa per introdurre la proposta di permettere l'accesso a questi complessi luoghi di cura anche ai medici ospedalieri che fossero interessati e che hanno le competenze. Pensiamo a tutte le figure di medico dell'area medica che potrebbero avere problemi fisici per continuare ad assicurare la guardia nel proprio reparto o che desiderano provare esperienze professionali diverse. Queste soluzioni (la cui applicazione contrattuale deve trovare adeguata attenzione) possono creare spazi di assunzione e stabilizzazione di giovani medici in ospedale, oltre ad avvicinare fisicamente il medico ospedaliero e il generalista. Il lavorare a stretto contatto, facilita la conoscenza e riduce le diffidenze che reciprocamente abbiamo.

Attualmente, le forme contrattuali sono diverse per le due categorie mediche, però la promiscuità porterà obbligatoriamente, in un futuro non lontano, a discutere in un tavolo contrattuale unico le condizioni di lavoro e il trattamento economico da riservare a medici che prestano lo stesso servizio.

Tutto ciò nell'attesa che maturino i tempi in cui anche i medici di medicina generale potranno arrivare alla dipendenza.

La proposta appena presentata avrebbe "costo zero", come appare efficace dire oggi, perché il numero dei medici impegnati per l'assistenza in queste strutture rimane invariato. Varia il fatto che con l'abbandono del servizio da parte di un medico, in futuro si propone di consentire il reintegro non solo al medico di medicina generale, ma anche al medico ospedaliero.

Una seconda proposta/provocazione che azzardiamo avanzare riguarda un **diverso utilizzo dei medici di continuità assistenziale (guardia medica)**.

A sostegno di ciò che proporremo tra breve, anticipiamo alcuni dati. Nella nostra ASL (dimensioni medio piccole, 185.000 abitanti, dispersa su un territorio con ampi ambienti montani) è organizzato il servizio di guardia medica su cinque sedi e si assicura il servizio con 29 medici. Nel corso del 2010 i medici hanno erogato 46.650 ore di attività e hanno ricevuto 24.000 chiamate per intervento (compresi gli interventi risolti anche solo con consulto telefonico). Vale a dire che è stato richiesto mediamente un intervento ogni due ore di presenza in servizio.

Lasciando da parte tutte le considerazioni sul costo della singola ora di servizio e il costo finale di un caso assistito, vale senz'altro la pena di pensare ad un diverso utilizzo di una risorsa così importante per il Servizio Sanitario.



Mentre nei servizi di Pronto Soccorso siamo alle prese con quotidiane difficoltà di dare risposte alle domande sempre in aumento della popolazione, anche per richieste che non richiedono un soccorso "pronto", perché per i medici di continuità assistenziale non vengono pensati modelli organizzativi che prevedano una collocazione nei servizi di Pronto Soccorso o in stretta contiguità per prestare assistenza ai casi con codice bianco e verde e lasciare più tempo al Collega pronto soccorrista per i veri casi urgenti? L'idea oggi non viene presa in considerazione perché alla realizzazione di una rete efficace ed integrata di primo soccorso si antepone la difficoltà di mettere insieme Colleghi con due diversi contratti, dipendenza e convenzione, e per non confondere le responsabilità medico-legali degli stessi. Tutto vero. E quindi, se questi sono gli ostacoli, lavoriamo per trovare il rimedio formale, però non perdiamo l'occasione per cercare soluzioni accettabili per tutti, affinché una risorsa che esiste già ed è strutturata in maniera omogenea in tutta Italia (il servizio di continuità assistenziale) possa venire adeguatamente utilizzata in questo particolare momento di carenza di risorse aggiuntive.

Si può, anzi, aggiungere che questa soluzione offre una preziosa opportunità di formazione pratica sul campo ai medici di continuità assistenziale, formazione che nessun



corso teorico può dare. Quale altro luogo può offrire una casistica così vasta come un Pronto Soccorso? Con l'aggiunta della vicinanza del Collega esperto che ti può aiutare nel dubbio. Anche questa proposta ha "costo zero". Una terza proposta/provocazione è la richiesta ai **medici di medicina generale**, ora organizzati sempre più nelle forme associative della medicina di gruppo, nella logica della migliore continuità assistenziale di **assicurare a turno, all'interno del loro gruppo, l'assistenza notturna e nei giorni festivi**. Sarebbe questa la vera garanzia del mantenimento del rapporto fiduciario tanto invocato e difeso. Sia chiaro, come per i medici ospedalieri cerchiamo forme contrattuali che consentano la riduzione del carico di lavoro notturno, per i medici più anziani o cagionevoli di salute, per occuparli più utilmente in altre attività diurne, così deve essere assicurato e richiesto anche ai medici delle medicine di gruppo. Non capiamo questa aprioristica esclusione dal lavoro notturno del medico di medicina generale, ora che le forme associative della medicina di gruppo rappresentano il futuro nelle intenzioni del legislatore.

La quarta e ultima proposta azzardata è di considerare caldamente la possibilità di **sostituire le assenze per maternità** come principio scontato, evidente, irrinunciabile. Le ragioni sono presto (e semplicemente) spiegate. Nel

Servizio Sanitario Nazionale il personale dipendente è per due terzi femminile e la percentuale è destinata ad aumentare nel prossimo futuro. Come società ci lamentiamo perché le nostre famiglie "fanno pochi figli". Ma per le donne medico è obbligatorio attendere il posto in ruolo per fare i figli in quanto la specialità non tutela la maternità (bisogna recuperare il tempo "perduto" per la gravidanza). E lo dimostrano i dati delle numerose gravidanze a qualche mese dall'assunzione.

Finché il costo della sostituzione per maternità ricade sul costo del personale del Fondo sanitario regionale ed aziendale, ciascun direttore generale verifica bene la tenuta dei conti prima di autorizzare una assunzione a tempo determinato per sostituzione di maternità. E quando va bene resta da verificare se si trovano professionisti disposti ad una sostituzione per un tempo determinato, ora che il personale scarseggia e i candidati scelgono altre opportunità a tempo indeterminato.

La proposta consiste nel trasferire il costo delle sostituzioni per maternità in capo all'INPS, sgravando le ASL da questo onere. È la situazione parallela alla creazione della cassa integrazione per chi rimane senza lavoro. D'altro canto, in una ASL il numero di gravidanze annue è abbastanza costante. Sarebbe sufficiente autorizzare l'assunzione di quel numero di persone oltre la "dotazione organica" prevista.

Ci rendiamo conto della non scontata condivisione di queste proposte (per brevità di spazio ci limitiamo a queste, ma molte altre iniziative potranno trovare seguito). La nostra proposta non vuole avere la presunzione di dire cosa è giusto fare. Vogliamo però approfittare del momento di vacanza della discussione contrattuale e della contemporanea crisi economica per prendere tutto il tempo che serve e discutere tra noi e con le altre sigle sindacali anche di proposte azzardate.

Riteniamo altresì che non si possa più andare ai tavoli contrattuali con proposte isolate e non concordate anche con la parte territoriale. Anche se l'auspicio CIMO di arrivare ad un unico contratto di dipendenza per tutti i medici del SSN per ora rimane solo una pia illusione, almeno si realizzi la costituzione di un tavolo contrattuale unico per la discussione di argomenti di interesse trasversale tra l'Ospedale e il Territorio. Solo così si potranno trovare soluzioni uniformi per l'impegno ed equamente valutate sul piano della retribuzione.

*Dott.ssa Chiara Marangon,
CIMO-ASMD Arzignano (VI)*

*Dott. Luigi Dal Sasso,
CIMO-ASMD Arzignano (VI)*

Previdenza, provvidenza o assistenza?

Carlo Siza

Partiamo dal dizionario della lingua italiana e dalla Costituzione per qualificare, dal punto di vista dell'assetto istituzionale, cosa sia la pensione, quantomeno quella dei lavoratori dipendenti, non le pensioni "regolate", negli anni '60, '70 e '80 di follia politica, a cittadini senza una base di contribuzione previdenziale alle spalle.

Secondo l'art. 38 della Costituzione (2° comma) "I lavoratori hanno diritto che siano preveduti ed assicurati mezzi adeguati alle loro esigenze di vita in caso di infortunio, malattia, invalidità e vecchiaia, disoccupazione involontaria". E, ai sensi del 4° comma dello stesso articolo, si stabilisce che "Ai compiti previsti in questo articolo provvedono organi ed istituti predisposti od integrati dallo Stato".

Secondo il dizionario Sandron per **Previdenza sociale obbligatoria** si intende l'insieme delle attività che lo Stato svolge a favore dei singoli cittadini-lavoratori, facendo gestire ad organi ed istituti competenti varie forme di assicurazioni sociali (invalidità e vecchiaia, malattia, infortuni sul lavoro), mediante contributi dei cittadini-lavoratori stessi, tratti dalla loro busta-paga.

Secondo lo stesso dizionario per **Provvidenza** (non nel senso religioso della divina provvidenza) si intende un avvenimento favorevole (o provvedimento temporaneo e straordinario) che viene inaspettato a soccorrere chi versa in particolari momenti di bisogno e necessità.

Infine per **Assistenza** si intende una serie di attività, di natura materiale o spirituale, che consistono nell'attendere con una serie di aiuti, di premure assidue e di cure a chi soffre, sollevandolo con l'opera e/o la presenza.

Quindi la pensione è un diritto che si matura dopo una vita di lavoro, nasce dalla busta-paga attraverso contribuzioni a valore reale, vera e propria retribuzione differita, sulla base di un contratto sociale che lega lavoratore e datore di lavoro con lo Stato in funzione di garante sulla base di principi costituzionalmente tutelati.

La pensione esige, per sua natura, certezza e sicurezza (cose che, con le regole attuali, non possono essere garantite dalla previdenza complementare), quindi non è né assistenza, né beneficenza, né elemosina, ma pura

e semplice previdenza. Tuttavia, ciò nonostante, negli ultimi 20 anni, i Governi ed i Parlamenti che si sono succeduti:

- hanno accresciuto i contributi previdenziali, ridotto le prestazioni pensionistiche ed appesantito il carico fiscale sulle stesse;
- hanno elevato i requisiti contributivi per le pensioni di vecchiaia; hanno perequato le pensioni in godimento una sola volta all'anno (anziché due) e con riferimento esclusivo al costo della vita (anziché anche alla dinamica salariale dei lavoratori attivi) (Amato, 1992);
- hanno penalizzato a più riprese le pensioni di anzianità, nella loro misura o attraverso l'inasprimento dei requisiti di accesso (Amato, Dini, Prodi, Maroni);
- hanno introdotto finestre e quote per creare momenti di pausa obbligatoria tra maturazione dei requisiti ed accesso concreto alle pensioni, fino alle ultime finestre, uniformate ed allungate a 12 mesi, di Tremonti-Sacconi;
- hanno introdotto il sistema contributivo per gli iscritti dal 1° gennaio 1996, istituito la Gestione separata presso l'INPS per gli ex parasubordinati, penalizzato le pensioni di reversibilità, la cui aliquota, già ridotta rispetto alla pensione diretta, è stata falciata sulla base del reddito del beneficiario superstite (Dini 1995);
- hanno introdotto, accanto alla previdenza pubblica obbligatoria, la previdenza complementare, a sua volta articolata in complementare negoziale (secondo pilastro) e complementare individuale (terzo pilastro) (Amato, Dini, Maroni, intervenuto quest'ultimo con il D.Lgs. 252/2005 per la sola previdenza complementare dei dipendenti privati, non di quelli pubblici). E tutto ciò nonostante che la nostra Costituzione non prevedesse alcuna tutela in materia di previdenza complementare, limitandosi a stabilire (5° comma dell'art. 38) che "L'assistenza privata (termine usato qui in senso lato perchè l'articolo si interessa di assistenza e previdenza) è libera";
- hanno abbattuto i meccanismi di calcolo, e quindi i

rendimenti delle pensioni medio-alte, con contemporanea calmierazione dell'indicizzazione delle pensioni in godimento di valore medio-alto (Prodi e D'Alema, 1996 e 1998), fino all'insulto ai pensionati (Damiano-Prodi 2007) dell'azzeramento dell'indicizzazione 2008 per le pensioni di importo superiore



a 8 volte il minimo INPS (3.539,72 €/mese lordi), hanno deciso la costosa trasformazione dello "scalone" Maroni sulle pensioni di anzianità in scalini più gradualità;

- hanno elevato l'età pensionabile delle donne pubbliche dipendenti da 60 a 65 anni, reso flessibile in prospettiva l'età pensionabile di tutti i lavoratori sulla base dell'aspettativa di vita, peggiorato i coefficienti di trasformazione delle pensioni contributive, trasformato la liquidazione dei pubblici dipendenti da IPS in TFS, ma secondo le regole del TFR dei dipendenti privati, pur trattandosi di istituti tuttora diversi, scaglionato infine nel tempo i benefici della liquidazione, pur trattandosi di "diritto perfetto" (Tremonti, Sacconi, 2010 e 2011).

Unico provvedimento positivo, in tanto scempio, l'eliminazione del divieto di cumulo tra godimento pieno della pensione e lavoro autonomo o dipendente.

Insomma, di tutto e di più, in senso peggiorativo, a danno delle pensioni e dei pensionati, intervenendo tra l'altro:

- con strumenti legislativi impropri e disorganici (leggi finanziarie, leggi di delega, i cui principi venivano regolarmente aggirati o contraddetti nei decreti attuativi, leggi di riforma del pubblico impiego, collegato-lavoro, ecc.);
- calpestando diritti acquisiti, creando discriminazioni e lasciando nel contempo privilegi (su tutti quelli di cui godono i dipendenti della Banca d'Italia ed i Parlamentari), a dispetto dell'asserita volontà di omogeneizzare il sistema;
- usando il sistema previdenziale quasi fosse uno strumento fiscale per riequilibrare i redditi, nel completo silenzio della Corte Costituzionale (in particolare con la sentenza 316/2010), attenta a servire la politica ed i Partiti, dimentica del suo compito: garantire il rispetto dei principi costituzionali.

In questo quadro deprimente, che cosa può-deve fare la FEDER.S.P.EV., senza escludere naturalmente l'impegno sintonico dei sindacati medici? (Inutile sperare nei sindacati confederali, complici abituali delle malefatte della politica?) Il lavoro non manca, bisogna contrastare l'andazzo, anzi la deriva del sistema previdenziale italiano degli ultimi 20 anni, in modo da garantire non solo una pensione dignitosa ai pensionati di oggi, ed ai loro superstiti, ma anche un futuro previdenziale ai giovani di oggi. Compito immane, specie con l'attuale classe politica, quale che sia l'asserita sua collocazione: destra, sinistra, centro.

Dott. Carlo Sizia

Pensioni: l'attuale perequazione automatica è inadeguata

Carlo Siza

Ogni anno, con decreto dell'Economia (ultimo, il D.M. 19 novembre 2010), scatta la perequazione automatica delle pensioni INPDAP ed INPS per l'anno successivo sulla base della variazione rilevata dall'ISTAT degli indici dei prezzi al consumo per le famiglie di operai ed impiegati dell'anno in corso rispetto a quello precedente (cioè + 1,4%, per il 2011).

Per consentire agli Enti previdenziali di pagare puntualmente gli importi rivalutati con la rata di Gennaio del nuovo anno, l'adeguamento al costo della vita avviene sulla base dell'indice ISTAT rilevato fino a Settembre.

Resta fermo che, se a fine Dicembre dell'anno in questione l'inflazione risultasse più elevata, i pensionati recupereranno la differenza con la prima rata del 2° anno successivo: il conguaglio può essere positivo, ma anche negativo, qualora a consuntivo la svalutazione dovesse risultare inferiore a quella previsionale.

Indici previsionali ed effettivi degli ultimi anni

Anno	Previsionale	Effettivo	Conguaglio
2007 (su 2006)	+1,6%	+1,7%	+0,1%
2008 (su 2007)	+3,3%	+3,2%	-0,1%
2009 (su 2008)	+0,7%	+0,7%	0
2010 (su 2009)	+1,4%	+1,6%	+0,2%

Nel 2011 non c'è stato alcun conguaglio sulle pensioni percepite nel 2010; nel 2012 ci sarà conguaglio del +0,2% sulle pensioni percepite nel 2011; nel 2010 c'è stato conguaglio negativo sulle pensioni percepite nel 2009.

La perequazione (rispetto agli indici ISTAT) non avviene in modo uguale rispetto alle varie fasce di importo delle pensioni, infatti più cresce la pensione, più diminuisce la percentuale di perequazione.

Quest'anno siamo ritornati al tipo di rivalutazione antecedente alla legge 127/2007, che per il triennio 2008-2009 e 2010 aveva annullato la distinzione della rivalutazione al 90% delle pensioni tra 3 e 5 volte il minimo INPS, portandola al 100%, come per le pensioni fino a 3 volte il minimo INPS. Pertanto nel 2011 la rivaluta-

zione delle pensioni INPDAP sarà la seguente:

- pens fino a 3 x min INPS ($460,97 \times 3 = 1.382,91$ / mese + 100% ISTAT = +1,4%;
- pens da 3 a 5 x min INPS (oltre 1.382,91 e fino a 2.304,85) + 90% ISTAT = +1,26%;
- pens oltre 5 x min INPS (oltre 2.304,85/mese) +75 ISTAT = +1,05%.

I minimi INPS degli ultimi 3 anni sono stati: 2009 = 458,20; 2010 = 460,97; 2011 = 467,43. Nel 2011 le pensioni sociali sono di 43,90 € e gli assegni sociali sono di 417,30 €.

Rivalutazioni delle pensioni ENPAM per il 2011

Avviene sulla base dell'indice del costo-vita individuato in +1,55%. Pertanto:

- fino a 4 volte il minimo INPS, cioè $460,97 \times 4 = 1.843,88$ / mese, la rivalutazione è in misura del 75% dell'indice del costo-vita di 1,55, cioè +1,16%;
- oltre 4 volte il minimo INPS, cioè oltre a 1.843,88 €/mese, la rivalutazione è in misura del 50% dell'indice del costo-vita di 1,55, cioè +0,78%.

Cumulo delle pensioni ai superstiti con i redditi del beneficiario (ex. art. 1, c. 41, legge 335/1995, tabella F).

Considerata la pensione minima INPS 2011 = 467,43 €, la pensione di reversibilità, la cui aliquota è già espressa in misura del 60% della pensione diretta in caso di coniuge superstite, è ulteriormente abbattuta sulla base del reddito del beneficiario superstite nella seguente misura:

- reddito fino a 3x min. INPS = $467,43 \times 13 \times 3 = 18.229,77$ godim: 100% abbatt: 0
- reddito da 3 a 4x min. INPS (da 18.229,78 a 24.306,36) godim: 75% abbatt: -25%
- reddito da 4 a 5x min INPS (da 24.306,37 a 30.382,95) godim: 60% abbatt: -40%
- reddito oltre 5x min INPS (oltre 30.382,96 €) godim: 50% abbatt: -50%

Queste sono le criticità degli attuali meccanismi di indicizzazione

1. Gli indici ISTAT sono bugiardi perchè si basano su



un paniere non specifico per i pensionati e sono sotto-stimati rispetto alla svalutazione reale.

2. L'indicizzazione avviene una sola volta all'anno.

3. L'indicizzazione è posticipata rispetto al momento dell'insulto inflattivo e la svalutazione previsionale è solitamente sottostimata rispetto a quella effettiva.

4. L'indicizzazione avviene in modo ridotto per le fasce di importo pensionistico più elevate.

5. Non c'è nessun meccanismo di aggancio delle pensioni alla dinamica retributiva dei lavoratori attivi.

6. Con queste premesse, non c'è alcuna possibilità di garantire almeno l'invarianza delle nostre pensioni.

Basti questo esempio: i pensionati oggi vivono e spendono secondo un tasso di inflazione reale che è del 2,5-3%, ma le loro pensioni 2011 sono state rivalutate dell'1,4% rispetto a quelle del 2010 (naturalmente fino ad un importo dell'assegno pensionistico equivalente a 3 volte il minimo INPS, e con percentuali minori per gli importi superiori).

Questa situazione amareggia ancor di più se si tiene conto che oggi, più che mai i pensionati hanno dei grandi meriti. Ne cito almeno 2: a) rappresentano un grande ammortizzatore sociale per i giovani disoccupati o sottoccupati, b) sono grandi contributori fiscali insieme ai lavoratori dipendenti.

Come si esce da questa situazione?

Le vie di uscita dignitose ed adeguate (cioè quelle coerenti con i principi garantiti dall'art. 38 della nostra costituzione non sono che due:

1) o si rivedono i meccanismi di indicizzazione in modo che la rivalutazione delle pensioni coincida con la dinamica reale ed attuale dei processi inflazionistici;

2) oppure si detassano le pensioni in modo crescente e progressivo in rapporto all'incremento all'età del pensionato.

La politica politicante sarà capace di prendere a cuore, sul serio e non solo a parole, il problema?

Dott. Carlo Sizia

Il rischio clinico da problema ad opportunità

(verso un sistema nazionale attraverso le Regioni)

Vania Cirese

A coronamento di un impegno costante di concerto con organismi ed istituzioni che hanno a cuore la problematica, è stata realizzata l'iniziativa del 24 maggio al Senato, in collaborazione con il Presidente Tomassini. L'obiettivo è stato quello di rappresentare al Ministro Fazio una fattiva soluzione per garantire un servizio sanitario più sicuro ed efficiente ed una migliore tutela del diritto alla salute mediante un percorso legislativo ed un modello strutturale ed organizzativo del SSN che monitorizzi e riduca i rischi e gli eventi avversi.

Nell'affrontare la tematica di rilievo multidisciplinare, come era doveroso, ci si è giovati del contributo delle varie componenti tecnico-scientifiche, medico-legali e politiche, nonché della magistratura, non potendosi prescindere dalle approfondite analisi offerte dalla giurisprudenza di merito e legittimità per il perseguimento di diritti fondamentali.

La corretta gestione del rischio clinico appare la necessaria, improcrastinabile risposta "organizzativa" e contemporaneamente "legislativa" alle pressanti richieste dei pazienti e degli operatori sanitari per ridurre gli eventi avversi, i loro costi, il nocimento del contenzioso, la ricaduta in termini di immagine e del rapporto fiduciario nei confronti delle strutture e della pubblica amministrazione: questo è quanto è emerso da tutte le relazioni e dai contributi della giornata. Da più parti è stato evidenziato che per elevare il livello d'appropriatezza e sicurezza delle cure erogate ai pazienti e far lavorare in tranquillità gli operatori sanitari, preservandone la reputazione, l'impegno non può essere intrapreso con esperimenti spontanei che pur apprezzabili in alcune realtà territoriali, restano facoltativi, disomogenei e non colmano le disparità e disuguaglianze di trattamento. Occorre creare un sistema di gestione del rischio clinico, organizzato ed omogeneo per tutto il SSN, distinguendo un doppio binario di responsabilità che coinvolga gli amministratori delle strutture (o loro delegati) in caso di deficit organizzativo.

Solo un Servizio Sanitario che contempra diversi profili

di responsabilità, (così come è avvenuto per la normativa antinfortunistica) e inclusivo di un vero e proprio sistema nazionale-regionale di gestione del rischio clinico, consentirà più ampie garanzie di sicurezza dei pazienti e tranquillità di lavoro per gli operatori sanitari. Non v'è dubbio che l'istituzione di un vero e proprio sistema debba raccordare le unità di gestione del rischio a livello aziendale (da rendere obbligatorie) con Agenzie regionali e un'Agenzia-Osservatorio nazionale.

In tal caso il monitoraggio dei rischi ed eventi avversi nelle strutture ospedaliere consentirà di individuare le fonti-cause dei danni ai pazienti ed evitare la reiterazione. La fruizione dei dati a livello regionale e il coordinamento nazionale consentiranno poi di emettere direttive e raccomandazioni per avere modelli omogenei e più sicure ed efficienti cure nelle realtà locali, evitando disparità di trattamento ai pazienti e defatiganti contenziosi ai singoli operatori sanitari. È stato messo in luce che invero le problematiche in oggetto si appalesano essenzialmente analoghe nei diversi Stati membri dell'UE e sarebbe auspicabile anche l'istituzione di un'Agenzia europea per la riduzione del rischio clinico, nonché la formulazione di una proposta di direttiva per sancire precisi obblighi a carico degli Stati membri e assicurare omogeneità di disciplina in materia. I vari relatori hanno messo in risalto come tanti e fruttuosi sforzi siano stati compiuti sul versante della normativa antinfortunistica a tutela dei lavoratori, essendo per lo più di matrice europea e come appaia innegabile che solo se l'impulso verrà dal Parlamento europeo o dalla Commissione, i legislatori degli Stati membri affronteranno con le dovute volontà risolutive i gravi problemi connessi ad altri gravi rischi per i lavoratori e per gli utenti in tutti gli Stati membri: i rischi e gli eventi avversi da cattiva gestione dei processi assistenziali, da omesse cautele e sicurezze, da carenze strutturali ed organizzative, che causano un continuo incremento dei danni ai pazienti e del contenzioso nei confronti del personale sanitario.

> segue a pag. 23



La contrattazione nazionale, regionale, aziendale (alla luce delle riforme "Brunetta")

Premessa

Credo di dover approfondire il quadro legislativo della contrattazione, ai vari livelli, relativa all'area della dirigenza medico-veterinaria, evidenziando in particolare le modifiche apportate dal Ministro Brunetta (con la legge di delega 15/2009 ed il decreto legislativo attuativo 150/2009, ma anche con il d.l. 112/2008, convertito in legge 133/2008) ed i contenuti dell'accordo-quadro sulla riforma degli assetti contrattuali del 22/01/2009, compresa l'Intesa per l'applicazione dei nuovi assetti ai Comparti contrattuali del settore pubblico (30/04/2009).

Non approfondirò, invece, né i temi della rappresentatività e rappresentanza sindacale, né quello delle relazioni sindacali, che tuttavia nascono dallo stesso corpo di leggi (sostanzialmente il D.Lgs. 165/2001, come modificato-integrato dal D.Lgs. 150/2009).

Ricordo solo che alla contrattazione nazionale sono ammesse le OO.SS. comparativamente più rappresentative delle varie categorie, mentre la legittimazione alle trattative per la definizione dei contratti integrativi a livello locale nasce dalla sottoscrizione del contratto nazionale di categoria, e che anche ai pubblici dipendenti si applicano le norme di tutela sindacale di cui allo Statuto dei lavoratori (L. 300/70).

Il quadro generale di riferimento

Torniamo all'accordo-quadro sui nuovi assetti contrattuali del 2009, che modifica e supera il vecchio Protocollo sulla politica dei redditi e sull'occupazione del 23/07/1993. Il Protocollo anzidetto aveva rappresentato uno spartiacque nell'evoluzione delle relazioni sindacali, completando il processo (iniziato almeno una decina d'anni prima) della istituzionalizzazione dei sindacati confederali, che diventavano così compartecipi delle decisioni macroeconomiche del Governo.

È quello che si chiama il metodo della *concertazione sociale*, che prevedeva la consultazione delle tre Confederazioni sindacali prima della presentazione, da parte del Governo, del Documento di programmazione economico-finanziaria (solitamente a giugno) e del disegno di legge finanziaria (a settembre).

Altri esempi di concertazione sociale sono stati: l'Accordo interconfederale del 24/09/1996 (cosiddetto Patto per il lavoro), in concomitanza con l'esigenza di risanare il bilancio pubblico; l'Accordo del 22/12/1998, noto come Patto sociale per lo sviluppo e l'occupazione (cosiddetto Patto di Natale) ed il Protocollo su previdenza, lavoro e competitività del

23/07/2007 (con Ministro del Lavoro Damiano e Governo Prodi).

Con l'entrata in scena di una nuova maggioranza politica, nei primi anni 2000, il metodo della concertazione sociale viene sostituito con il metodo del *dialogo sociale* (Ministro del Lavoro: Maroni), secondo cui la partecipazione delle parti sociali alla determinazione delle politiche di Governo viene confinata nell'ambito di *pareri e raccomandazioni*, cui il Governo stesso può decidere o meno di dar seguito.

Inoltre, mentre la concertazione sociale aveva una portata generale su tutte le tematiche economico-sociali, il dialogo sociale è settoriale e specifico, limitato al perseguimento di obiettivi di volta in volta individuati dall'Esecutivo.

Esempio di dialogo sociale sono il Patto per l'Italia - Contratto per il lavoro, sottoscritto il 5/07/2002 e l'Accordo-quadro sulla riforma degli assetti contrattuali del 22/01/2009, non a caso non sottoscritti (entrambi) dalla CGIL, il più politicizzato dei sindacati confederali, che tende a sottoscrivere intese solo con i Governi di sinistra.

Tuttavia l'ultimo Accordo non è un "Protocollo", cioè un patto triangolare tra Governo, Sindacati confederali e Confindustria, ma un vero e proprio Accordo interconfederale, che non coinvolge direttamente, ma solo indirettamente, il Governo, nella misura in cui le stesse parti sociali ritengono necessari (e sollecitano) interventi di defiscalizzazione e decontribuzione a favore della contrattazione aziendale.

L'Accordo del 22/01/2009 è centrato soprattutto sulla riforma delle regole e delle procedure della negoziazione e della gestione della contrattazione collettiva. C'è anche, rispetto al Protocollo del 23/07/1993, una sostanziale differenza negli obiettivi: non più il contenimento della crescita dei prezzi, perseguito attraverso un tasso di inflazione programmato, definito in sede politica come quello auspicato e consegnato alla concertazione e ad una contrattazione fortemente centralizzata e ridondante, bensì il mantenimento del potere d'acquisto, per il tramite di un tasso d'inflazione atteso, individuato in sede tecnica come quello prevedibile e rimesso ad una contrattazione più decentrata e alleggerita.

L'Accordo (in particolare l'Intesa per l'applicazione dell'Accordo-quadro ai Comparti del pubblico impiego) prevede, come suoi obiettivi, un rinnovato sistema partecipativo di relazioni sindacali, così da realizzare tempi più brevi e certi dei rinnovi contrattuali, l'incentivazione del

secondo livello di contrattazione, maggior professionalizzazione dei lavoratori, difesa delle retribuzioni reali, maggiore produttività ed efficienza delle amministrazioni, ed in particolare:

- la conferma dei due livelli di contrattazione (nazionale e aziendale);

- la durata triennale dei contratti, con efficacia contestuale della parte economica e normativa;

- una precisa tempistica della contrattazione (presentazione delle piattaforme sindacali 6 mesi prima della scadenza del contratto collettivo nazionale, con 7 mesi di tregua sindacale dalla presentazione delle piattaforme; presentazione delle piattaforme 2 mesi prima della scadenza del contratto collettivo di secondo livello, con 3 mesi di tregua sindacale dalla presentazione delle proposte per il rinnovo dei contratti di secondo livello);

- maggior peso alla contrattazione di secondo livello, che collega gli aumenti salariali al raggiungimento degli obiettivi, concordati tra le parti, di produttività, qualità, efficienza ed efficacia, al fine del miglioramento costante delle performance delle amministrazioni pubbliche;

- un ruolo fondamentale nella contrattazione integrativa è assegnato alla valutazione, alla trasparenza, alla premialità del merito, sia per i dirigenti che per gli altri dipendenti;

- il meccanismo di rivalutazione delle retribuzioni è attribuito all'IPCA (indice dei prezzi al consumo armonizzato in ambito europeo per l'Italia, depurato dalla dinamica dei prezzi dei beni energetici importati). Entro la vigenza del contratto nazionale dovrebbe essere effettuato il recupero degli eventuali scostamenti tra inflazione prevista - sulla base del nuovo indice - e quella reale (operazione più difficile per il settore pubblico, vincolato ai patti di stabilità ed ai limiti del bilancio);

- dopo tre mesi dalla scadenza del contratto, a favore dei lavoratori in servizio alla data di raggiungimento dell'accordo di rinnovo, è riconosciuta una "copertura economica", la cui misura è stabilità dai singoli contratti collettivi nazionali di categoria.

L'intesa di cui si è detto ha carattere sperimentale, durata quadriennale (15/04/2009 - 15/04/2013) ed avrà validità a partire dalla tornata contrattuale 2010-2012.

Alla definizione degli Accordi interconfederali la CIMO-ASMD non partecipa, ma neppure le Confederazioni della dirigenza (CONFEDIR, CIDA, COSMED) hanno peso reale, pur essendo convocate formalmente al Tavolo di Palazzo Chigi, infatti sono escluse dal "Tavolo che conta", cioè quello

riservato al Governo, a CGIL, CISL e UIL (e, recentemente, anche a UGL) e a Confindustria.

La contrattazione nazionale vera e propria

Visto il tenore degli "Accordi-quadro interconfederali", veniamo alla contrattazione nazionale vera e propria, come rivisitata dalle "leggi Brunetta".

Attraverso la legge di delega 15/2009, la modifica-integrazione del D.Lgs. 165/2001, ovvero le novità in proprio apportate dal D.Lgs. 150/2009, viene previsto:

- che le disposizioni del D.Lgs. 165/2001, e successive modificazioni, che caratterizzano il rapporto di lavoro dei pubblici dipendenti e rappresentano norme speciali rispetto a quelle del codice civile e delle leggi sui rapporti subordinati nell'impresa, sono "disposizioni a carattere imperativo" e quindi "possono essere derogate da successivi contratti o accordi collettivi, solo qualora ciò sia espressamente previsto dalla legge". Pertanto, prima, era presunta la implicita derogabilità della legge da parte dei contratti collettivi, ora è invece presunta la inderogabilità della legge, e la possibile derogabilità deve essere preventivamente "dichiarata" dallo stesso legislatore;

- che la ripartizione tra le diverse sfere di competenze del potere organizzatorio nell'ambito della pubblica amministrazione tra atti provvedimentali di macroorganizzazione riservati alle fonti pubblicistiche, atti di microorganizzazione a valle, rimessi alle determinazioni dei dirigenti pubblici nell'esercizio della capacità di diritto privato propria del datore di lavoro, e le materie riservate alla contrattazione collettiva tra le parti, subisce una più netta demarcazione con implementazione delle competenze dei due livelli superiori, secondo rigida gerarchia. Pertanto, mentre prima era detto che "la contrattazione collettiva si svolge su tutte le materie relative al rapporto di lavoro e alle relazioni sindacali", ora è detto che essa "determina i diritti e gli obblighi direttamente pertinenti al rapporto di lavoro, nonché le materie relative alle relazioni sindacali. Sono, in particolare, escluse dalla contrattazione collettiva le materie attinenti all'organizzazione degli uffici, quelle oggetto di partecipazioni sindacale ai sensi dell'art. 9, quelle afferenti alle prerogative dirigenziali ai sensi degli articoli 5, c. 2, 16 e 17, la materia del conferimento e revoca degli incarichi dirigenziali, nonché quelle di cui all'art. 2, c. 1, lettera c), della legge 421/1992. Nelle materie relative alle sanzioni disciplinari, alla valutazione delle prestazioni ai fini della corresponsione del trattamento accessorio, della mobilità e delle progressioni economiche, la contrattazione collettiva è consentita negli esclusivi limiti previsti dalle norme di legge";

- che "le determinazioni per l'organizzazione degli uffici e le misure inerenti alla gestione dei rapporti di lavoro sono assunte in via esclusiva dagli organi preposti alla gestione con la capacità e i poteri del privato datore di lavoro". Ai sindacati spetta "la sola informazione, ove prevista dai contratti di cui all'art. 9", i quali contratti "disciplinano le modalità e gli istituti della partecipazione";

- che la stessa tradizionale materia riservata alla contrattazione, cioè l'attribuzione dei trattamenti economici, subisce una netta scalfitura in quanto: a) a livello centrale, è possibile l'erogazione unilaterale, in via provvisoria, di incrementi stipendiali nel caso di cospicuo ritardo nei rinnovi contrattuali; b) in sede decentrata: è possibile l'adozione di atti unilaterali in mancanza di un accordo per la stipulazione del contratto collettivo integrativo (fino alla successiva sottoscrizione); si possono subire gli effetti della graduatoria di performance formulata dalla Commissione centrale per la valutazione; si vincolano di fatto in modo autoritativo modalità e misura del trattamento accessorio; c) infine, viene sancito che "nel caso di nullità delle disposizioni contrattuali per violazioni di norme imperative o dei limiti fissati alla contrattazione collettiva, si applicano gli articoli 1.339 e 1.419, secondo comma, del codice civile, secondo il meccanismo della sostituzione automatica delle clausole difformi e della conservazione del contratto affetto da nullità parziale. Inoltre, a decorrere dai contratti collettivi sottoscritti successivamente al 16/11/2009, in caso di accertato superamento dei vincoli finanziari (verificato dalle Sezioni regionali della Corte dei Conti, dal Dipartimento della F.p., o dal Ministero dell'Economia) è fatto obbligo di recupero nella sessione contrattuale successiva.

Con i provvedimenti anzidetti, quindi, il Ministro Brunetta: rilegifica ed accentra quanto Altri avevano delegificato e decentrato; mortifica ruolo e competenze della contrattazione, sottraendo ad essa istituti importanti del rapporto di lavoro.

Inoltre, tramite gli stessi provvedimenti Brunetta, viene previsto che:

- con appositi accordi tra l'ARAN e le Confederazioni rappresentative sono definiti fino ad un massimo di quattro Comparti di contrattazione collettiva nazionale, cui corrispondono non più di quattro separate aree della dirigenza. Una apposita "sezione contrattuale" di un'area dirigenziale (torniamo alla logica della "ansa"!)" riguarda la dirigenza del ruolo sanitario del S.S.N. Analogamente, nell'ambito dei Comparti di contrattazione possono essere istituite apposite "sezioni contrattuali" per specifiche professionalità;

- di fatto, però, è lo stesso D.Lgs. 150/2009 che definisce almeno due Comparti, dal momento che prevede la costituzione di un Comitato di settore, nell'ambito della Conferenza delle Regioni, che esercita il potere d'indirizzo per le Regioni, i relativi enti dipendenti e le amministrazioni del S.S.N. e di un'altro Comitato di Settore, nell'ambito dell'Associazione nazionale dei Comuni italiani (ANCI), dell'Unione delle Province Italiane (UPI) e dell'Unioncamere che esercita i poteri d'indirizzo per i dipendenti degli enti locali, delle Camere di commercio, dei segretari comunali e provinciali. Per tutte le altre amministrazioni, come Comitato di settore, opera il Presidente del Consiglio dei Ministri, tramite il Ministro per la Funzione pubblica, di concerto con quello dell'Economia;

- viene infine previsto che per la stipulazione degli accordi che definiscono o modificano i Comparti o le aree di con-

trattazione, o che regolano istituti comuni a più Comparti, le funzioni di indirizzo sono "esercitate collegialmente" dai Comitati di settore e che rappresentanti nominati dai Comitati di settore stessi possono assistere l'ARAN nello svolgimento delle trattative.

Infine, per quel che riguarda l'ARAN (agente negoziale delle pubbliche amministrazioni):

- è confermato il suo ruolo ambiguo di Controparte sdoppiata, infatti mentre il Comitato di settore, soggetto politico, conserva il potere di indirizzo, l'ARAN, soggetto semi-tecnico, è dotato del potere di rappresentanza. Come la CIMO aveva capito per prima, l'ARAN non poteva essere "arbitro" della negoziazione, essendo parte, anzi Controparte datoriale;
- è rafforzato il suo assetto istituzionale, come Agenzia con personalità giuridica di diritto pubblico, dotata di autonomia organizzativa e contabile; è retta da un Presidente, nominato con D.P.R., che dura in carica 4 anni, rinnovabili una sola volta, che presiede un Comitato di Indirizzo con 4 membri, esperti di riconosciuta competenza, nominati con DPCM, che durano in carica 4 anni, rinnovabili una sola volta, il cui compito è quello di coordinare la strategia negoziale e di assicurarne l'omogeneità, cioè in coerenza con le direttive contenute nell'atto di indirizzo;

- non possono far parte del Comitato di indirizzo dell'ARAN "persone che rivestano incarichi pubblici elettivi o cariche in partiti politici, ovvero che ricoprono o abbiano ricoperto nei cinque anni precedenti alla nomina cariche in organizzazioni sindacali" (compresi i rapporti di carattere professionale o di consulenza). Questa norma fa da pendant alla disposizione che vieta il conferimento di "incarichi di direzione di strutture deputate alla gestione del personale a soggetti che rivestano o abbiano rivestito negli ultimi due anni cariche in partiti politici o in organizzazioni sindacali" (compresi i rapporti continuativi di collaborazione o di consulenza).

Anche queste ultime norme denunciano il tratto autoritario degli interventi di Brunetta, il costante tentativo di invadere le competenze dei sindacati, il livore anti-sindacale.

L'ARAN, oltre alla funzione negoziale, svolge anche:

- attività di studio, monitoraggio e documentazione necessarie alla contrattazione;

- predisporre a cadenza semestrale un rapporto sulle retribuzioni di fatto dei pubblici dipendenti;

- attività di collaborazione con l'ISTAT ed il Ministero dell'Economia;

- monitoraggio sull'applicazione dei contratti collettivi nazionali e sulla contrattazione integrativa, presentando annualmente al Dipartimento della F.p., al Ministero dell'Economia ed ai Comitati di settore un rapporto in cui verifica l'effettività e la congruenza della ripartizione tra materie regolate dalla legge e quelle di competenza della contrattazione nazionale e di quella integrativa, nonché le principali criticità;

- attività di appoggio e consulenza, ove richiesta, nella contrattazione integrativa;
- azione, infine, di interpretazione autentica dei contratti da essa sottoscritti.

"Le risorse per la contrattazione nazionale dei CCNL delle amministrazioni regionali, locali e degli enti del S.S.N. sono definite dal Governo, nel rispetto dei vincoli di bilancio, del patto di stabilità e di analoghi strumenti di contenimento della spesa, previa consultazione con le rispettive rappresentanze istituzionali del sistema delle autonomie".

Raggiunta l'ipotesi di accordo sul rinnovo del contratto nazionale:

- essa è trasmessa dall'ARAN, corredata da relazione tecnica, "al Comitato di settore ed al Governo" entro 10 giorni dalla data della sottoscrizione. Il Comitato di settore esprime il parere sul testo contrattuale ed i relativi oneri diretti ed indiretti. Fino alla emanazione dei decreti di attuazione della legge 42/2009, il Consiglio dei Ministri esprime parere entro 20 giorni dall'invio del contratto da parte dell'ARAN;

- acquisito il parere favorevole del Comitato di settore, il giorno successivo l'ARAN trasmette "la quantificazione dei costi contrattuali alla Corte dei Conti per la certificazione di compatibilità". La Corte delibera entro 15 giorni, decorsi i quali la certificazione si intende effettuata positivamente. L'esito della certificazione viene comunicato all'ARAN, al Comitato di settore e al Governo;

- la Corte dei Conti può acquisire elementi istruttori e di valutazione avvalendosi di tre esperti in materia di relazioni sindacali - costo del lavoro;

- se la certificazione della Corte dei Conti non è positiva, le parti contraenti non possono sottoscrivere definitivamente l'accordo, per cui il Presidente ARAN, d'intesa con il Comitato di settore, riapre la trattativa per la sottoscrizione di una nuova ipotesi di accordo, che dà luogo ad una nuova procedura di certificazione. Se la certificazione non positiva riguarda singole clausole, l'ipotesi può essere sottoscritta definitivamente, "ferma restando l'inefficacia delle clausole contrattuali non positivamente certificate";

- nel computo dei termini anzidetti "sono esclusi il sabato ed i giorni festivi";

- è infine previsto che "decorsi 60 giorni dalla data di entrata in vigore della legge finanziaria, che dispone in materia di rinnovi dei contratti collettivi per il periodo di riferimento, gli incrementi previsti per il trattamento stipendiale possono essere erogati in via provvisoria", ed in ogni caso, "a decorrere dal mese di aprile successivo alla scadenza del contratto collettivo nazionale di lavoro", qualora lo stesso non sia stato rinnovato e non sia stata disposta la predetta erogazione provvisoria, "è riconosciuta ai dipendenti dei rispettivi Comparti di contrattazione, nella misura e con le modalità stabilite dai contratti nazionali, e comunque entro i limiti previsti dalle leggi finanziarie in sede di definizione delle risorse contrattuali, una copertura economica che costituisce un'anticipazione dei benefici complessivi che saranno attribuiti all'atto del rinnovo contrattuale".

Contrattazione aziendale o integrativa o vincolata

Le condizioni e i limiti fissati dai provvedimenti Brunetta per tale livello di contrattazione sono:

- le Regioni, con le proprie amministrazioni, e gli enti locali possono destinare risorse aggiuntive alla contrattazione integrativa nei limiti stabiliti dalla contrattazione nazionale e nei limiti dei parametri di virtuosità fissati per la spesa di personale dalle vigenti disposizioni, in ogni caso nel rispetto dei vincoli di bilancio e del patto di stabilità e di analoghi strumenti di contenimento della spesa. Lo stanziamento di risorse aggiuntive è comunque correlato all'effettivo rispetto dei principi in materia di misurazione, valutazione e trasparenza delle performance e in materia di merito e premi;

- è la contrattazione nazionale che definisce le modalità di ripartizione delle risorse per la contrattazione integrativa tra i diversi livelli di merito (almeno tre) evidenziati dalla graduatoria di performance delle amministrazioni statali e degli enti pubblici nazionali fornita all'ARAN (entro il 31 maggio) dalla Commissione centrale per la valutazione, assicurando comunque, nell'area e nel Comparto, l'invarianza complessiva degli oneri relativi;

- le pubbliche amministrazioni non possono in ogni caso sottoscrivere in sede decentrata contratti collettivi integrativi in contrasto con i vincoli e con i limiti risultanti dai contratti collettivi nazionali o che disciplinano materie non espressamente delegate a tale livello negoziale ovvero che comportano oneri non previsti negli strumenti di programmazione annuale e pluriennale di ciascuna amministrazione. Nel caso di violazione dei vincoli e dei limiti, le clausole sono nulle, non possono essere applicate e sono sostituite ai sensi degli artt. 1.339 e 1.419, secondo comma, del codice civile. In caso di accertato superamento dei vincoli finanziari da parte della Sezione regionale della Corte dei Conti, del Dipartimento per la F.p. o del Ministero dell'Economia è fatto altresì obbligo di recupero nell'ambito della sessione negoziale successiva;

- a corredo di ogni contratto integrativo, le pubbliche amministrazioni redigono una relazione tecnico-finanziaria e una relazione illustrativa, certificate dagli Organi di controllo, utilizzando gli schemi appositamente predisposti dal Ministero dell'Economia d'intesa con il Ministero della F.p.;

- le pubbliche amministrazioni devono pubblicare in modo permanente sul proprio sito istituzionale i contratti integrativi stipulati, con tanto di relazione tecnico-finanziaria e quella illustrativa, certificate dagli Organi di controllo, ed inviare annualmente (entro il 31 maggio) al Ministero dell'Economia informazioni certificate sul costo del personale;

- il controllo sulla compatibilità della contrattazione collettiva integrativa con i vincoli di bilancio e quelli derivanti dall'applicazione delle norme di legge, con particolare riferimento alle disposizioni inderogabili che incidono sulla misura e sulla corresponsione dei trattamenti accessori, è effettuato dal Collegio dei Revisori dei conti, dal Collegio sindacale, dagli uffici centrali di bilancio o dagli analoghi Organi previsti dai rispettivi ordinamenti;

- entro 5 giorni dalla sottoscrizione del contratto integrativo, l'amministrazione deve inviarlo (corredato con la relazione tecnico-finanziaria e illustrativa, entrambe certificate) all'ARAN, nonché al CNEL;
- il Dipartimento per la F.p., d'intesa con quello dell'Economia, predispone un modello per la valutazione, da parte dell'utenza, dell'impatto della contrattazione collettiva sul funzionamento dei servizi pubblici, evidenziando le richieste e le previsioni di interesse per la collettività. Il modello e le valutazioni sono pubblicate sul sito istituzionale delle amministrazioni interessate alla contrattazione integrativa;

- il mancato rispetto degli obblighi sanciti dal nuovo art. 40-bis del D.Lgs. 165/2001, oltre alle sanzioni previste dall'art. 60, c. 2 (individuazione delle responsabilità e delle sanzioni disciplinari; denuncia alla Procura della Corte dei Conti) comporta il divieto di procedere a qualsivoglia adeguamento delle risorse per la contrattazione collettiva integrativa;

- la contrattazione nazionale vigente (espressa attraverso l'art. 5 del CCNL 18/10/2008) ha previsto che l'ipotesi di contratto integrativo vada inviata, per il controllo della compatibilità dei costi al Collegio sindacale entro 5 giorni dalla sigla, corredata dalla relazione illustrativa tecnico-finanziaria. Trascorsi 15 giorni senza rilievi, il contratto viene sottoscritto. In caso di rilievi, la trattativa deve essere ripresa entro 5 giorni;

- la contrattazione integrativa deve concludersi perentoriamente entro 150 giorni dalla stipula del CCNL, secondo l'ultimo contratto di area medica.

Fino ad ora abbiamo sempre parlato di contrattazione collettiva, e di contratti collettivi, ma bisogna ricordare che dal 2000 (art. 13 del CCNL 8/06/2000), l'assunzione dei dirigenti, con la quale si istituisce il rapporto di lavoro, avviene mediante la stipulazione del contratto individuale di lavoro.

Per fortuna i contratti nazionali di area medica hanno sempre previsto la norma di salvaguardia (di derivazione legislativa) secondo cui "nella stipulazione dei contratti individuali le aziende non possono inserire clausole peggiorative dei CCNL o in contrasto con norme di legge". Esiste tuttavia la possibilità della "derogabilità in melius" rispetto al contratto collettivo nazionale, secondo il criterio del "favor prestatoris".

La contrattazione regionale

Ho lasciato per ultimo questo argomento perché il livello della "contrattazione regionale" nel pubblico impiego non è previsto né dalla legge, né dai nuovi assetti contrattuali interconfederali del 22/01 e del 30/04/2009.

È tuttavia previsto dai contratti di area medica, secondo protocolli di relazioni sindacali da definire in ogni Regione circa le modalità e gli argomenti del "confronto", un "Coordinamento regionale" (art. 7 CCNL 8/06/2000), da attivarsi con le OO.SS. legittimate, istituito introdotto inizialmente per la necessità di perequare i fondi contrattuali delle varie ASL delle rispettive Regioni in occasione dell'equiparazione ex assi-

stenti-ex aiuti, ovvero in occasione di ristrutturazioni-riconversioni aziendali, istituto che successivamente è divenuto art. 9 nel CCNL 3/11/2005 ed art. 5 nel CCNL 18/10/2008.

Il coordinamento regionale non afferma un terzo livello di relazioni sindacali, ma è correlato al sistema di finanziamento delle aziende ed enti, soprattutto per gli istituti negoziali per la cui realizzazione le Regioni si sono impegnate a corrispondere risorse aggiuntive per il miglioramento della qualità e dell'offerta di servizi, anche attraverso un investimento più finalizzato delle risorse agli obiettivi strategici regionali.

Quanto definito si correla con l'evoluzione dello Stato in senso federalista e con le indicazioni contenute negli atti di indirizzo del Comitato di settore, che consentono alle Regioni un coordinamento della contrattazione integrativa, con la possibilità di emanare linee generali di indirizzo, volte ad un utilizzo più flessibile ed uniforme delle risorse assegnate ai fondi.

Tra le materie oggetto del confronto con le OO.SS. interessate si rilevano: l'utilizzo delle risorse aggiuntive regionali e di quelle derivanti da modifiche stabili della dotazione organica; la realizzazione della formazione continua; la definizione dei criteri generali dei sistemi e meccanismi di valutazione dei dirigenti; la definizione dei criteri generali per sviluppare un sistema di standards finalizzati alla individuazione dei volumi prestazionali; la definizione dei criteri generali per la razionalizzazione ed ottimizzazione delle attività connesse alla continuità assistenziali ed alla urgenza-emergenza; lo svolgimento della libera professione intramoenia correlata all'andamento delle liste d'attesa; la definizione delle modalità di riposo nelle 24 ore; la determinazione della tariffa percentuale da destinare al fondo perequativo sulla libera professione a favore delle professionalità con limitata professionalità di tale esercizio.

Ma i problemi enormi di tale istituto rimangono i seguenti:

- che le Regioni "possono", non debbono, emanare, entro 90 giorni dall'entrata in vigore del contratto (secondo il CCNL 18/10/2008), linee di indirizzo sulle materie anzidette;

- con quale strumento le Regioni (delibera di Giunta, atto o Circolare di indirizzo, ecc.) possano far applicare con omogeneità i loro eventuali indirizzi, vista la previsione contrattuale "ferma restando l'autonomia contrattuale delle aziende ed enti nel rispetto dell'art. 40 del D.Lgs. 165/2001".

Norme transitorie ed inciampi applicativi

L'art. 65 del D.Lgs. 150/2009 reca infine norme transitorie, delle quali alcune mi paiono piuttosto velleitarie.

Ragionevole è la previsione che le disposizioni relative alla contrattazione collettiva nazionale, di cui al nuovo decreto, si applicano dalla tornata successiva a quella in corso (cioè ai contratti del triennio 2010-2012).

Di buon senso anche la disposizione che prevede un rinvio delle elezioni delle RSU in data successiva alla definizione

dei nuovi Comparti, comunque entro il 30/11/2010, e che la prima trattativa con le nuove regole avvenga ancora sulla base dei dati elettorali ed associativi rilevati per il biennio contrattuale 2008-2009.

Velleitaria mi pare invece la norma che prevede (ad esempio per il Comparto Regioni) che entro il 31 dicembre 2011 "le parti adeguano i contratti collettivi integrativi vigenti alla data di entrata in vigore del presente decreto (16/11/2009) alle disposizioni riguardanti la definizione degli ambiti riservati, rispettivamente, alla contrattazione collettiva e alla legge, nonché a quanto previsto dalle disposizioni del Titolo III (Merito e premi) del presente decreto". Sulle nuove norme della contrattualità del pubblico impiego, come disegnate dal Ministro Brunetta, si è abbattuto come un ciclone la "manovra Tremonti del 2010", cioè la legge 122/2010 che:

- ha bloccato il rinnovo del contratto dei pubblici dipendenti relativo al triennio 2010-2012;

- ha disposto (art. 9, c.1, che per gli anni 2011, 2012 e 2013 il trattamento economico complessivo dei singoli dipendenti, anche di qualifica dirigenziale, ivi compreso il trattamento accessorio, non può superare, in ogni caso, il trattamento ordinariamente spettante per l'anno 2010.

La grossolanità della manovra Tremonti anzidetta non solo ha azzerato il rinnovo del contratto 2010-2012, ma ha messo in seria difficoltà anche l'applicazione dei contratti vigenti, in particolare per quanto riguarda gli scatti di carriera e l'acquisizione delle nuove e crescenti fasce dell'indennità di esclusività rapportate all'anzianità di servizio. Infine la legge 122/2010 ha praticamente vanificato "l'accordo-quadro sulla riforma degli assetti contrattuali", sottoscritto il 22/01/2009, che doveva avere carattere sperimentale e durare quattro anni (dal 15/04/2009 al 15/04/2013).

Si è reso così necessario un nuovo accordo, veramente ridicolo, sulla P.A. sottoscritto a Palazzo Chigi il 4/02/2011 tra Governo e OO.SS. Confederali, ma non sottoscritto da CGIL e neppure da CONFEDIR, in cui tra l'altro si conviene che "le retribuzioni complessive, comprensive della parte accessoria, conseguite dai lavoratori nel corso del 2010, non devono diminuire per effetto dell'applicazione dell'art. 19 del D.Lgs. 150/2009": si tratta di quell'articolo che prevede "premi", di cui non c'è disponibilità economica per i meritevoli, a fronte di penalizzazioni per chi ha realizzato cattive performances.

Ulteriore "stop" alla riforma Brunetta è rappresentato dalla mancata definizione a tutt'oggi (giugno 2011) dei Comparti di contrattazione collettiva e delle relative aree dirigenziali.

Conclusioni

Oltre alle critiche già fatte, voglio sottolineare l'incoerenza profonda dei provvedimenti Brunetta, che:

- ripete ossessivamente, come slogan alla moda, efficienza, qualità, efficacia, trasparenza, valutazione, meriti, premi, ma ritiene di realizzare tutto ciò "senza

nuovi e maggiori oneri per la finanza pubblica";

- in periodo di federalismo, prossimamente anche "fiscale", non solo non prevede un livello di contrattazione per il pubblico impiego a livello regionale, ma va in completa "controtendenza" sia rispetto al D.Lgs. 29/1993 ed alle riforme Bassanini, sia rispetto ai contenuti della legge costituzionale 3/2001 di riforma del Titolo V, che assegna potestà legislativa alle Regioni in materia di "tutela della salute";

- accorpendo categorie tra loro disomogenee in Comparti unici, dimostra di non credere nelle specificità professionali di cui è ricco il pubblico impiego, ma finisce così per scaricare competenze accresciute sulla contrattazione di secondo livello, di cui peraltro manifesta di aver paura, come ha paura dei dipendenti pubblici e della dirigenza, di cui ha dichiarato pubblicamente (a "Porta a porta", rispondendo al giuslavorista Piero Ichino) di "non fidarsi";
- dichiara infine di volere "l'autonomia" dei dirigenti pubblici, ma non dà loro alcuno strumento per concretizzare una qualche e vera autonomia, e non fa nulla per affrancare la gestione tecnico-professionale dei servizi pubblici dall'invasione politico-amministrativa, tutt'ora soffocante.

In 36 anni di attività sindacale non ho mai visto una legge sul pubblico impiego così arruffata, arrogante, centralista, autoritaria, pretenziosa, provocatoria, antisindacale, punitiva: l'unica speranza è che venga poco o punto applicata (è già accaduto anche alla pessima riforma Bindi del S.S.N.).

Mi spiace solo che Brunetta si accrediti come uno degli "interpreti autentici" del "pensiero berlusconiano". Se così è davvero, penso che il Ministro Brunetta riuscirà a far male non solo al pubblico impiego, ma anche alla parte di sua appartenenza politica.

Come avete ben capito, a maggior ragione con le "regole Brunetta", la contrattazione di area medica è solo più "residuale e minimale", visto che la maggior parte degli istituti del nostro lavoro sono definiti da leggi (comprese quelle finanziarie), dagli accordi-quadro nazionali sugli assetti contrattuali, dai contratti di Comparto, ecc. A noi rimane solo la possibilità di spostare qualche risorsa tra le voci retributive e tra i fondi contrattuali, ad invarianza della spesa complessiva, e magari di autoflagellarsi con qualche sanzione disciplinare ulteriore.

Troppo dura la mia analisi? La ritengo atto dovuto da parte di un sindacalista convinto di una categoria di lavoratori pubblici.

Bibliografia

1. Testi di legge, nonché testi contrattuali dell'area medico-veterinaria oggi vigenti;
2. Dott. Ciro Silvestro, Guida alla riforma Brunetta, Edizione speciale Italia Oggi, DIKE, Giuridica Editrice, 2009;
3. Compendio di diritto sindacale, Edizioni giuridiche Simone, Gruppo editoriale Esselibri, XIV edizione, 2009.

Dott. Carlo Sizia

Alcuni precedenti di rilievo fanno ben sperare in una consapevole attenzione delle Istituzioni comunitarie in materia.

La partecipazione al convegno altamente qualificata ha visto l'adesione di molti "apicali", direttori generali, direttori sanitari e assessori regionali, presidenti delle società scientifiche e dei sindacati di maggior rilievo, rappresentativi degli interessi dei medici, come CIMO-ASMD, ANAAO-Assomed, Amami, Cittadinanza Attiva, Assessori Regionali, Federsanità, Fiaso.

Oltre agli interventi del Senatore Tomassini, Presidente della Commissione Sanità, il cui sostegno ha consentito l'evento, il Senatore Saccomanno, il Senatore Marino, il Direttore dell'Agenas dr. Moirano, il Direttore della Rappresentanza Italiana presso la Commissione Europea dr. Battistotti, il Segretario Generale Confedir dr. Biasioli ed il dr. Lusenti per la Commissione Sanità della Conferenza delle Regioni, si sono distinti altri illustri contributi, il cui comune pregio ha consentito di rilevare da più ottiche una netta convergenza di vedute.

La presenza del Ministro Fazio, cui è stato ufficialmente consegnato il progetto per l'istituzione di un sistema di gestione del rischio clinico, ha rappresentato il momento di convergenza e di impegno tra le istituzioni e gli operatori sanitari al fine di una concreta soluzione a problematiche ormai ben identificate che necessitano di risposte adeguate non più procrastinabili. Il Ministro ha palesato la massima attenzione e ogni interesse ad adottare risposte organizzative per monitorare e contenere i fattori di rischio e le loro conseguenze economiche e giuridiche.

Sistema di gestione del rischio clinico anche contro le disparità dei trattamenti

L'analisi della mutata realtà socio-sanitaria mostra come luogo privilegiato per il verificarsi di episodi di "medical malpractice" una struttura organizzata dove l'attività sanitaria viene tradotta in servizio; tuttavia, raramente, nella ricostruzione giudiziaria della vicenda, viene preso in esame un disservizio o una disfunzione organizzativa della struttura sanitaria, e si continua ad aprire indagini, sempre e comunque sulla colpa professionale dell'operatore sanitario (o dell'equipe, ossia dei soggetti-persone fisiche che operano nella struttura), anche in quei casi in cui è palese il disservizio o la carenza organizzativa. A complemento del testo del ddl Saccomanno, sembra opportuno introdurre la previsione di una responsabilità della struttura fondata su un titolo autonomo (per "difetto di organizzazione" e vio-

lazione dell'obbligo di "sicurezza nella erogazione delle cure", fatto distinto, da quello che fonda la responsabilità del medico) per propria negligenza, imprudenza, imperizia.

Molte fattispecie mostrano come le disfunzioni strutturali dell'ente assumono rilievo autonomo e assorbente rispetto all'operato del medico, mentre in altre situazioni costituiscono evidenti concause che contribuiscono alla produzione del danno o al suo aggravamento. Da ciò discende la necessità di prevedere una responsabilità degli amministratori in caso di colpose, gravi, carenze organizzative della struttura ospedaliera. L'indagine condotta attraverso l'esame della legislazione sanitaria ed il confronto degli esiti di studi aziendali in tema di "risk management", consentono di individuare nell'organizzazione che presenta disfunzioni o disservizi, una percentuale elevata di cause di prestazioni sanitarie errate. Negli episodi di "medical malpractice" non si può non indagare su una possibile responsabilità della struttura per inefficienze organizzative che abbiano originato una non corretta prestazione medica, specie quando assumono un rilievo causale autonomo; né si può censurare il singolo medico per non aver provveduto a trasferire il paziente in "altra sede strutturalmente adeguata" (Cassazione n. 4852/99; n. 6386/2001 e seg.).

Dall'obbligo di garantire la sicurezza delle cure deve discendere la definizione della responsabilità della struttura nel caso di errata prestazione al paziente non riconducibile all'operatore sanitario. Invero per il singolo operatore sanitario il criterio della responsabilità non può che essere quello della colpa professionale, inquadrato nelle categorie della diligenza, prudenza e perizia; per la struttura la responsabilità deve discendere dal non aver garantito, in base a *standards* imposti dalla legge, un livello organizzativo tale da assicurare il raggiungimento dello scopo di tutela della salute e aver oltrepassato la soglia del rischio consentito creando un pericolo o un danno per il paziente.

Si deve far riferimento al criterio del rischio, correlato all'organizzazione di un'attività di servizi alla persona, finalizzato alla sicurezza e alla prevenzione di danni alla salute dei pazienti (nell'erogazione delle cure). Questa è l'unica prospettiva che consente di valutare eventuali deficit organizzativi e omissioni della struttura che agisce tramite i suoi legali rappresentanti, ai quali fanno capo le scelte di corretta erogazione delle cure e la gestione dell'azienda con poteri di spesa e controllo (direttore generale, amministrativo, sanitario, o loro delegati).

Quindi nell'ambito della responsabilità del settore sani-

tario va distinta la responsabilità per non corretta esecuzione dell'attività di cura dalla responsabilità per inefficiente organizzazione dell'attività sanitaria, autonoma e indipendente dal fatto illecito del medico (che può anche non sussistere o essere concorrente) punibile a diverso titolo.

In altre parole è identificabile una responsabilità che chiama in causa esclusivamente la struttura per *deficit* organizzativo o strutturale (non corretta gestione delle liste di attesa, omessa o insufficiente manutenzione di apparecchiature, omesso o insufficiente approntamento di presidi, disorganizzazione dei reparti, carenze dell'organico). Può cioè individuarsi una responsabilità della struttura, autonoma, non fondata sui fatti illeciti dei singoli medici-dipendenti.

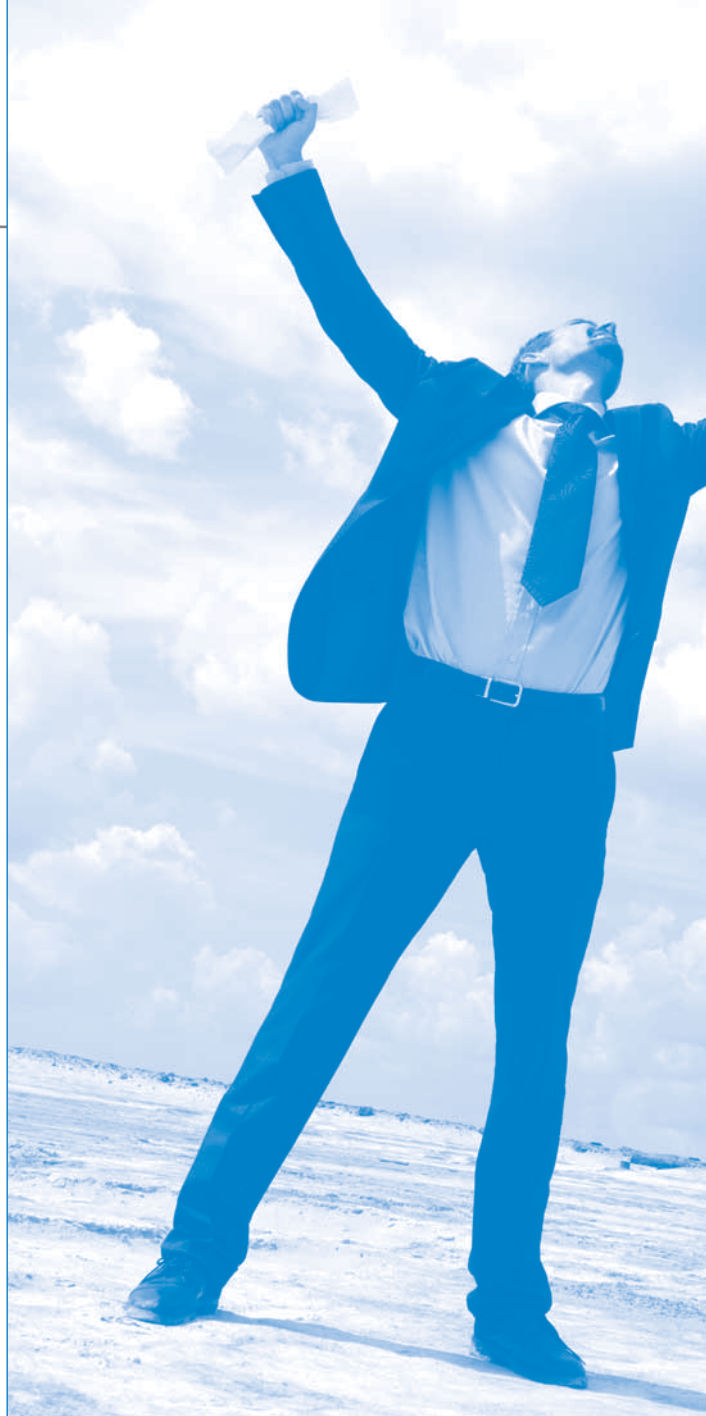
La struttura a mezzo del legale rappresentante e non il medico ha infatti l'obbligo di garantire la sicurezza delle cure predisponendo la dovuta organizzazione di mezzi e di persone, potendosi rinvenire anche collegamenti causali tra organizzazione deficitaria e danni al paziente per inosservanza degli *standard* di sicurezza imposti dalla legge (colpa specifica) o da un generale dovere di diligenza, prudenza, perizia (colpa generica). In Francia, già da tempo la legge "Kouchner" n. 303/02 ed il "Code de Santé Publique" hanno configurato "la *faute du service*" autonoma e diversa dalla condotta colposa del medico, in quanto ancorata ad una "mauvaise organisation" o "fonctionnement défectueux", e pertanto distinta dalla "faute professionnelle".

Lungo le direttrici imposte dal "doppio binario", anche in Italia si dovranno necessariamente concepire le diverse responsabilità:

1. a titolo autonomo della struttura, per carenze organizzative, di dotazione e organico;
 1. bis. della struttura quale datore di lavoro – committente per fatto del proprio dipendente;
2. del personale sanitario che, individualmente o in collaborazione, presta attività, se cagiona danni per proprie condotte colpose in rapporto causale con il danno.

Per elevare il livello d'appropriatezza e sicurezza delle cure erogate ai pazienti e far lavorare in tranquillità gli operatori sanitari non si possono avere solo esperimenti spontanei che pur apprezzabili (come in Toscana, Veneto, Lombardia) rimangono facoltativi e disomogenei. Occorre creare un sistema di gestione del rischio clinico organizzato ed omogeneo per tutto il S.S.N., con la previsione dell'obbligo delle aziende ospedaliere di istituire unità di gestione del rischio clinico, per individuare rischi, eventi avversi e fonti di responsabilità.

Solo un sistema obbligatorio ed organizzato permetterà



di evitare la reiterazione degli errori e anche di individuare le fonti di responsabilità, distinguendo un doppio binario di responsabilità: il sanitario, se sbaglia per propria colpa professionale (negligenza, imperizia, imprudenza); gli amministratori delle strutture per deficit organizzativo.

In caso di carenze strutturali, organizzative, mancato approntamento del sistema di monitoraggio dei rischi ed eventi avversi, occorre prevedere una responsabilità autonoma in capo ai legali rappresentanti delle strutture (o loro preposti), con precisi obblighi e sanzioni.

Solo un sistema sanitario che contempra diversi profili di responsabilità, che includa un vero e proprio sistema (nazionale/regionale) di gestione del rischio clinico e preveda precisi obblighi e sanzioni in caso di inadempimento, consentirà più ampie garanzie di sicurezza per i pazienti e tranquillità di lavoro per i medici, ripristinerà

la parola agli avvocati



il rapporto fiduciario medico-paziente e ridurrà il contenzioso. Il “sistema” per essere tale, deve raccordare le unità di rischio clinico a livello aziendale (obbligatorie) con un’Agenzia nazionale di raccordo con le Regioni (Age.Na.S.) e un Osservatorio nazionale.

Infatti solo il monitoraggio dei rischi e degli eventi avversi nelle strutture ospedaliere consentirà di individuare le fonti (cause) dei danni ai pazienti ed evitare il più possibile la reiterazione, elevando lo standard delle prestazioni.

Solo la fruizione dei dati raccolti a livello regionale e nazionale permetterà di emettere direttive e raccomandazioni per aver modelli più omogenei e più efficienti di erogazioni delle cure nelle realtà locali, evitando il più possibile penalizzanti disparità di trattamento dei pazienti, relativamente a livelli di qualità delle cure e sicurezza delle prestazioni erogate.

Solo la previsione di precisi obblighi e sanzioni in caso di inadempimento del dovere di monitorare, prevenire e ridurre i

rischi per i pazienti comporterà una maggiore (doverosa) attenzione degli amministratori delle strutture sanitarie e delle Regioni nell’assetto organizzativo e funzionale dei luoghi di erogazione delle cure; solo se il dovere sarà imposto da una norma giuridica l’obbligo di agire sarà uniformemente rispettato.

Attesa la rilevanza costituzionale del bene salute, l’obiettivo irrinunciabile del legislatore non può che essere quello di apprestare un presidio forte contro i rischi, danni e illeciti riscontrabili nell’ambito della politica d’impresa, che siano espressione della (cattiva) politica aziendale o derivino da una colpa di organizzazione.

All’ente deve essere in pratica richiesta l’adozione di modelli comportamentali specificatamente calibrati sulla prevenzione del rischio clinico, cioè volti ad impedire, attraverso la fissazione di regole di condotta e di monitoraggio dei rischi e degli eventi avversi, possibili danni ai

pazienti e ingiustificati processi al personale sanitario. Gli obiettivi specifici di tutela giustificano le sanzioni pecuniarie e interdittive per la struttura e l’individuazione del soggetto-persona (legale rappresentante, direttore generale, preposti per delega di funzioni) suscettivi di essere chiamati a rispondere di danni cagionati e illeciti commessi nello svolgimento delle attività facente capo all’ente superindividuale.

Attesa la necessità di prevenire con le più adeguate tutele, le lesioni di un bene di rilievo costituzionale, quale quello della salute, l’anticipazione della soglia di punibilità alla realizzazione del rischio e alla mancata ottemperanza del suo corretto monitoraggio appare assolutamente giustificata.

Invero gli illeciti di danno rappresentano i modelli delittuosi classici e come tali costituiscono il nucleo centrale delle legislazioni tradizionali, mentre gli illeciti di pericolo hanno subito una rilevante espansione per effetto di due fenomeni. Da un lato la continua evoluzione scientifica e tecnologica ha incrementato il numero delle attività rischiose, per quanto socialmente utili (tra cui la scienza medica), rispetto alle quali risulta opportuna l’emanazione di norme cautelari penalmente sanzionate dirette ad impedire la trasformazione del rischio in danno. Dall’altro, la progressiva assunzione da parte dello Stato di compiti di matrice solidaristica non può che indurre il legislatore ad anticipare al livello della messa in pericolo la tutela di alcuni beni particolarmente importanti per la collettività.

Appare pertanto condivisibile la previsione di fattispecie punitive incentrate sull’inosservanza di obblighi positivi di condotta, eventi e contenuto la prestazione di un contributo volto a garantire una più ampia salvaguardia del bene salute.

L’amministrazione dell’ente deve predisporre meccanismi di controllo dei rischi per i pazienti, ciò configurando un preciso obbligo giuridico di attivarsi penalmente sanzionato o nell’ambito del diritto punitivo amministrativo.

Non vi è dubbio che occorra impiegare strumenti moderni anche nelle tecniche legislative, per rafforzare le tutele di un bene come quello della salute, che la coscienza sociale percepisce come particolarmente bisognoso di protezione; ciò rileva in particolare quando il danno è conseguenza del fatto che l’ente non si è dotato di un modello di organizzazione idoneo a prevenire illeciti (morte, lesioni) come quello verificatosi, o vi è stata al riguardo omessa o insufficiente vigilanza sui rischi, da parte degli organismi dotati dei poteri di controllo.

Avv. Vania Cirese

La sentenza della Cassazione 10813 sui medici specializzandi: un punto fermo?

Fabrizio Scagliotti

La questione della risarcibilità del danno da mancata attuazione delle direttive comunitarie in materia di medici specializzandi ha dato luogo ad un nutrito contenzioso che ha subito, nel corso del tempo, notevoli oscillazioni.

Sin da subito il principio della risarcibilità del danno per l'inadempimento dello Stato italiano si è affermato senza molta difficoltà, sulla scorta delle prime pronunce della Corte di Giustizia in materia.

La questione giuridica sulla quale, invece, si è formato un tormentato iter, composto da una prima serie di pronunce

che hanno rigettato la domanda (ex multis Trib. Bari Sez. I, 09.01.2007; Trib. Roma Sez. II 09.03.2006; Trib. Bari Sez. I, 05.10.2006; Trib. Bari Sez. II, 13.09.2006; Trib. Catania Sez. I, 25.08.2006; Trib. Bari Sez. I, 26.07.2006; Trib. Bologna Sez. II, 19.07.2006; Trib. Genova Sez. II, 10.07.2006; Trib. Genova Sez. II, 07.06.2006; Trib. Bari Sez. I 11.04.2006; Trib. Bari Sez. I, 01.04.2006; Trib. Catania Sez. I, 22.02.2006; Trib. Napoli Sez. Lavoro, 02.02.2006; Trib. Napoli Sez. Lavoro, 02.02.2006; Trib. Genova Sez. II, 26.01.2006; Trib. Genova Sez. II, 12.12.2005; Trib. Genova Sez. II, 20.09.2005; Trib. Genova Sez. II, 20.09.2005; Trib. Genova Sez. II, 20.09.2005; Trib. Bari Sez. I, 28.07.2005; Trib. Genova 05.05.2005; Trib. Genova Sez. II, 05.05.2005, Trib. Roma, Sez. II 06.04.2005, ecc.) seguite poi da aperture via via più ampie – sino alla pronuncia oggi in esame – è quella concernente la prescrizione del diritto.

Tale questione ha, per così dire, due facce: la durata della prescrizione e la decorrenza della stessa.

Le prime sentenze in tale materia avevano affermato che la prescrizione aveva durata quinquennale, anche se i vari giudici non avevano una univoca idea in ordine alla



decorrenza: per taluni essa decorreva dalla fine della specialità; per altri dal D.Lgs. n. 257/1991; per altri ancora dalle prime pronunce della Corte di Giustizia in materia (tale iniziale orientamento è stato seguito anche dalla Cassazione: si veda, per tutte la sentenza della Sezione Lavoro, n. 12814 del 3 giugno 2009 che stabilisce nell'anno 1991, anno di recepimento delle Direttive CE sui compensi in favore dei medici specializzandi, il termine di decorrenza della prescrizione quinquennale del diritto).

In questa situazione si erano avute comunque delle favorevoli sentenze, nelle quali la questione era stata superata dal fatto che l'Avvocatura dello Stato non aveva eccepito la prescrizione, la quale non è rilevabile d'ufficio dal giudice, e ciò aveva consentito pronunce favorevoli pur per periodi che sarebbero stati coperti dalla prescrizione. Si era assistito anche a pronunce apparentemente incomprensibili per chi giurista non è: la stessa sentenza si pronunciava a favore di alcuni e rigettava la domanda per altri pur trovandosi i secondi nella medesima situazione di fatto dei primi. In tali cause era successo che dopo la proposizione del ricorso da parte di un primo gruppo di medici, altri avevano proposto, nella medesima causa, intervento (si erano cioè inseriti in quel contenzioso con un successivo atto). Mentre nei confronti dei primi la prescrizione era stata eccepita, e dunque tale eccezione era stata accolta dal giudice che aveva rigettato per tale motivo la domanda, nei confronti degli intervenuti l'avvocatura dello Stato non aveva prodotto alcuna memoria e quindi non aveva eccepito nei loro confronti la prescrizione: il giudice si era quindi pronunciato favorevolmente per questi ultimi. Più recentemente, in particolare a partire dalla sentenza n. 4717/2010 della Corte d'Appello di Roma, si era

affermato che la prescrizione ha durata decennale, ma che essa decorre dalla fine delle specialità, escludendo dalla pronuncia favorevole, quindi, un rilevante numero di medici. Tale orientamento pareva avviato a consolidarsi ancor più nel tempo, anche se altre sentenze della stessa Corte di Cassazione di poco antecedenti si erano ancora espresse per una durata quinquennale.

La recentissima sentenza 10813 del 18 maggio 2011 effettua una puntuale ricostruzione della durata e della decorrenza dei termini di prescrizione del diritto al risarcimento per mancata o non puntuale attuazione delle direttive comunitarie.

La Suprema Corte ricostruisce alcuni principi, applicabili al diritto di/del risarcimento in questione:

a) Le modalità dell'azione risarcitoria, ivi compresi i termini di prescrizione e decadenza, competono al singolo Stato membro dell'Unione;

b) In mancanza di una normativa specifica (come nel caso di specie, ndr) il giudice dovrà ricercare anche per via analogica nel diritto interno la regolamentazione dell'azione, e dunque anche eventuali termini di decadenza o prescrizione, purché essi non rendano troppo gravosa l'azione;

c) L'applicazione di detti termini di decadenza o prescrizione può essere effettuata solo se risulta sufficientemente prevedibile la loro applicazione, con apprezzamento che spetta al giudice nazionale;

d) L'eventuale termine di prescrizione può decorrere anche prima della corretta trasposizione della direttiva comunitaria se il danno per il soggetto che agisce si è verificato anteriormente.

Facendo applicazione di tali principi la Suprema Corte ha stabilito, per quanto alla **durata della prescrizione**, che essa non possa essere che quella **decennale**, risultando essa più favorevole rispetto agli altri termini più brevi e rispondente al principio comunitario di effettività della tutela.

Per quanto alla decorrenza della prescrizione, la Suprema Corte ritiene che, in effetti, non vi sia sino ad oggi stata una corretta trasposizione delle direttive comunitarie in materia. Ciò però non comporta che la prescrizione non decorra nei confronti dei medici specializzandi, dovendo farsi applicazione dei principi sopra esposti ed essendo quindi ammissibile una decorrenza della prescrizione dell'azione di risarcimento anche antecedente alla corretta trasposizione delle direttive comunitarie.

Il termine per adempiere, da parte dello Stato italiano, era il 31 dicembre 1982, come stabilito dalla direttiva 82/76/CEE (e da due precedenti) ma l'Italia non lo



rispettò, tanto che fu dichiarata inadempiente dalla Corte di Giustizia. L'obbligo di adempimento, anche tardivo, perdurò sino al 20 ottobre 2007, afferma la Suprema Corte, in quanto da tale data la direttiva 2005/36/CE, che ha previsto nuove regole sulla specializzazione dei medici, ha abrogato la precedente direttiva 82/76/CEE (nel frattempo sostituita dalla 93/16/CEE, che però lasciava inalterato l'obbligo di adempimento sia pur tardivo). La Suprema Corte però ritiene che tale nuova direttiva non possa aver abrogato i diritti risarcitori dei medici specializzandi, occorrendo una espressa previsione sul punto che non è stata introdotta.

La Corte di Cassazione, a questo punto, effettua una articolata ricostruzione della giurisprudenza in materia e accoglie sostanzialmente il principio della permanenza dell'inadempimento dell'obbligo di adeguamento alle direttive comunitarie, stabilito da alcune note sentenze della Corte di Giustizia (tutte generalmente richiamate negli atti degli avvocati che si sono occupate delle questione), in base al quale sino a quando lo Stato non abbia adempiuto pienamente, la prescrizione stabilita dalle norme interne non può decorrere.

Tralasciando una compiuta disamina dell'articolato ragionamento della Suprema Corte, che rischierebbe di confondere i non addetti ai lavori e che occuperebbe, sia

pur in sintesi, diverse pagine, **sarà sufficiente affermare che la Corte di Cassazione ritiene essere la pubblicazione in Gazzetta Ufficiale della legge 19 ottobre 1999, n. 370 la data di decorrenza del termine prescrizione del diritto (26/10/1999-27/10/2009).**

Tale normativa, sostiene la Cassazione, riconoscendo espressamente il diritto al risarcimento del danno per mancata attuazione delle direttive comunitarie solo ai destinatari di alcune sentenze di condanna dello Stato italiano che nel frattempo erano intervenute, avrebbe suggellato, per così dire, il definitivo inadempimento dello Stato italiano, facendo cessare, proprio dalla data di pubblicazione in Gazzetta di quella legge, il carattere permanente dell'inadempimento del nostro Stato, divenuto, per effetto della condotta dello Stato, appunto, definitivo.

Ne consegue che chi abbia agito od interrotto la prescrizione entro quel termine potrebbe ancora vantare il relativo diritto. Per tutti gli altri esso si sarebbe prescritto.

Questa la situazione attuale.

Non si può escludere, in prospettiva, un ulteriore cambio di orientamento, il quale riconosca che l'illecito è ancora permanente e che quindi anche chi non abbia intrapreso azioni od interrotto la prescrizione possa ancora agire.

Due sono però le considerazioni da svolgere in merito. Da un lato la sentenza è molto articolata e, a mio modo di vedere, convincente. Pur avendo anch'io sostenuto la tesi dell'illecito permanente, ritengo che la ricostruzione del Supremo Giudice sia difficilmente scalzabile (in diritto, però...).

Sotto altro punto di vista, se la tesi della permanenza

dell'illecito sarà riconosciuta in altre pronunce, vorrà dire che tutti coloro che non sono stati risarciti potranno però ancora agire in qualsiasi tempo (o, almeno, sino a quando una nuova legge non torni sulla questione, nel qual caso andrà valutata la nuova situazione) e che dunque non occorre oggi affannarsi ad intentare azioni: meglio, forse, stare alla finestra e vedere se tale auspizzato cambio di giurisprudenza ci sarà effettivamente (magari, come avevo già consigliato proprio in relazione alla l. 370/1999, inoltrando comunque alla Presidenza del Consiglio una raccomandata di richiesta di risarcimento).

Altra questione ancora è l'ipotesi di un intervento legislativo, pur possibile (ma direi improbabile, data la situazione generale), che riconosca il diritto in capo a tutti.

Ancora diverso è il caso di chi abbia avuto un giudizio negativo. Tali soggetti hanno definitivamente perduto il loro diritto (qualora abbiano fatto valere effettivamente l'azione risarcitoria e si siano preclusi quindi tutte le strade) che potrebbe essere riconosciuto solo in virtù di un provvedimento legislativo che preveda il riconoscimento del risarcimento anche ai destinatari di giudizio negativo.

Da ultimo una precisazione dovuta. Sia pur costituendo un autorevole precedente, la sentenza in questione non determina alcun obbligo nei confronti degli altri giudici, essendo principio cardine del nostro ordinamento quello del libero convincimento del Giudice. Non si possono escludere quindi decisioni contrastanti e ripensamenti della Cassazione.

Avv. Fabrizio Scagliotti



Manuale di Medicina di Emergenza e Pronto Soccorso

Editors
M.G. Balzanelli
A. Gullo

Volume di 2016 pagine
F.to 13x19,5
€110,00

 CIC Edizioni Internazionali

Prima mostra della serie «Chiuso per un anno»: Jan Konupek

(presso Museo Immaginario)

Comunicato stampa de “L'École des Italiens”

Chiuso per un anno. Ma potremmo anche vietare l'ingresso per sempre. Neghiamo l'accesso, ma all'interno l'attività sarà febbrile. Dentro, le cose succederanno inesorabilmente: i quadri ci saranno, gli artisti saranno presenti con le loro opere, le luci saranno sempre accese. Gli eventi saranno garantiti da un programma impeccabile. Dentro le opere, fuori i visitatori.

Per un anno la soglia non potrà più essere varcata, né in entrata né in uscita. Perché, nei tempi in cui viviamo, si entra e si esce dalle gallerie d'arte con troppa disinvoltura, peggio che nel Grand Hotel frequentato da Greta Garbo e John Barrymore. Andare avanti e indietro come formiche impazzite è diventata l'unica attività praticata. Forse perché oltre la porta, dentro e fuori, c'è poco da scoprire, niente che giustifichi la sosta. Solo un viavai ossessivo che conferma l'assenza, sempre meno giustificata, di un pensiero o di un'idea di nuovo eroici.

È per amore che abbiamo deciso di negare l'arte ai curiosi, ai mondani di professione, ai presenzialisti del nulla. Per un anno, dunque, vi inviteremo a delle vere mostre, che potrete solo “spiare” attraverso piccole aperture praticate sui vetri delle finestre oscurate da giornali. Perché all'interno ci saranno dei lavori in corso. Frenetici.

Vogliamo riaffermare l'idea che la galleria è un luogo dove si entra per partecipare a un mistero. Un luogo che merita rispetto. Che pretende decoro, severità di comportamenti e sobrietà di abiti.

Per un anno sarà chiusa soltanto la porta d'ingresso. Dopo, però, potremmo essere anche più drastici, decidendo di murarla definitivamente. E se mai ci venisse voglia di ospitare qualcuno lo faremmo anche noi come il divino e malinconico Pontormo: calando una scala di legno dalla finestra. A nostro insindacabile piacimento.

Chi è Jan Konupek? (1883 – 1950)

Pittore, illustratore ed incisore, Jan Konupek, nasce nel 1883 a Mladá Boleslav (Boemia Orientale), dopo pochi anni si trasferisce a Praga con la famiglia.

Alcuni tra i maggiori architetti del tempo furono suoi docenti alla Scuola Superiore di Tecniche Figurative.

Nel 1910 con altri artisti (Kobliha, Váchal..) fonda il gruppo *Sursum*.

Nel 1912 inizia a creare il primo di vari cicli grafici, dedicati a figure come Amleto, Cristo, Don Giovanni, Ercole.

Per molti anni insegna alla Scuola Statale di Grafica e collabora con diverse riviste.

Muore a Nové Město (Boemia Orientale) nel 1950.

Scrisse Konupek nell'autobiografico *Hodina Hermova*, “ciò che io faccio non è che una registrazione e una riproduzione di impressioni ed accadimenti dell'incessante pellegrinaggio nella grande spirale della vita”. Una trascrizione quasi automatica di fatti regolati altrove, dei quali sarebbe vano cercare le motivazioni. “Sono determinista, - continua Konupek - non solo credo, ma sono convinto che una mano estranea mi conduca e mi spinga in avanti. Non mi ribello. Sarebbe inutile resistere”.

Konupek si nutre di enigmi. Furori mistici e frenesie visionarie si inseguono in lui secondo sorde e misteriose euritmie; le sue opere, come scrisse Frantisek Kobliha nel saggio che gli dedicò nel 1943, sono “cristallizzazioni di sogni”. E infatti, come cristalli, le sue visioni sono nitide e chiare, spesso la resa grafica è di un netto realismo che a volte diviene quasi vignetta. E questo disegno saldo, ben fatto, è la cifra degli artisti filosofi, come aveva già notato Baudelaire.

L'arte di Konupek, così come i soggetti delle sue opere, è fuori del tempo, è simbolismo senza età; e nella sua corsa in quello che Georg Trakl chiamò “raggiante precipizio del sole” egli fu, e non poteva essere altrimenti, cosmicamente solo.

Giugno – Luglio 2011

*L'École des Italiens – Museo Immaginario
Domodossola, via Mellerio
Info 339 3294909*

La malattia d'amore: medicina e letteratura a confronto

Stefano Romano

Basta ascoltare una qualsiasi canzone italiana, sia recente che datata, per accorgersi di come il binomio "amore-malattia" faccia parte dell'immaginario collettivo.

Chiunque si senta catturato dalla passione e rapito dal suo oggetto del desiderio tende a definirsi come "malato d'amore".

D'altronde l'eros è forse il sentimento che coinvolge maggiormente la psiche e il corpo, il che facilmente comporta l'accostamento ad una patologia. Nel mondo antico, oltre ad essere un *tópos* letterario, il binomio "amore-malattia" era considerato una realtà scientifica.

L'eros, sia che giungesse nelle sembianze di un giovane dio arciere, sia che fosse un morbo che si diffondeva in tutto l'organismo, coincideva con una patologia come l'influenza o la bronchite e presentava una precisa sintomatologia.

Saffo, poetessa vissuta a Lesbo tra VII e VI secolo a.C., descrive con dovizia di particolari gli effetti sul suo organismo della sconvolgente passione nei confronti di una ragazza: "[...] il cuore mi palpita nel

petto/ se appena ti guardo, subito la voce/ mi viene meno/ la lingua si rompe, un fuoco/ sottile corre sotto la pelle/ nulla più vedono gli occhi, e un rombo/ mi riempie le orecchie./ Un sudore di gelo mi copre, e tremore/ tutta mi

possiede, e sono pallida/ più dell'erba verde [...]".

Saffo ci offre la prima descrizione della patologia erotica in un quadro clinico coerente, ma è molto probabile che attingesse a sua volta a una tradizione medica preesistente, tradizione di cui resta tracce nel *Corpus hippocraticum*, al quale risale la teoria umorale della malattia d'amore.

L'organismo si compone di quattro umori: il sangue, che è prodotto dal cuore; il flegma, che ha origine dal cervello; la bile gialla prodotta dal fegato e la bile nera di origine splenica. Dalla combinazione di questi quattro umori dipendono i processi vitali e quindi la salute o la malattia dell'organismo. I disturbi mentali legati all'eros, quali l'angoscia, la depressione e il desiderio di morte, dipenderebbero da un eccesso di produzione di bile nera e dalla combustione della bile gialla.

Accanto all'interpretazione umorale abbiamo quella psicologica, risalente a Galeno: i disturbi provocati dall'amore sarebbero causati da un'alterazione

delle facoltà che operano nei ventricoli cerebrali. In particolare, la causa psicologica capace di scatenare il processo morboso viene individuata nella fissazione maniacale su un oggetto, capace di alterare l'equilibrio dell'encefalo provocando la combustione della bile.



Le due interpretazioni della patologia erotica ebbero molto successo e si mantennero anche nella trattatistica medica medioevale. I poeti furono particolarmente influenzati dalle teorie scientifiche, in particolare nella descrizione dei sintomi della malattia d'amore.

Teocrito di Siracusa, poeta del III secolo a.C., delinea alcuni sintomi tipici della patologia, quali il deterioramento del corpo, gli *shock* termici, l'instabilità psichica e l'alterazione degli umori dell'organismo, che comporta il cambiamento di colore della pelle: “[...] *lo vidi, ne fui pazza, mi si spezzò il cuore/ me infelice. Svanì il colore dal mio volto [...]/ Una febbre ardente mi sconvolse/ restai a letto dieci giorni e dieci notti. [...]/ La mia pelle divenne gialla come il tapso/ tutti i capelli cadevano dal capo, non mi restava/ più che pelle e ossa [...]/ Più della neve tutta diventai fredda, e dalla fronte/ il sudore mi scorreva come gocce di rugiada;/ parlare non potevo, nemmeno un balbettio/ di quelli che i bambini rivolgono alla mamma mentre dormono./ Mi bloccai tutta, come una bambola di cera. [...]*”.

Cornaro, poeta greco della seconda metà del XVI secolo, autore del poema cavalleresco *Erotókritos* (che, non a caso, significa “torturato dall'amore”), descrive sintomi quali l'insonnia e l'anoressia (“*a poco a poco verso l'amore egli piegava/ e, senza cibo e sonno, la mente s'angustiava*”) le crisi di pianto (“*Le lacrime correvano ora dentro e fuori*”) e i disturbi uditivi e visivi, dovuti all'alterazione dell'equilibrio celebrale (“*ma quella era impazzita: non vedeva né udiva*”).

Se nella descrizione dei segni della patologia erotica la poesia sembra avere attinto molto dalla medicina, si può invece segnalare una divergenza per quanto concerne la causa e le possibili cure di questa sconvolgente malattia. I poeti erano infatti convinti che le dannose conseguenze psico-fisiche fossero dovute ad un agente esterno che penetra nell'organismo sano e si aggiunge ad esso.

Da questa concezione deriva la tipica descrizione di Eros come un dispettoso e infallibile arciere, sulla scia dell'Apollo saettatore dell'Iliade. La medicina ippocratica, invece, nasce come reazione a questa concezione “magica” della malattia e si basa sull'idea che la patologia non è un essere, ma un processo che si sviluppa all'interno dell'organismo.

Su questa teoria si fonda la pratica di curare la patologia amorosa attraverso terapie allopatiche, cioè volte a contrastare il processo interno all'organismo. La maggior parte delle cure previste dai medici si rivolge alla psiche del paziente.

Il primo rimedio contro la malattia d'amore previsto

dalla trattatistica medica consiste nello sfruttare la funzione terapeutica del dialogo, volto a convincere il malato ad evitare la solitudine e a fuggire l'ozio. Il discorso può anche servire a denigrare l'oggetto d'amore, al fine di sfruttare il potere inibitore del disgusto.

I medici medioevali, addirittura, potevano anche ricorrere a terapie *shock*, quali la fustigazione, il digiuno e la contenzione. I poeti, dal canto loro, ritengono che la patologia erotica possa essere curata con una terapia omeopatica, che consiste semplicemente nel soddisfare il proprio desiderio d'amore e quindi piegarsi ad esso.

Questa particolare terapia ha tratto senza dubbio origine dal mito di Telefo. Colpito dalla lancia di Achille, Telefo era destinato a morire per la profonda ferita, ma un oracolo gli rivelò l'unica via di salvezza, che consisteva nel farsi curare dalla stessa arma che lo aveva colpito. Telefo si mise perciò in viaggio alla ricerca del figlio di Peleo, e dopo molte vicissitudini fu curato dal medicamento raschiato sulla punta della lancia di Achille. Così come Telefo, dunque, il malato d'amore può essere curato soltanto dall'amore stesso.

Persino un autore poco elegiaco come Machiavelli ha espresso questo potente stereotipo letterario: “[...] *In effetti io l'ho lasciato fare (scil. l'amore) et seguitolo per valli, boschi, balze et campagne, et ho trovato che mi ha fatto più vezzi che se io l'avessi straziato*”.

Macedonio di Tessalonica, poeta bizantino vissuto nel VI secolo d.C., ben descrive l'applicazione del mito di Telefo alla cura della malattia d'amore: “[...] *La mia malattia è senza speranza [...]. Se io sono Telefo, sii tu, ragazza, per me un Achille leale: con la bellezza mi hai colpito. Con la stessa bellezza guarisci il mio desiderio*”.

Medici e poeti si sono dunque confrontati con l'Eros, dimostrando una certa convergenza nella descrizione delle manifestazioni del sentimento amoroso degenerato nella patologia, pur stabilendo teorie diverse sulla sua origine e sulle modalità di cura. L'amore (che tutto può) ha rappresentato per molti secoli un punto di incontro di mondi diversi come la scienza e la letteratura, quell'amore che è l'unica malattia di cui tutti noi desideriamo ammalarci.

Stefano Romano

Per ulteriori informazioni sul rapporto tra amore e malattia, cfr. PERI M., *Malato d'amore. La medicina dei poeti e la poesia dei medici*, Soveria Mannelli (Catanzaro): Rubbettino, 1996.

Recensione del libro “L’etica del consenso informato”

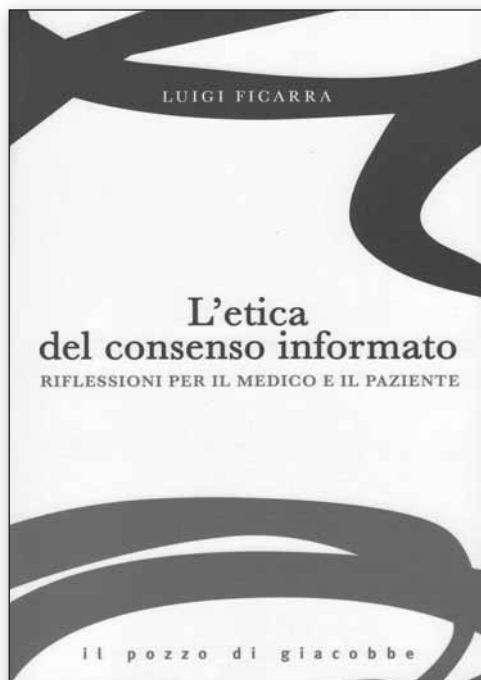
Oggi giorno quello del consenso informato è un discorso sempre più vivo e controverso nel contesto della pratica clinica. Oltre che teoriche motivazioni di ordine specialistico (soprattutto l’esaltazione dell’autonomia del soggetto malato), è stata la spersonalizzazione sempre più diffusa - cui ha certamente contribuito il modello organizzativo dei sistemi sanitari nazionali, compreso quello italiano - del rapporto medico-paziente ad acuire la rilevanza di questa problematica, trasferendola, quasi come ovvia e diretta conseguenza, su un piano esclusivamente legalistico. Ne è derivata una non indifferente moltiplicazione del numero di pubblicazioni sugli aspetti medico-

legali del consenso informato (e quindi anche dell’autonomia del malato e del potere di azione del medico); per contro, esiste molto poco... che si occupi in maniera specifica e dettagliata degli aspetti etici di tale questione.

A dire il vero non pochi lavori teoricamente affermano di affrontarli, ma concretamente sviluppano poi, in maniera prevalente o esclusiva, discorsi di ordine legalistico, deontologico e giurisprudenziale, forse anche (o soprattutto?) per una confusione fra bioetica e biodiritto. Dedicarsi di fatto pressoché esclusivamente agli aspetti etici del consenso informato, quindi ad un vero argomento bioetico, è quanto si è proposto questo libro, anche se contiene certamente dei riferimenti al biodiritto e alla deontologia professionale. Ma ciò non per trarre da questi ultimi sostegni all’etica (che epistemologicamente è da essi assolutamente indipendente), ma per sottolineare la specificità e singolarità (e autonomia) del discorso morale, che purtroppo sono sempre più fraintese.

Ma perché questa particolare attenzione per l’etica del consenso informato?

L’etica costituisce l’unico strumento che, in un contesto societario liberale - purtroppo sempre più pretenzioso



che il giusto sia solo ciò che è democraticamente legale - consente al singolo di fare riferimento alla propria coscienza razionale (e non al diritto positivo e/o alle tradizioni del proprio contesto sociale) per distinguere il bene dal male.

Quanto sostenuto in questo libro, oltre ad essere frutto di una “logica etica”, ossia di procedimenti teorici razionalmente condotti, fa necessario e costante riferimento anche a conoscenze tecniche (non dilettantistiche, ma professionali) e ad esperienza clinica nell’ambito soprattutto chirurgico. Tale smorzamento della distinzione fra bioetica filosofica e bioetica clinica (quindi dell’etica teorica e dell’e-

sperienza empirica) è molto importante perché la scienza bioetica non può essere seriamente affrontata senza il supporto di adeguate conoscenze biologiche e mediche ed il riferimento alla concreta realtà clinica; cosa che oggi viene purtroppo spesso trascurata da molti sedicenti bioeticisti filosofi, o giuristi, o teologi, o politici.

Qualsiasi discorso etico rispettoso della morale in sé e della dignità dell’uomo dovrebbe innanzitutto essere un invito e un accompagnamento alla retta riflessione: una riflessione intima, dalla quale ciascuno deve cercare di dedurre convincenti conclusioni operative che non gli causino rimorso interiore, dunque personalmente oneste.

“L’etica del consenso informato” del dott. Luigi Ficarra, edito da “Il Pozzo di Giacobbe”, affronta in modo chiaro e comprensibile, con stile letterario piacevole, secondo una ottica non abituale e scontata, problematiche essenziali per la nostra professione, come l’accanimento terapeutico, il testamento biologico, l’eutanasia, ecc., non solo il consenso informato.

Insomma, il libro del Collega, particolarmente competente anche in materia di Teologia e Scienze religiose, vale ben più dei suoi 14,00 € di costo.

Carlo Sizia

Sgarbi “benedice” il nuovo libro di Hüllweck

Come succede a molti esponenti del mondo della medicina, anche Enrico Hüllweck, già dirigente nazionale della CIMO e attuale collaboratore de “Il Medico Ospedaliero”, è uno scrittore.

Appassionato attore di teatro in gioventù, è stato presidente della Fondazione Teatro di Vicenza e membro del C.d.A. del teatro Stabile del Veneto e a lui si deve (durante il suo mandato di Sindaco) la costruzione del nuovo Teatro Comunale di Vicenza.

Interessato all’arte nelle sue diverse espressioni, si è sempre dedicato alla produzione letteraria, anche come autore di poesie.

L’ultima opera poetica di Hüllweck, edita dalla Casa Editrice Marsilio, si intitola “LORMA” e ha raccolto il consenso (oltre che la prefazione) di Vittorio Sgarbi. Ed è proprio Sgarbi a sottolineare come la voce poetica di Hüllweck, quasi tutta in endecasillabi, sembri veramente attendere una musica di fondo, capace di accompagnare quel canto intenso e meditato, con il quale il nostro autore vive o fa rivivere emozioni e riflessioni suscit

scitate in lui dalle realtà incontrate. Molteplici i temi e le figure che ispirano le diverse poesie, ma sono soprattutto due i principali interlocutori dell’anima poetica di Hüllweck: il mondo delle cose che lo circondano e il fascino misterioso della femminilità. Per il poeta hanno anima e voce le pareti e le ombre della sua

casa, i libri sulla scrivania, il giardino, le strade, le case, l’acqua dei fiumi e del mare, gli alberi e le stelle, il buio della notte così come la luce del sole e della luna o l’immagine affascinante e poliedrica delle diverse figure femminili.

Questo libro, che raccoglie poesie scritte dal 1964 al 2010, è dedicato a LORMA (abbreviativo di Lorella Maria), la moglie adorata alla quale, in poesia, Hüllweck lascia questo messaggio d’amore: “Io sarò il mare e tu per me Venezia”.

Ma ecco le parole vive di Vittorio Sgarbi, critico e uomo d’arte che, anche in questa occasione, non rinuncia a collegare il suo acume letterario con la pungente ironia che lo contraddistingue.

Dice SGARBI:

“Fosse vivo oggi Neri Pozza, estremo vicentino e artista anche come editore, difficile e sofisticato, non avrebbe dubbi a pubblicare i densi versi di Enrico Hüllweck. Eppure, per farlo, da intransigente azionista, avrebbe dovuto apparentemente contraddire molte sue convinzioni e risalire la china dei pregiudizi verso un uomo politico eletto prima deputato e poi, per due legislature, Sindaco di Vicenza, dal centrodestra. E quindi “inquinato” dalla vita politica attiva e, quindi, poeta sommerso, dilettante e, sulla carta, non credibile e non proponibile.

Eppure, con fastidio e insieme con

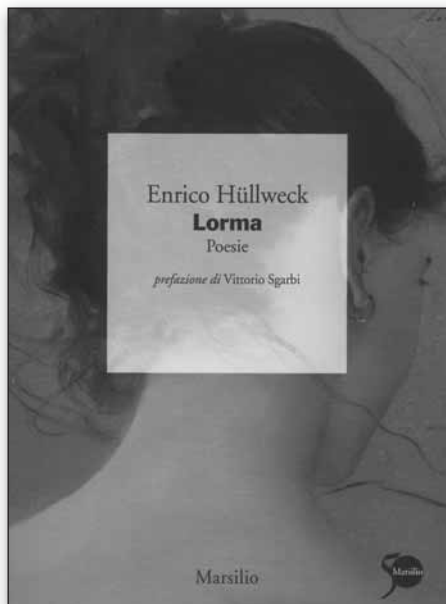


scrupolo, Neri Pozza si sarebbe applicato alla lettura, sorprendendosi di pagina in pagina e, quasi con disappunto, ricredendosi. Infatti Hüllweck, a dispetto degli handicap sopraelencati, è poeta. Genuino, intenso, libero. Il suo sermone poetico è autentico, educato, in equilibrio tra andamento narrativo e sostenuta intonazione lirica.

I confini del suo racconto lirico sono le acque di Venezia, i Colli Berici, i profili di Angarano e di Bassano, il Monte Grappa. Spesso il verso ha un ritmo popolare, come se attendesse una musica di accompagnamento, come un canto, ma poi prevale un canto interiore, in un passaggio dai ponti e dalle strade nelle stanze di una casa, dove arrivano lontani i rumori della notte. E allora la descrizione lascia spazio alla riflessione, come in "PARETI BIANCHE":

"Al di là dei portoni d'ombra, nude pareti. E vi son scritti i sogni, tutti i pensieri d'un tempo, quando gli occhi scrivevano ancora sul muro bianco. Ora i pensieri li scrivo nel cuore e se un giorno speranze ricercassi di quest'oggi che fugge e mi tormenta non troverei che le pareti bianche."

Hüllweck ha letto Giacomo Noventa e Kavafis. E, ricomposta in una intonazione non aulica, la poesia dei classici, di Leopardi in particolare, riletto attraverso Cardarelli:



"Ma il dì verrà per me senza sorriso, quando la vita amici e gioia perde. Non più tra voi ma in altre vie più fredde

dell'esistenza l'invisibil filo vorrà condurmi senza più speranza". Hüllweck ha molto letto, e molto rimeditato e rigenerato, fino a trovare una sua misura, una sigla composta e dolente, tra malinconia e rassegnazione. I suoi versi, anche quando dolenti, sono composti, misurati, in una speranza d'incoscienza:

"Meglio per me non scorgere il confine del mio grande esser solo, che sentire

lì a due passi iniziare l'amicizia, ma guardarla da fuori a me d'intorno."

Alla fine della lettura, il burbero Neri Pozza avrebbe scritto un indispettito "VISTO SI STAMPI", riconoscendo in Hüllweck un poeta trattenuto, pudico, ansioso di essere ascoltato:

"Egocentriche fiamme, ci illudiamo d'esser perfino d'egoismo intrisi perché morte temiamo e non la vita, angosciati perfino dal timore di non poter mai più soffrire ancora."

"Si stampi, dunque, e si legga, Enrico Hüllweck", avrebbe detto, con lo stesso felice intuito che oggi spinge Cesare De Michelis, esperto letterato e uomo di cultura, ad affidare alle stampe per la sua MARSILIO i versi di questo poeta vicentino.

Vittorio Sgarbi

La pubblicazione "LORMA", edita per conto della Casa Editrice MARSILIO EDITORI s.p.a. (collana "I giorni")

(www.marsilioeditori.it), realizzazione editoriale di Silvia Voltolina, è illustrata dal pittore Renzo Crociara.

Il volume di poesie "LORMA" è prenotabile in TUTTE LE MIGLIORI LIBRERIE.

L'autore Enrico Hüllweck è disponibile, a richiesta, a partecipare a incontri culturali di commento e presentazione dell'opera.

Dopo Chernobyl il rischio-cancro riguarda il Giappone

Mario Ferrera

Dopo 25 anni “i veri effetti di Chernobyl sulla salute umana sono da determinare”. Sarà lo stesso per Fukushima?

La recente catastrofe nucleare del Giappone, a 25 anni di distanza dal disastro di Chernobyl, riaccende l'interesse del mondo scientifico internazionale sulle conseguenze mediche della radioattività nucleare.

Mentre in Giappone si sta ancora lottando per tenere sotto controllo i reattori nucleari di Fukushima, gli esperti di radiazioni nucleari sperano di poter disporre di nuovi e più dettagliati dati sugli effetti delle radiazioni sulla salute umana, tenendo conto anche del fatto che il Giappone di oggi, rispetto alla Unione Sovietica di 25 anni fa, dispone di capacità, conoscenze scientifiche, ed un clima politico ben superiori e migliori rispetto al periodo in cui avvenne il disastro nucleare di Chernobyl. Su *Lancet Oncology*, pubblicato online il 26 aprile scorso, *Kirsten Moysich e Philip McCarthy del Roswell Park Cancer Institute di Buffalo, New York, e Per Hall del Karolinska Institute di Stoccolma* in Svezia, avanzano la convinzione che le conseguenze dell'incidente di Fukushima nel Giappone di oggi, potrebbero far luce sulle conseguenze per la salute umana derivanti dall'esposizione alle radiazioni dopo il disastro di Chernobyl del 1986. Dal punto di vista scientifico, il nodo della questione - e qui sta il paradosso - è che attualmente vi è poca concordanza a livello mondiale nel valutare e definire gli effetti sulla salute umana dell'incidente di Chernobyl, anche se numerosi lavori scientifici riportano come effetto principale il rischio-cancro.

Nella sostanza, sostengono gli esperti su *Lancet*, è mancata una "informazione completa e precisa durante il disastro nucleare russo", pertanto, "i veri effetti di Chernobyl sulla salute umana sono ancora da determinare". Il reattore di Chernobyl, sostengono gli esperti statunitensi ed europei, non era al momento dell'incidente protetto in un guscio di rinforzo, per cui il tetto della centrale è saltato in aria.

L'esplosione del reattore, secondo gli Autori dell'articolo, avrebbe liberato nell'atmosfera da 8 a 180 tonnellate di carburante nucleare insieme a prodotti di fissione, con

un vento che soffiava in direzione nord-ovest, quindi in pieno continente europeo. La mancanza di calcoli dosimetrici precisi, nei primi giorni successivi all'incidente di Chernobyl, non permette una valutazione precisa della quantità esatta di prodotti nucleari che vennero liberati nell'atmosfera.

Conseguenze cancro poco chiare

Per circa tre settimane dopo l'incidente di Chernobyl una notevole quantità di radiazioni venne rilasciata nell'atmosfera. Oltre al personale della centrale nucleare deceduto per effetto diretto dell'esplosione del reattore, circa 100 vigili del fuoco furono esposti direttamente e massicciamente alle radiazioni durante le fasi di spegnimento dell'incendio, mentre in circa 200 lavoratori venne riscontrata la sindrome acuta da radiazioni. Di questo gruppo si sa che 30 morirono dopo pochi mesi dall'incidente, altri 14 sono morti nell'arco dei successivi 10 anni. Secondo il **Dr. Moysich** l'effettiva incidenza di tumori a lungo termine per effetto diretto dell'esposizione rimane poco chiara, mentre i tumori documentati come direttamente associati a Chernobyl erano in gran parte limitati a tumori della tiroide nei bambini ed in numero inferiore rispetto a quanto inizialmente previsto. Gli stessi Autori dell'articolo pubblicato su *Lancet Oncology*, hanno partecipato alla stesura del primo grande rapporto delle Nazioni Unite sugli effetti dell'incidente di Chernobyl pubblicato nel 2002 e disponibile in rete: "Abbiamo concluso che, ad eccezione del cancro della tiroide nei giovani, non ci sono prove forti che suggeriscano che l'incidenza del cancro sia aumentata a seguito dell'incidente". Gli stessi, aggiungono, che molti altri ricercatori hanno condiviso questa stessa conclusione.

Bambini e giovani adulti sono ad alto rischio

Anche se vi sono segnalazioni di possibili aumenti di leucemie infantili e tumore al seno in alcune aree vicine al reattore di Chernobyl, tuttavia questi studi presentano evidenti limiti dal punto di vista scientifico.

Lavori di Autori giapponesi (*Life Span Study*), che hanno valutato i fattori di rischio legati alle radiazioni dopo i

bombardamenti atomici della seconda guerra mondiale, suggeriscono che il rischio maggiore riguardava il tumore al seno nelle donne che erano adolescenti al momento del bombardamento atomico.

Un altro punto delicato è l'allattamento nel momento dell'incidente atomico in quanto *“la probabilità di assorbimento di radionuclidi nel tessuto mammario è più alta”*. Lo studio suggerisce che una valutazione dell'effettivo aumento di tumori al seno dopo Chernobyl non può prescindere da *“uno studio epidemiologico analitico incentrato sulle donne che erano in pubertà al momento dell'incidente”*.

Per quanto riguarda l'attuale crisi nucleare in Giappone gli Esperti sottolineano il fatto che saranno necessari *“sforzi aggressivi per limitare l'esposizione allo iodio radioattivo ed al cesio e per isolare le zone contaminate. Bambini e giovani adulti sono a più alto rischio e le esperienze passate hanno dimostrato che l'esposizione in giovane età eleva il rischio per la salute come il cancro alla tiroide”*.

Nel caso di Chernobyl, sulla impossibilità ad eseguire ricerche scientificamente valide per valutarne gli effetti sulla salute ha pesato, senza alcun dubbio, l'instabilità politica dopo il crollo dell'ex Unione Sovietica nel 1991 e la scarsità di finanziamenti disponibili da parte delle nuove Nazioni che hanno subito il maggiore onere dall'incidente.

La situazione nel Giappone di oggi, sostengono i nostri Esperti, è ben diversa, almeno per poter consentire un esame più completo del grave incidente nucleare. *“I risultati di tali studi dovrebbero essere utili per informare l'opinione pubblica circa le aspettative di questi effetti sulla salute e devono guidare i responsabili della sanità pubblica in attuazione di una risposta medica efficace”*, concludono.

Quali sono i rischi per la salute?

Il Dr. **Jeff Patterson**, Past President del **Physicians for Social Responsibility (PSR)**, nel collegare il disastro nucleare di Chernobyl a 25 anni di distanza, con l'attuale situazione giapponese di Fukushima, sostiene che *“purtroppo le incognite superano di gran lunga i saperi in questi incidenti”* e che *“il Giappone può essere una società aperta più che l'ex Unione Sovietica, ma il governo non è stato completamente vicino all'incidente”*. Il riferimento alla scarsa attenzione del Governo giapponese riguarda, per il dr Patterson, il fatto che i rapporti originariamente riferiti dal Governo riportavano valori di radiazioni ben inferiori rispetto all'effettivo aumento delle radiazioni sprigionate dal reattore di Fukushima, e

che i lavoratori giapponesi impiegati nel reattore lamentavano che i livelli di dosaggio delle radiazioni non venivano registrati in modo accurato.

Ancora oggi Chernobyl non può essere portato ad esempio ai fini di una corretta valutazione degli effettivi rischi per la salute umana, in quanto gli studi disponibili presentano per il dr. Patterson *“enormi differenze circa gli effetti sulla salute”*.

“Questo, aggiunge, non è un dato inaspettato data la storia dell'industria nucleare mondiale, i cui marchi di garanzia sono stati la segretezza, cover-up e la tendenza a minimizzare”. L'ex Unione Sovietica era una società segreta e purtroppo *“molte delle cartelle cliniche dei liquidatori di Chernobyl – (personale incaricato di ripulire la zona della centrale nucleare) sono semplicemente scomparse, per cui non abbiamo modo di seguire queste persone, o sapere cosa è successo a loro”*.

Ciò spiega il fatto che, aggiunge il dr Patterson, la gente non si *“fidi del Governo né dell'industria nucleare per dire loro la verità”*. L'esperienza delle prime armi nucleari e della loro sperimentazione ci insegna come i Governi erano indifferenti riguardo alla salute pubblica. Anche se ci hanno detto che certi incidenti non potrebbero mai accadere *“sappiamo che in realtà avvengono e non possiamo fare reattori nucleari a prova di terremoto o di tsunami”*.

Un terzo della popolazione degli Stati Uniti (più di 111 milioni di persone) si trova, oggi, nel raggio di 50 chilometri da un reattore nucleare. Tenuto conto di Chernobyl, ed oggi di Fukushima, si impone una rivalutazione dei piani di emergenza per gli incidenti nucleari.

Ricordiamoci che Paesi a noi vicini, come la Francia, hanno da tempo sviluppato una rete di centrali atomiche a pochi passi dalle nostre città.

Esperti provenienti dagli Stati Uniti, Europa e Giappone hanno avviato una Fondazione la **Chernobyl Health Effects Research Foundation (CHERF)** sostenuta dalla Agenzia Internazionale per la Ricerca sul Cancro (**IARC**), allo scopo di sviluppare strategie di ricerca volte a studiare a lungo termine le conseguenze sanitarie di Chernobyl, in particolare nei bambini in Bielorussia e Ucraina, attraverso dettagliate misure di dose alla tiroide nonché tra i “liquidatori”.

A 25 anni di distanza i reali effetti sulla salute umana dell'incidente di Chernobyl devono ancora essere studiati e compresi a fondo.

Dott. Mario Ferrera, Oncologo
Vice Direttore del Giornale CIMO

IL DIRETTORE RISPONDE

Rinuncia ad incarico di direzione di struttura semplice

Il dott. A. G. ci scrive: "Vorrei conoscere il parere del sindacato sulla possibilità, da parte mia, di rinunciare ad un incarico dirigenziale di struttura semplice, da poco rinnovato dopo il parere positivo del Nucleo di valutazione, per poterne assumere uno differente in accordo con il direttore della struttura complessa in cui lavoro. È possibile attuare la rinuncia per mutare la tipologia d'incarico e, se sì, come devo fare per non incorrere in eventuali penalizzazioni da parte dell'amministrazione?"

La rinuncia ad un incarico, nella fattispecie di direzione di struttura semplice, non è ipotesi prevista e disciplinata dai contratti nazionali di area medica.

Nulla osta, tuttavia, che a seguito di periodica graduazione aziendale delle funzioni, ad un dirigente medico venga assegnato un nuovo e diverso incarico (che, in presenza di valutazioni positive, non potrà essere di livello inferiore), con abbandono automatico, quindi, del precedente incarico. Se il Suo direttore di struttura complessa fa la proposta all'amministrazione, e se la nuova struttura semplice esiste nell'assetto organizzativo dell'azienda in questione, i problemi saranno facilmente risolvibili.

Non è, comunque, Suo interesse accettare incarichi dirigenziali di livello inferiore a quelli di direzione di struttura semplice, anche se di pari retribuzione economica complessiva.

Infine, la semplice rinuncia all'incarico in atto di responsabile di direzione di struttura semplice potrebbe essere valutato negativamente in sede di periodica verifica dei dirigenti da parte del Collegio tecnico.



Indennità di sostituzione del direttore di S.C. cessato

Il dott. M.A. ci scrive: "Nell'Ottobre 2008 viene conferito, ad un nostro iscritto, incarico ai sensi dell'art. 18 CCNL 8/06/2000 e dell'art. 11 del CCNL 3/11/2005, in sostituzione del direttore di struttura complessa, assente per cessazione del rapporto di lavoro. Al dirigente, dopo i primi due mesi e per i successivi 12 mesi, è stata corrisposta indennità di € 535,05 mensili. Ha continuato poi, e fino ad oggi, ad assolvere all'incarico conferito, senza alcuna comunicazione da parte dell'amministrazione, che tra l'altro non ha ancora attivato le procedure concorsuali.



Per ottenere gli arretrati dell'indennità dovuta andrebbe inoltrato ricorso al Giudice del lavoro, facendo riferimento a qualche sentenza della Cassazione? L'eventuale riconoscimento dell'indennità dovuta sarà valutata ai fini previdenziali?"

L'indennità per incarico di sostituzione del direttore di struttura complessa cessato dal servizio (ex art. 18 CCNL 8/06/2000 ed art. 11, c. 1, sub B, CCNL 3/11/2005) è sempre di 535,05 € lordi mensili (fatti salvi i primi 60 giorni di sostituzione, che avvengono a titolo gratuito), quale che sia la durata della sostituzione stessa, cioè anche oltre i 12 mesi (cioè 6+6), di cui all'art. 18, c. 4, del CCNL 8/06/2000.

Naturalmente il dirigente "sostituito" percepirà anche tutte le altre voci retributive di competenza, compresa la retribuzione di posizione, come da sua graduazione aziendale delle funzioni.

Il Giudice competente in materia (arretrati dell'indennità di sostituzione non corrisposta, ovvero risarcimento del danno) è quello del Lavoro, che di solito dà ragione al ricorrente, in questi casi.

L'indennità di sostituzione rientra, nel sistema di calcolo retributivo della pensione, nel computo della quota B della pensione. Tale voce è anche considerata nel calcolo delle pensioni miste e contributive, mentre è esclusa dal calcolo della buonuscita o TFS.



Scatti retributivi dopo 5 anni di servizio

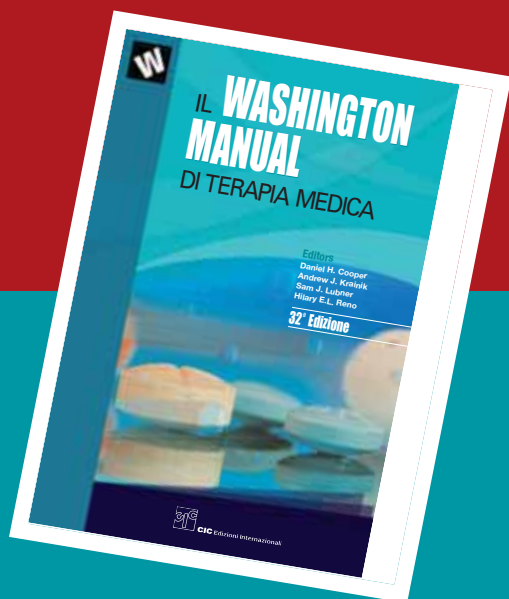
Il dott. M.R. ci scrive: "Ho un contratto a tempo determinato con la mia ASL; tale contratto è stato rinnovato semestralmente e/o annualmente dalla data iniziale fino ad oggi. Nell'azienda gli scatti di anzianità non sono automatici neanche per i dipendenti a tempo indeterminato, quindi come dovrò comportarmi in vista dell'imminente compimento dei 5 anni di anzianità di servizio? Lo scatto sull'indennità di esclusività di rapporto mi compete pur avendo ancora un contratto a tempo determinato? L'incremento della retribuzione di posizione mi compete ugualmente? Tale incremento andrà considerato con retrodatazione allorquando il contratto a tempo determinato verrà trasformato in contratto a tempo indeterminato? Dovrò fare io la richiesta? Tale richiesta in che tempi e in che modi deve essere eseguita?"

NOVITÀ EDITORIALE

D.H. COOPER, A.J. KRAINIK,
S.J. LUBNER, H.E.L. RENO

**IL WASHINGTON
MANUAL
di TERAPIA MEDICA**

32^a Edizione



Pagine 880
f.to cm.17x24
€ 80,00

 **CIC** Edizioni Internazionali

Ai sensi dell'art. 12 del CCNL di area medica 8/06/2000, II° biennio economico, il servizio di 5 anni che dà diritto all'equiparazione (quindi allo scatto della retribuzione di posizione) deve essere "a tempo indeterminato" e senza soluzione di continuità, ed avviene dopo verifica da parte del Collegio tecnico.

Ai sensi dello stesso art. 12, invece, lo scatto dell'indennità di esclusività di rapporto (con acquisizione della fascia economica più elevata) avviene dopo 5 anni di attività a tempo determinato ed indeterminato e senza soluzione di continuità, previa verifica positiva da parte del Collegio tecnico.

A complicare il tutto è ancora giunta la legge 122/2010 (art. 9, c. 1) che non consente, negli anni 2011, 2012 e 2013, incrementi retributivi per i pubblici dipendenti, rispetto a quanto da Loro percepito nel 2010.

Per contrastare la severità della legge anzidetta, c'è stata una recente e piccola apertura da parte della Conferenza delle Regioni e delle Province autonome (11/02/2011), sollecitata dalle OO.SS. mediche.

Secondo l'interpretazione della Conferenza delle Regioni e delle Province autonome sono da considerarsi esclusi dal blocco delle retribuzioni "l'attribuzione ai dirigenti, dopo 5 anni di servizio, di un incarico con funzioni superiori" e, per quanto riguarda l'indennità di esclusività di rapporto, "l'attribuzione di incarichi/funzioni diverse al maturare di superiori fasce di anzianità".

Lei chiedi comunque formalmente (raccomandata A.R.) alla Sua azienda, al compimento dei 5 anni di servizio continuativo, di essere sottoposto a verifica da parte del Collegio tecnico.

Solo dopo il superamento della verifica anzidetta, potrà chiedere alla Sua azienda gli incrementi retributivi anzidetti, sperando che l'azienda stessa sia un po' di manica larga, cioè non troppo puntigliosa nell'applicazione alla lettera delle norme prima richiamate.

Carlo Sizia

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.

notizie e commenti brevi

Ai primi di aprile si è appreso che il TAR Lazio ha rinviato alla Corte Costituzionale, non giudicandole palesemente infondate, alcune delle questioni di legittimità sollevate dall'Organismo di rappresentanza unitaria dell'avvocatura sul decreto legislativo 28/2010, che disciplina il tentativo obbligatorio di mediazione (in attuazione della delega della legge 69/2009). Nel mirino del TAR sono finiti soprattutto l'art. 5 del decreto (obbligatorietà di un tentativo di conciliazione come condizione di procedibilità in alcune materie del contenzioso civile, come liti di condominio, diffamazione, danni da incidenti stradali, ecc.) e l'art. 16 (che prevede che a costituire Organismi deputati, su istanza della parte interessata, a gestire il procedimento di mediazione siano gli enti pubblici e privati che diano garanzie di serietà ed efficienza). Il TAR Lazio non ha tuttavia sospeso l'esecutività della legge, ma certo la sua decisione ha creato incertezza in procedure importanti del contenzioso civile, in attesa della pronuncia definitiva della Corte Costituzionale.



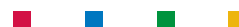
Il 13/04 il Consiglio dei Ministri ha approvato il decreto legislativo sui lavori usuranti (in attuazione di una delega della legge 183/2010), cioè il D.Lgs. 21 aprile 2011, n.67, pubblicato in G.U. i primi di maggio ed operativo dal 26/05/2011. L'attuale normativa sui lavori usuranti, con riferimento alla nostra categoria, trova solo applicazione per chi sia sottoposto a lavoro notturno almeno per 64 notti l'anno. È lavoro notturno sia quello del personale turnista, che svolga 6 ore comprensive della fascia dalle 24 alle 5, sia il lavoro ordinario svolto per almeno 3 ore in periodo notturno. Tali lavori, per definizione usuranti, devono essere svolti per almeno 7 anni negli ultimi 10 (com-

preso quello della maturazione dei requisiti) e, dal 2018, per almeno la metà della vita lavorativa. Gli "sconti" sull'età di pensionamento sono da due a tre anni al massimo rispetto all'età od alla quota cui sono soggetti i Colleghi non addetti ad attività usuranti. Ad esempio, i Colleghi "usurati" potranno andare in pensione anticipata nel 2011-2012 con quota 94 (anziché 96), cioè con 57 anni di età e 37 di contributi, mentre dal 2013 sarà necessaria sempre quota 94 (anziché 97), data da 58 anni di età e 36 di contributi. Esiste poi una ulteriore distinzione all'interno del personale turnista a seconda che lavori da 64 a 71 notti l'anno o da 72 a 77: nel primo caso, l'età minima di accesso alla pensione sarà di 59 anni nel 2011 e 2012 e di 60 dal 2013; nel secondo caso, l'età minima sarà di 58 anni nel 2011 e 2012 e di 59 anni dal 2013. Come vedete, i vantaggi sono modesti, infatti: a) sono comunque tutti lavoratori che devono avere almeno 35 anni di contribuzione utile e sono anch'essi soggetti alle nuove finestre di 12 mesi; b) il beneficio viene concesso a domanda (da presentare in prima applicazione entro Settembre per coloro che raggiungono i requisiti ridotti entro il 31 Dicembre; a regime, entro il 1° Marzo dell'anno in cui si raggiungono i requisiti); c) bisogna dimostrare di rientrare tra gli aventi diritto; d) non si hanno benefici economici sulla misura della pensione, anzi essa è ridotta nella misura in cui è anticipata rispetto ai 40 anni di contribuzione utile; e) qualora venga superato il budget di finanziamento previsto per questo provvedimento, la decorrenza dei trattamenti viene differita, con criteri di priorità in ragione della maturazione dei requisiti agevolati e, a parità degli stessi, in ragione della data di presentazione della domanda. Una vera delusione, in particolare, per i medici di Pronto soccorso, delle terapie intensi-

ve e delle chirurgie d'urgenza, che erano stati illusi fin dai primi anni '90 sui benefici previdenziali loro spettanti. A parte la severità della soglia di almeno 64 notti di lavoro/anno (circa 6 notti/mese, tenendo conto delle ferie), rimane da vedere se le guardie notturne straordinario e retribuite forfettariamente rientrano anch'esse nel computo utile rispetto ai benefici previdenziali in questione.



Con Circolare 12 del 15/04/2011, anche il Ministero dell'Economia e Finanze è entrato nel merito dell'applicazione dell'art. 9 del d.l. 78/2010, convertito in legge 122/2010, che dispone che negli anni 2011, 2012 e 2013 la retribuzione dei pubblici dipendenti non può superare "il trattamento ordinariamente spettante nel 2010". Per quel che ci riguarda è significativo questo passo e cioè "Per quanto riguarda gli specifici incarichi conferiti nel triennio 2011-2013, si ritiene che tali incarichi possano essere retribuiti nel triennio 2011-2013 anche se non sussistenti nel 2010". Tale orientamento, coerente con quanto comunicato il 18/02/2011 sullo stesso argomento dalla Conferenza delle Regioni e delle Provincie autonome, dovrebbe (con l'impegno locale delle OO.SS. mediche) garantire nel triennio 2011-2013 almeno gli scatti della retribuzione di posizione, nonché della indennità di esclusività di rapporto, a seguito delle previste verifiche, se positive, operate dalle competenti Commissioni.



A metà Aprile sono cresciuti i ticket sui farmaci fuori brevetto (off label), i generici ed i medicinali originator da cui sono nati i generici: ciò è dipeso dal mancato adeguamento delle industrie

farmaceutiche al nuovo prezzo di riferimento, entrato in vigore il 15/04, che ha fissato per circa 4200 confezioni il tetto massimo di rimborso per lo Stato ad un valore più basso di quello precedente, con punte fino al 40%.



Il 5 Maggio il Governo ha varato il cosiddetto "decreto sviluppo". Si tratta di uno dei tanti provvedimenti-omnibus, finito tardivamente (il 12/05) in G.U. per le osservazioni-modifiche imposte da Napolitano. Tra le altre norme contiene: semplificazioni edilizie (silenzio-assenso sulle domande di rilascio del permesso di costruire: 90 gg. nei Comuni sotto i 100 mila abitanti, 150 nelle città più grandi; cambiano le regole sugli appalti delle grandi opere); riduzione degli obblighi sulle detrazioni fiscali e degli eccessi di controlli; rinegoziabilità dei mutui di importo fino a 150 mila euro, trasformabili da variabili a fissi (entro il 31/12/2012); possibilità di pagare online i ticket sanitari e di ricevere via web i referti medici da parte del S.S.N. (entro 180 gg. dalla conversione del decreto); diritti sulle concessioni delle spiagge ai privati per 90 anni (poi ridotti a 20 anni), ecc. Si tratta di un provvedimento, nonostante il titolo pomposo (sviluppo), praticamente a costo zero.

Sempre il 5 Maggio è stato approvato il decreto interministeriale dello Sviluppo economico e dell'Ambiente, che introduce il 4° conto energia, vale a dire il nuovo regime di incentivi per il fotovoltaico. Il "decreto sviluppo" è stato approvato dalla Camera in prima lettura il 21/06, con voto di fiducia, e mentre scrivo (4/07) è prevedibile che venga approvato dal Senato entro la prima decade di Luglio in identico testo.



Nelle elezioni amministrative parziali del 15-16 Maggio, secca sconfitta del Pdl e soprattutto di Berlusconi. In particolare, a Milano la Moratti è stata costretta al ballottaggio, staccata di 8 punti da Pisapia. Ha perso anche la Lega, dopo anni di successi elettorali, che constata come la perdita di voti del Pdl (e proprio al Nord) non si tramuti in un travaso di voti per la stessa Lega.

Ritengo che questo dato di fatto finirà per indurre la Lega a prendere le distanze, prima o poi, da Berlusconi, in vistosa crisi per errori soprattutto suoi (privati e pubblici).



Con sentenza della Corte di Cassazione (n.10813/2011, depositata il 17/05) è stato chiarito il termine (decennale) di prescrizione dell'azione per il risarcimento del danno da mancato o parziale recepimento di una direttiva comunitaria. Per i medici ex specializzando il riconoscimento pieno della retribuzione della formazione è arrivato solo nel 1999 (L. 19/10/1999, n.370, G.U. n.252 del 26/10/1999), quindi la possibilità di chiedere un risarcimento è stata concreta ed agibile fino al 27 Ottobre 2009 (vedere, in merito, articolo dell'Avv. F. Scagliotti).



"Il Sole-24Ore" del 24/05 documentava (su dati Agenas) la "babele" dei ticket sanitari su prestazioni di Pronto soccorso, specialistiche e farmaceutiche, con condizioni molto diversificate da regione a regione. È da anni, ormai, che la CIMO-ASMD denuncia l'abito "da Arlecchino" del nostro Servizio sanitario, dove universalità ed omogeneità sono del tutto scomparse.



Il 25/05 è stato definitivamente approvato il decreto legge n. 34 del 31 Marzo 2011 che, tra l'altro, abroga le disposizioni relative alla realizzazione di nuovi impianti nucleari. Ciò non varrà a far sì che la Corte di Cassazione annulli il referendum sul nucleare, già fissato per il 12-13 Giugno.



Alle elezioni di ballottaggio del 29 e 30 Maggio, il Centro-sinistra ha battuto il Centro-destra 59 a 18. In particolare, a Milano Pisapia ha battuto la Moratti 55,1 a 44,9% e De Magistris a Napoli ha battuto Lettieri 65,4 a 34,6%. Nuovo schiaffo, quindi, per Berlusconi ed il Pdl, nonostante i candidati vincenti non possano propriamente definirsi "espo-

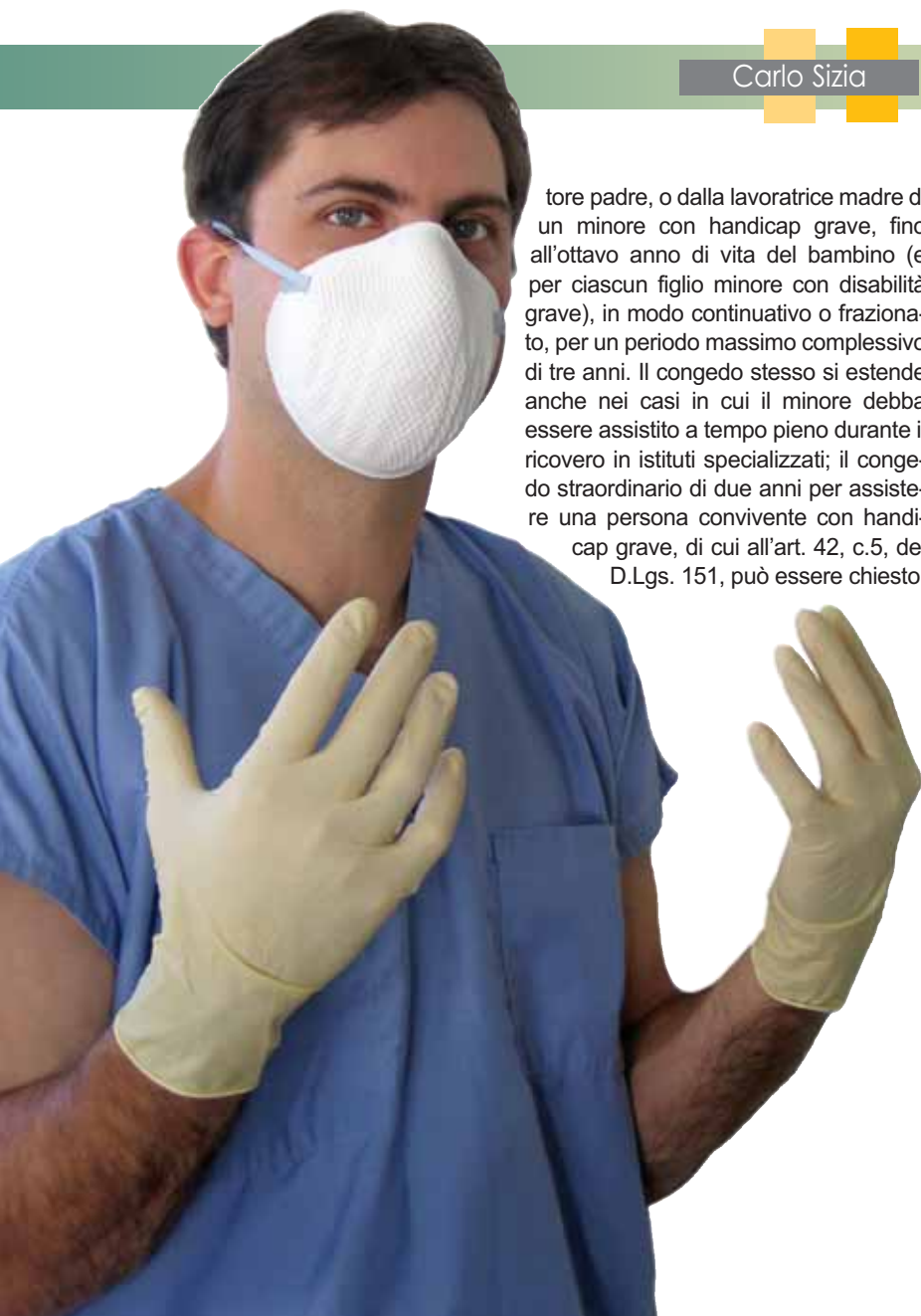
nenti ufficiali" del Centro-sinistra, per cui sembra un po' equivoco il grido di vittoria pronunciato, per il Pd, da Bersani, la cui leadership sul Centro-sinistra è molto appannata, come quella di Silvio Berlusconi sul Centro-destra. Ancor più sconcertante la "soddisfazione" del cosiddetto "terzo Polo", i cui primi risultati elettorali sono stati più che deludenti: evidentemente la sconfitta di Berlusconi basta, per Casini e Fini, per attribuirsi una "vittoria" inesistente.



Con Nota operativa 22 del 7/07, l'INPDAP ha chiarito che per coloro che hanno beneficiato della previsione di cui al comma 3 dell'art. 22 della legge 183/2010, cioè i dirigenti medici che, in servizio alla data del 31 Gennaio 2010, sono stati successivamente posti in quiescenza e poi riassunti per consentire, su istanza degli interessati ed in alternativa alla quiescenza al 65° anno di età, il collocamento a riposo al maturare del 40° anno di servizio effettivo e nel limite del 70° anno di età, **vige il divieto di cumulo** (ai sensi degli artt. 133 e 134 del D.P.R. 1092/1973) tra trattamento pensionistico spettante per il precedente rapporto e trattamento economico relativo alla rinnovata attività lavorativa.



Il 12 e 13 Giugno si sono svolti i 4 referendum popolari sui due quesiti sull'acqua, nonché sulla costruzione di centrali nucleari e sul legittimo impedimento. È stato raggiunto il quorum (oltre il 55% degli elettori ha votato), ha stravinato il sì all'abrogazione delle norme sottoposte a referendum. Terza sconfitta, quindi, in meno di un mese per Berlusconi, che con la solita imprudenza aveva sollecitato il "non voto", dichiarando che lui stesso non avrebbe votato, invito peraltro che io ho colto visto che ero ben conscio del significato esclusivamente politico del referendum, voluto proprio da Di Pietro per rianimare sé stesso e l'IDV, dopo che l'emergere dei movimenti comico-radicali "alla Grillo", aveva appannato visibilità e fortune elettorali di Di Pietro e Famiglia.



tore padre, o dalla lavoratrice madre di un minore con handicap grave, fino all'ottavo anno di vita del bambino (e per ciascun figlio minore con disabilità grave), in modo continuativo o frazionato, per un periodo massimo complessivo di tre anni. Il congedo stesso si estende anche nei casi in cui il minore debba essere assistito a tempo pieno durante il ricovero in istituti specializzati; il congedo straordinario di due anni per assistere una persona convivente con handicap grave, di cui all'art. 42, c.5, del D.Lgs. 151, può essere chiesto:

retribuito, coperto da contribuzione figurativa, di cui all'art. 33, c.3, della legge 104/1992, spettano al lavoratore dipendente che assista persona con handicap in situazione di gravità (non ricoverata a tempo pieno) coniuge, parente o affine entro il 2° grado (cioè genitori, figli; ovvero nonni, nipoti, fratelli, sorelle), ovvero entro il 3° grado (zii, nipoti) qualora i genitori o il coniuge della persona con handicap in situazione di gravità abbiano superato i 65 anni di età oppure siano anch'essi affetti da patologie invalidanti o siano deceduti o mancanti. Il diritto non può essere riconosciuto a più di un lavoratore dipendente per l'assistenza alla stessa persona con handicap (interpello 24/2011 del Ministro del Lavoro), tranne che per i genitori per l'assistenza al proprio figlio con handicap grave che possono fruirne alternativamente. Appena uscirà in G.U. il D.Lgs. in questione, Ve lo comunicheremo attraverso i soliti canali.



Il 21 e 22 Giugno il Governo ha ottenuto l'ennesima fiducia, questa volta a seguito della "verifica" chiesta da Napolitano dopo che "un rimpasto" operato da Berlusconi aveva introdotto una decina di nuovi esponenti, di varia provenienza, nell'Esecutivo. Al di là dei successi nelle votazioni sulla fiducia, questo Governo rimane debolissimo e sarà molto difficile che giunga a fine legislatura (primavera 2013).



Il 14 Giugno Mario Draghi, Governatore della Banca d'Italia è stato nominato alla presidenza della BCE, dove subentrerà a Trichet dal 1° Novembre 2011. Bini Smaghi lascerà invece il board entro l'anno.



Il 28/06 è stata raggiunta tra Confindustria e CGIL CISL e UIL una intesa unitaria sui contratti del settore privato, in particolare su efficacia dei contratti aziendali in presenza di RSA, o di RSU, nonché su esigibilità delle pattuizioni e di esercizio della contrattazione aziendale, su deroghe rispetto alla regolamentazione della contrattazione

Con la legge 183/2010 (art. 24) e con la delega prevista dall'art. 23 della stessa legge (il cui D.Lgs. è stato approvato il 9/06/2011), sono state apportate alcune modifiche, in realtà marginali, agli artt. 16, 33, 42, 45 del D.Lgs. 151/2001 (tutela della maternità e paternità) e all'art. 33 della legge 104/1992, in materia di congedi, permessi, assenze retribuite. In particolare: è ora possibile che la madre lavoratrice in congedo di maternità, quando la gravidanza venga interrotta, spontaneamente o terapeutamente, dopo il 180° giorno, chieda, previa attestazione medica favorevole, di riprendere il lavoro (art. 16 D.Lgs. 151) prima del termine dell'astensione obbligatoria; il congedo parentale di cui all'art. 33 del D.Lgs. 151 può essere fruito dal lavora-

dal coniuge convivente o, in sua mancanza, dal padre o dalla madre o, se mancano, da un figlio convivente o, in caso di mancanza, da un fratello o una sorella conviventi. La retribuzione massima per tale tipo di congedo, comprensiva della relativa contribuzione, non può eccedere, per il 2011, l'importo di 44.276,33€, indicizzato annualmente; la disposizione sui riposi giornalieri (cosiddetti per l'allattamento), di cui all'art. 45 del D.Lgs. 151, si estende anche ai casi di adozione o affidamento entro il 1° anno dall'ingresso del minore in famiglia (e, in caso di assegnazione temporanea dei dipendenti ad altra sede, si applica entro i primi tre anni dall'ingresso del minore in famiglia, indipendentemente dall'età); i tre giorni mensili di permesso

nazionale, su certificazione della rappresentatività, ecc. Sono regole che, in parte, ricalcano quelle già in vigore per il pubblico impiego. La novità è che, questa volta, ha firmato anche la CGIL (ma, naturalmente, con la forte opposizione della FIOM).



Il 30/06 il Consiglio dei Ministri ha approvato il decreto legge sui conti pubblici 2011-2014 e la legge di delega sulla riforma fiscale: mentre scrivo (4/07) il testo del decreto, assemblato successivamente alla sua approvazione (!), non è ancora giunto in G.U. Accenno ai punti salienti del decreto: la manovra è da 47 mld di euro (1,5 mld per il 2011; 5,5 mld per il 2012, 20 mld per ciascuno degli anni 2013 e 2014), così da centrare il pareggio di bilancio nel 2014, partendo dal disavanzo 2010 del 4,6%; per le banche è previsto un +0,75% di IRAP ed un aumento dell'imposta di bollo sul dossier-titoli, mentre non si tocca l'attuale tassazione di favore sulle rendite finanziarie; torna il super bollo per le auto di grossa cilindrata; è prevista tassazione forfettaria di favore al 5% per i giovani imprenditori under-35; ulteriore stop nel 2014 alle assunzioni nel pubblico impiego ed ancora un anno (2014) di stop agli incrementi retributivi dei pubblici dipendenti (e così fanno 5 gli anni di blocco, dopo quelli del quadriennio 2010-2013), mentre vengono rinviati i tagli ai costi della politica; viene rinviato il superticket sanitario di 10 € su farmaci e visite specialistiche e le industrie farmaceutiche sono chiamate a ripianare dal 2013 (in ragione del 35% ed in proporzione al loro fatturato) il disavanzo della spesa farmaceutica ospedaliera; torna per il 2012 e 2013 il blocco della perequazione automatica delle pensioni (indicizzate al 100% fino a 3 volte il minimo INPS, cioè fino a 1.428 € lordi mensili; indicizzate al 45% dell'indice ISTAT per le fasce di importo tra 1.428 e 2.380 € lordi mensili, cioè tra 3 e 5 volte il minimo INPS; non indicizzate per le fasce di importo oltre i 2.380 € mensili lordi, e le nostre pensioni lorde sono almeno per il 50% del loro importo oltre i 2.380 €); l'aggancio dei requisiti di età e contribuzione richiesti per le pensioni rispetto all'incremento dell'a-

spettativa di vita è anticipato dal 2015 al 2014 e ciò, insieme alle finestre mobili, farà sì che le pensioni di vecchiaia, dal 2030 in poi, si potranno raggiungere ad un'età più vicina ai 68 anni che ai 67; L'adeguamento delle pensioni di vecchiaia delle dipendenti private (oggi: 60 anni) rispetto alle dipendenti pubbliche partirà solo dal 2020 per raggiungere, molto gradualmente ed in 12 anni (2032), i 65 anni di età; torna il sovrapprezzo per i treni ad alta velocità; anche per il 2012 è previsto il bonus produttività (sgravio fiscale); potrebbero essere aboliti gli esami di Stato per le categorie giuridico economiche, per le quali rimarrebbe soltanto il praticantato, ecc. Il disegno di legge delega sulla riforma fiscale prevede: una semplificazione del sistema con riduzione a 3 delle aliquote IRPEF (20-30-40%) senza specificare i relativi scaglioni di reddito, con abolizione delle agevolazioni; una graduale abolizione dell'IRAP (forse) ed un aumento probabile dell'IVA. Lo stesso 30/06 è stato approvato il decreto-rifiuti (con il voto contrario della Lega) per consentire di esportare i rifiuti campani in altre Regioni. Commenti: si tratta di una manovra economica sbilanciata nei modi e nei tempi, ingiusta, che colpisce le solite categorie (pubblici impiegati; pensionati; ceti medi, ecc.), mentre i Paperon dei Paperoni, gli evasori, la casta politica continuano a ridere ed a riempire di imbarcazioni lussuose i porti turistici, italiani e non. Ci vuole un bel coraggio a dire: che il Governo non mette le mani nelle tasche degli italiani (infatti dirotta le risorse di competenza degli italiani prima che giungano nelle loro tasche e scarica tagli e tasse su Regioni e Comuni); che usciamo dalla crisi meglio degli altri Paesi (siamo all'ultimo posto tra i Paesi OCSE per sviluppo e competitività). Infine: mancia competente per chi riesca a trovare nella manovra 2011 una misura "pro sviluppo", che andrebbe coniugato, secondo lo stesso Ministro, col "rigore". Ma possibile che Berlusconi non riesca a capire che con Ministri come Brunetta e Tremonti, che perveracamente si accaniscono contro dignità e diritti di almeno 10 milioni di elettori storicamente appartenenti al ceto medio ed all'area moderata, il Centro-destra non potrà recuperare nulla del consenso

perduto dal 2008 ad oggi? Vedremo, comunque, cosa accadrà dopo il solito maxiemendamento e l'abituale voto di fiducia.



Il 1° di Luglio il Consiglio nazionale del Pdl ha nominato "per acclamazione" Angelino Alfano Segretario del Partito, mentre Berlusconi rimane Presidente. Pur stimando il Segretario neo-eletto, ritengo che la forma della nomina (acclamazione) ne svilisca il significato a "investitura del Sovrano", cioè nasconda l'amara realtà del Pdl, che rimane "cosa padronale". Credo che gli italiani siano stanchi di apparenza, colpi di immagine, proclami, promesse non mantenute. Quando il Pdl ed il Centro-destra imboccheranno la strada che piace al loro elettorato tradizionale: fare cose giuste, equilibrate, da moderati, seguendo trasparenza, onestà, democrazia, merito, partecipazione?



Mentre pare alleggerirsi la posizione giudiziaria di Dominique Strauss Kahn, ex direttore del Fmi (accusato di stupro e violenza sessuale), Berlusconi visita un lunedì sì, e l'altro pure, il Tribunale di Milano per rispondere di ipotesi di reato comunque inquietanti; De Magistris sta dimostrando da subito ai napoletani di non essere San Gennaro ed il Sindaco neo-eletto di Milano (Pisapia) sperimenta con la sua Giunta come sia difficile mantenere le promesse elettorali (trasparenza, incompatibilità tra cariche, ecc.). Se De Magistris ha già dimostrato di non essere in grado di far miracoli, vedremo se Berlusconi riuscirà nel suo miracolo: durare fino a Primavera 2013. Spiace solo, per chi (come me) non è di sinistra, vedere come Berlusconi, per demeriti soprattutto suoi, abbia dilapidato un patrimonio elettorale consistente, così da favorire la prossima e probabile vittoria del Centro-sinistra, nonostante tale schieramento non abbia un leader credibile e la cui vetero-ricetta (tassa e spendi, proprio l'opposto di quanto aveva promesso Veltroni pochi anni fa al Lingotto) sia oggi impraticabile per l'Italia, già fuori dai parametri europei sia per l'uno che per l'altro aspetto.

Carlo Sizia

CIMO-ASMD PER I PROPRI ISCRITTI

A. L'INFORMAZIONE

1. SITO INTERNET www.cimoasmd.it. Il sito internet nel quale si possono trovare tutte le informazioni relative alle novità sindacali, all'attività ed all'organizzazione di CIMO-ASMD; dal sito si possono inoltre scaricare tutti i documenti ufficiali (i decreti ministeriali, il contratto di lavoro, atti d'indirizzo, ecc.) ed i commenti di CIMO-ASMD. L'accesso è libero, senza necessità d'alcuna password. Alcune Regioni hanno attivato propri siti dedicati alle problematiche ed all'attività locale, ai quali si può accedere anche dal sito nazionale.

2. IL MEDICO OSPEDALIERO E DEL TERRITORIO

Trimestrale, è l'organo ufficiale di CIMO-ASMD, inviato ad ogni iscritto. Indirizzi errati, cambi d'indirizzo, ecc., vanno segnalati alla Segreteria Nazionale. Via Nazionale 172. 00184 ROMA - sede.nazionale@cimoasmd.it

3. NEWSLETTER

Viene inviata periodicamente per illustrare le "novità" politico-sindacali e legislative a tutti gli iscritti che hanno fornito il loro indirizzo di posta elettronica. E' consultabile e scaricabile dal sito internet.

4. EDITORIA

CIMO-ASMD cura, in collaborazione con CIC Edizioni Internazionali, la pubblicazione di numerosi volumi di interesse sanitario.

B. I SERVIZI

1. PROGRAMMA DI PROTEZIONE

CIMO-ASMD offre ai propri iscritti, in collaborazione con Willis e lo Studio Legale Faletti di Torino, la possibilità di coprire, ad un costo vantaggioso, i tre ambiti di tutela che sono maggiormente richiesti:

1. un immediato contatto telefonico o via web con professionisti legali per sapere il da farsi in frangenti delicati in cui potrebbe essere coinvolta la responsabilità personale del dirigente medico nonché una risposta tempestiva scritta, nell'arco di 24 ore, ai quesiti in materia di responsabilità professionale che sopravvivono ed incalzano il medico nei momenti topici delle sue scelte (PROTEZIONE IMMEDIATA)

2. una assistenza professionale legale per tutta la durata delle controversie giudiziarie che dovessero coinvolgere, sia in sede civile che penale, il singolo dirigente medico per fatti che interessino la sua responsabilità professionale, compreso l'esercizio della libera professione intramoenia (anche allargata) (PROTEZIONE LEGALE)

3. una polizza assicurativa per il caso della "colpa grave" che intervenga nel momento in cui il soggetto che ne ha titolo contrattuale (Azienda Sanitaria o suo assicuratore) ovvero legale (la Procura presso la Corte dei Conti) chiede al dirigente medico di "rimborsare" la somma già liquidata al terzo danneggiato a titolo di risarcimento del danno (la cd rivalsa dell'Azienda e l'azione della

Corte dei Conti) (PROTEZIONE ASSICURATIVA COLPA GRAVE)

Per approfondimenti e costi consultare il sito www.cimoasmd.it

2. SERVIZIO QUESITI

Il dott. Carlo Sizia fornisce risposte alle richieste di pareri su problemi sindacali, inviate, complete di tutte le informazioni necessarie, alla Segreteria nazionale CIMO-ASMD, Via Nazionale 172 - 00184 Roma (Fax 06/6780101; e-mail: sede.nazionale@cimoasmd.it), indicando il proprio recapito; per una risposta più immediata occorre indicare il numero di fax personale o la propria e-mail.

3. SERVIZIO DI ASSISTENZA LEGALE

Il servizio di tutela legale per le controversie di lavoro degli iscritti CIMO-ASMD è affidato alle singole Federazioni Regionali CIMO-ASMD; l'iscritto deve quindi rivolgersi alla propria Segreteria Regionale per accedervi.

4. VERIFICA BUSTA PAGA E CALCOLO PENSIONE TEORICA

Per richiedere tale servizio occorre inviare, a CIMO-ASMD, Via Btg. Val Leogra, 38/R, 36100 Vicenza (Tel. 0444/966131; Fax 0444/964265), la seguente documentazione: a) fotocopia busta paga attuale; b) stato di servizio, o dichiarazione con precisa indicazione di tutti i periodi e qualifiche ricoperti; c) scheda relativa ad inquadramento economico in atto (stipendio, IIS, ISM, RIA, salario di posizione e risultato); d) in caso di passaggio di qualifica presso ente o enti diversi: produrre anche la scheda d'inquadramento economico nella qualifica di provenienza, con indicazione delle anzianità; e) in caso di verifica stipendio con riferimento a tutti i servizi resi: produrre tutte le schede di inquadramento disposte in applicazione dei vari accordi di lavoro. La risposta richiede almeno 30 giorni dal ricevimento della documentazione completa.

5. SERVIZI DI PATRONATO E ASSISTENZA FISCALE

Convenzione con il Patronato S.I.A.S.

Servizio di assistenza e di consulenza tecnica medico legale, gratuito agli iscritti CIMO-ASMD ed ai loro familiari, per il conseguimento delle prestazioni di qualsiasi genere, previste dalla normativa regolante la previdenza, la quiescenza e la malattia professionale, fornite dai vari Enti (INPDAP, INAIL, INPS, ecc.), nonché l'assunzione del patrocinio nelle opportune sedi giurisdizionali.

L'iscritto, e/o il suo familiare, può recarsi direttamente, dichiarando di essere associato CIMO-ASMD, presso la sede del patronato della sua città, i cui indirizzi sono reperibili sul sito internet www.patronatosias.it.

Convenzione con i CAF MCL

Presso tutte le sedi periferiche dei Centri di Assistenza Fiscale MCL, gli iscritti CIMO-ASMD possono ottenere gratuitamente il visto di conformità al modello 730 già compilato oppure l'assistenza alla compilazione ed all'elaborazione del modello stesso, pagando una tariffa convenzionata. Il CAF è in grado di dare assistenza anche nella compilazione del modello Unico e nella denuncia ICI.

Il recapito del CAF della propria città è reperibile nel sito www.cafmcl.it.

6. FORMAZIONE

CIMO-ASMD offre a tutti i propri iscritti l'adesione alla S.P.E.M.E., una società scientifica che consente loro di partecipare, gratuitamente o con forti riduzioni, agli eventi formativi, accreditati E.C.M. da questa organizzati. Il calendario è disponibile nel sito www.speme.com.

7. PUBBLICA "IL GRANDANGOLO"

Quaderni di cultura sanitaria. Rivista trimestrale, edita da SPEME, inviata agli iscritti che ne fanno richiesta alla Segreteria nazionale.

C. LE CONVENZIONI

1. CONVENZIONI CON ALBERGHI BETTOJA HOTELS

Centro Prenotazioni Tel. 06.4814798

Fax 06.4824976

E mail: hb@bettojahotels.it

Internet: www.bettojahotels.it

Hotel Mediterraneo**** superiore

Via Cavour 15 - 00184 Roma

Tel. 06 488 4051

Hotel Massimo D'Azeglio****

Via Cavour 18 - 00184 Roma

Tel. 06 487 0270

Hotel Atlantico****

Via Cavour 23 - 00184 Roma

Tel. 06 485 951

Hotel Nord***

Via G. Amendola 3 - 00185 Roma

Tel. 06 488 5441

STARHOTELS

Tariffe particolari in tutti gli alberghi della catena. www.starhotels.com

Le prenotazioni devono avvenire esclusivamente attraverso il numero verde 800.860.200

Identificandosi come iscritti CIMO (codice CIMOAS)

LA CONCHIGLIA

Best Western***

84064 Palinuro (Sa)

Via Indipendenza, 52

Tel. 0974/931018 - Fax 0974/931030

www.hotellaconchiglia.it

e-mail: laconchiglia.sa@bestwestern.it

GRAND HOTEL CROCE DI MALTA****

Viale IV Novembre 18

51016 MONTECATINI TERME

Tel ++39 0572 9201 Fax ++39 0572

767516 <http://www.crocedimalta.com>

Per la convenzione consultare il sito www.cimoasmd.it nella sezione servizi/convenzioni.

2. SERVIZI DI AUTONOLEGGIO CON CONDUCENTE

CIMO-ASMD ha concordato con IP CAR SERVICE una tariffa di € 45,00 per il trasferimento da o per l'aeroporto di Fiumicino-Roma centro. Per prenotare l'auto telefonare al 347/99711.

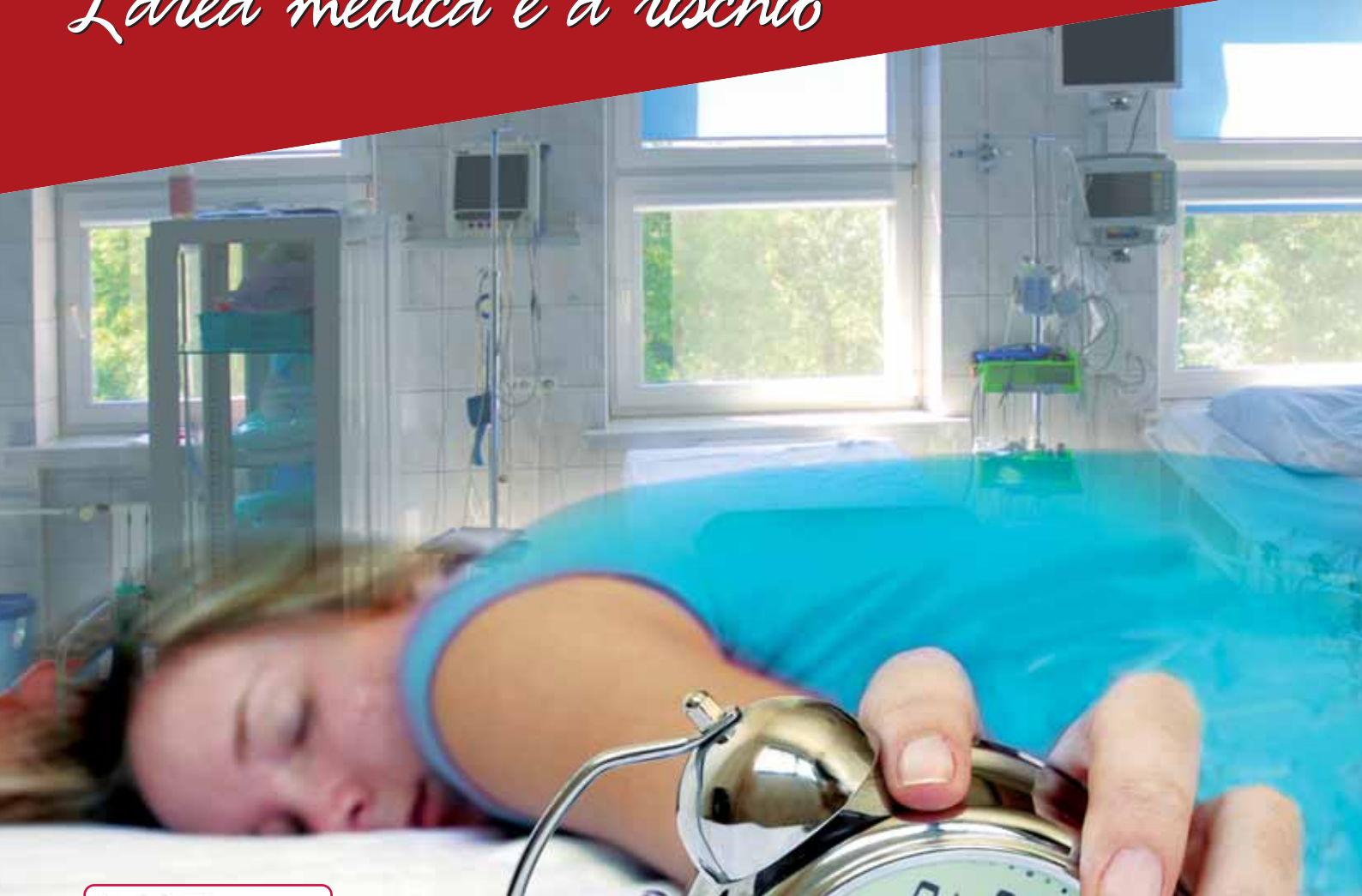
3. CONVENZIONE CON CLUB MEDICI

Tariffe particolari a tutti gli iscritti CIMO-ASMD che usufruiranno delle offerte di Club Medici

(tutte le info su www.cimoasmd.it e su www.clubmedici.it)



*Svegliati, non dormire!
L'area medica è a rischio*



*Unisciti a noi
nella mobilitazione*



CIMO-ASMD
Associazione Sindacale Medici Dirigenti