



IL MEDICO OSPEDALIERO E DEL TERRITORIO

**30° Congresso
Nazionale
CIMO-ASMD**

**Ritorniamo
al dottore**

L'atto medico
al centro
delle cure

**26 / 29
settembre
2013**
Hotel Villa Pamphili
Via della Nocetta, 105
00164 Roma



Programma

26
settembre

giovedì

Ore 15,00
Apertura dell'Assemblea Nazionale
Elezioni del Presidente dell'Assemblea, nomina della Commissione
verifica poteri e della Commissione elettorale

Ore 15,30
Relazione del Presidente Nazionale
Relazione del Segretario Nazionale Organizzativo
Relazione del Segretario Nazionale Amministrativo

Ore 16,30
Apertura del dibattito con la presentazione delle candidature
e del programma politico

Ore 19,30
Chiusura dei lavori

Ore 20,30
Termine ultimo per la presentazione delle candidature

Ore 20,45
Cena

27
settembre

venerdì

Ore 9,00
Riapertura dei lavori con comunicazione delle candidature pervenute
Apertura dei seggi ed inizio votazioni

Interventi responsabili dei coordinamenti (Donne, Emergenza
e Pensionati) e dei rappresentanti nelle varie organizzazioni (CIDA
MAPI, SPEME, FNOMCEO, ONAOSI, FIMEUC).

► **La scuola di simulazione: potenzialità e prospettive**
Ennio Duranti

► **Presentazione dell'indagine CIMO-ASMD sulle condizioni
di lavoro del medico dipendente dal SSN**
prof. Marzio Scheggi - Responsabile Scientifico dell'Istituto
HEALTH MANAGEMENT

Ore 11,30
Chiusura votazioni ed inizio scrutinio

Ore 12,30
Proclamazione degli eletti

Ore 13,00
Pranzo

27
settembre

venerdì

Ore 15,00
► **Ritorniamo al dottore.**
L'atto Medico al centro delle cure
Moderatore Cesare Fassari

Ore 15,30
Relazione del Presidente Nazionale

Ore 16,00
Interventi delle autorità e degli ospiti:
Sono stati invitati il Ministro della Salute, il Ministro della Funzione
Pubblica, i componenti le commissioni Sanità di Camera e Senato,
il Coordinatore della Commissione Salute delle Regioni,
i rappresentanti di Agenas, ARAN, FIASO, ANCI - Federsanità,
Cittadinanzattiva, FNOMCEO, ENPAM, ONAOSI e sindacati
di categoria.

Ore 19,30
Chiusura dei lavori

Ore 20,30
Cena

28
settembre

sabato

Ore 9,00
► **Responsabilità professionale e copertura assicurativa**
Avv. Giancarlo Faletti

► **Soluzioni per depenalizzare la colpa medica**
Prof. Avv. Carlo Federico Grosso - Professore Emerito Diritto Penale
Università Torino

Ore 10,30
► **Il Medico tra etica e risorse**
Modera Paolo Del Bufalo,
Intervengono Sergio Barbieri, Ivan Cavicchi, Don Andrea Manto,
Federico Spandonaro

Ore 13,00
Pranzo
Pomeriggio e serata liberi

29
settembre

domenica

Ore 9,00
Consiglio di Presidenza

Ore 10,30
Direzione Nazionale

Ore 13,00
Chiusura Congresso

Numero speciale per il Congresso
a cura dell'Ufficio di Presidenza

Direttore responsabile
Raffaele Salvati

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,
Alfonso Dassogno, dassogno@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

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

Stampa: LitografTodi srl - Todi (Perugia)
Finito di stampare nel mese di agosto 2013

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 informatici
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 contrattuali
(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 cancellazione,
la trasformazione, l'aggiornamento ed opporsi al trattamento
per finalità commerciali o di ricerca di mercato con comunicazione
scritta.

Il contenuto degli articoli rispecchia esclusivamente l'esperienza
degli autori. La pubblicazione dei testi e delle immagini pubblicitarie
è subordinata all'approvazione della direzione del giornale ed in ogni
caso non coinvolge la responsabilità dell'editore.

Ogni possibile sforzo è stato compiuto nel soddisfare i diritti di
riproduzione. L'editore è tuttavia disponibile per considerare
eventuali richieste di aventi diritto

© Copyright 2013



CIC Edizioni Internazionali

IL MEDICO OSPEDALIERO E DEL TERRITORIO



ANNO XI (NUOVA SERIE) - N. 3 - SETTEMBRE 2013

Editoriale

Da Abano a Roma con continuare a dare dignità e fiducia
al medico del SSN 4

I primi passi di Cida Manager ed Alte Professioni per l'Italia 6

Il primo coordinamento istituito dalla CIMO è stato
quello femminile, nel 2008 9

Nasce a Roma il Coordinamento Nazionale dei Pensionati
aderenti alla CIMO ASMD 11

Il sistema di emergenza-urgenza tra criticità e tagli 13

Scuola di Formazione Quadri "Alberto Clivati"
Quadriennio 2009-2013 16

Conoscere la SPEME 18

EVENTI E MANIFESTAZIONI 2012-2013

Sit in Roma 22 luglio 2013 20

Convegno: la sicurezza delle cure il ruolo del sindacato
Roma 29 maggio 2013 21

"Il medico che vogliamo" Convegno Nazionale
Roma 26 gennaio 2012 23

Proposta di legge per un nuovo ruolo del medico del SSN 25

"Prove di dialogo" Roma 8 marzo 2012 29

"Diritto alla cura diritto a curare"
Manifestazione Nazionale - 27 ottobre 2012 30

CIDA mapi sugli stati generali - Milano 26 novembre 2012 33

"Vertenza salute" manifestazione - Napoli 4 febbraio 2010 34

"Basta tagli alla Sanita" sit in al Senato - Roma 16 giugno 2010 38

Manifestazione Nazionale "La sanità non si tocca"
Roma 13 ottobre 2011 40

Da Abano a Roma per continuare a dare



Questi quattro anni sono stati molto difficili per l'Italia e per la nostra categoria; quando siamo stati eletti ad Abano Terme a settembre 2009 era già esplosa la crisi finanziaria che aveva portato al fallimento di importanti e storici istituti finanziari in altri paesi, ma non era ancora percepita la gravità della crisi che ci avrebbe colpito pesantemente di lì a breve, con effetti devastanti nel tessuto sociale italiano, dalla quale non siamo ancora usciti.

Un'analisi di questi anni non può però che partire dal D. Lgs. 150/09, la cosiddetta Riforma Brunetta del pubblico impiego che, nata con l'obiettivo di modificare i meccanismi che regolano il lavoro pubblico perché considerato da molti una sacca di privilegio inadeguato a sostenere lo sviluppo del paese, ha colpito indiscriminatamente tutti i dipendenti senza ottenere i risultati attesi, privando, al tempo stesso, le OOSS della possibilità di tutelare gli interessi reali dei propri associati.

Valga per tutto la questione dell'organizzazione del lavoro che per i Medici rappresenta non una mera distribuzione di mansioni, ma attribuzione di funzioni e modelli organizzativi (guardie, pronta disponibilità) tesi a garantire, primariamente, la sicurezza delle cure ma, soprattutto, la garanzia di un'assistenza tempestiva da parte di professionisti specialisti. Non da meno l'assurdità di prevedere un unico contratto per Medici e dirigenza professionale, tecnica ed amministrativa.

In questo contesto furono firmati, a maggio 2010, il contratto del 2° biennio economico 2008-2009 e l'integrativo normativo che fu costretto a recepire le sanzioni disciplinari introdotte dal D. Lgs. 150/09. In quell'occasione non passò la proposta CIMO-ASMD di introdurre un sub livello di incarico di elevata professionalità, finanziato sia dagli ex moduli che dalle strutture semplici di colleghi che sarebbero andati in quiescenza. I tempi non erano maturi, non tutti avevano compreso che l'impianto della 229 sugli incarichi era stato un fallimento. Ha quindi continuato a prevalere la logica del "tutti uguali"; ma se fosse stata accolta la proposta oggi i Medici avrebbero avuto una prospettiva di carriera.

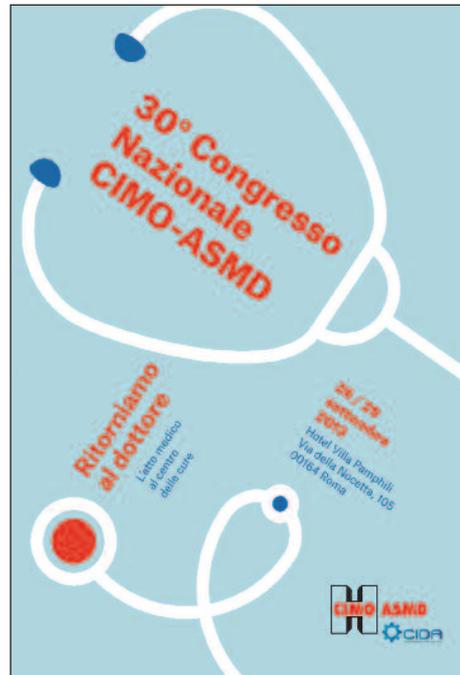
Subito dopo esplose la crisi economica e fu approvata d'urgenza a luglio 2010 una finanziaria che, limitandosi ai provvedimenti che colpivano maggiormente la nostra categoria, determinava un blocco triennale dei contratti del pubblico impiego e dei trattamenti economici individuali senza distinzione tra quelli automatici e quelli legati al merito. Per di più veniva introdotto un prelievo per i trattamenti più alti (poi dichiarato costituzionale) ed introduceva una sorta di *spoils system* consentendo la non riconferma dei dirigenti alla direzione della struttura anche in presenza di una valutazione positiva.

A questo sono seguiti la riduzione del fondo sanitario, i piani di rientro, la *spending review* con i tagli lineari, il blocco del *turn over* con l'esplosione di contratti precari, la riduzione delle strutture complesse e semplici, mentre le Regioni confermavano la loro incapacità di intervenire sulla rete territoriale ed ospedaliera mostrando i limiti di una gestione politica del sistema salute, proprio in un contesto di grave crisi economica. Di fatto non sono riuscite ad attuare i processi di riorganizzazione e di ristrutturazione necessari, limitandosi a tagliare le strutture, ad inventare i Direttori a scavalco in Ospedali distanti anche decine di km, a lasciare aperti Ospedali con organici sguarniti ed attrezzature non aggiornate, mettendo a rischio la salute dei cittadini tanto, alla fine, chi paga è sempre e solo il Medico.

dignità e fiducia al medico del SSN

Riccardo Cassi

I sindacati hanno fatto sentire la loro voce con diverse manifestazioni comuni, ma l'intersindacale ha mostrato i suoi limiti quando dalla giusta protesta si doveva passare a proposte alternative; l'eccessiva frammentazione in numerose sigle e la differente visione del Medico e del suo ruolo hanno impedito la produzione di una linea unitaria di riforma di un sistema che ha funzionato finché c'erano risorse da sprecare ma, nel momento di vacche magre, ha dimostrato tutta la sua inefficienza ed i limiti derivanti da un'impostazione ideologica che non vuole riconoscere il ruolo centrale della professione medica nel sistema salute.



In un contesto già difficile per la categoria, sono aumentate esponenzialmente le richieste di risarcimento a danno dei Medici, anche grazie alle cosiddette "liberalizzazioni" che hanno consentito l'introduzione della "quota lite". Il Medico, già sottoposto ad un lavoro stressante per le carenze organiche ed organizzative, si è sempre più trovato coinvolto in cause civili e penali che, pur risolvendosi nella maggioranza dei casi positivamente, lasciano comunque un segno nella vita professionale ed hanno costi economici non indifferenti. La politica è conscia del problema e degli elevati costi indotti al SSN (Medicina difensiva) ma non è stata capace di trovare una soluzione per la pressione di *lobbies* ed interessi.

In questi 4 anni CIMO-ASMD ha cercato di affrontare i problemi all'origine; se non vi è un recupero del ruolo centrale del Medico ed il riconoscimento che si tratta di una figura peculiare, con specificità diverse dagli altri dirigenti pubblici, difficilmente si riuscirà a modificare l'attuale situazione: un contratto unico con la dirigenza tecnica ed amministrativa, anche regionale, non sarà in grado di valorizzare e premiare i migliori professionisti,

ma manterrà un sistema clientelare dove i Direttori di struttura sono scelti e valutati quasi esclusivamente in base a criteri gestionali.

CIMO-ASMD ha presentato a gennaio 2012 una proposta di riforma, implementata nel tempo da contributi successivi, del ruolo del Medico all'interno del SSN, a partire dalla formazione, che deve superare il recinto accademico ed essere integrata negli Ospedali, al recupero di una carriera meritocratica fondata su valutazioni tecnico-professionali, alla definizione dell'atto medico che sia alla base dei rapporti con le altre professioni sanitarie, ad una diversa normativa sulla colpa professionale.

Su questi temi è stato avviato un confronto costruttivo con gli altri sindacati medici della dipendenza e della convenzione, alcuni dei quali hanno risposto positivamente, e dal quale ci aspettiamo la definizione di una forte proposta comune di cambiamento che consenta al Medico di uscire dall'attuale situazione di demotivazione che costringe molti ad avere, come unica aspirazione, l'uscita dal SSN per accedere alla pensione.

Il titolo del nostro 30° Congresso "*Ritorniamo al Dottore. L'atto medico al centro delle cure*" è la sintesi di ciò che vogliamo per restituire dignità e fiducia al Medico. Siamo riusciti in questi anni a porre al centro della discussione una questione che sembrava superata dalla 229/99 e dal 150/09; qualcosa si sta muovendo in senso positivo ma, in Italia, i tempi dei cambiamenti sono lunghi. Noi continueremo la nostra battaglia fino in fondo, questo è l'impegno che ci sentiamo di assumere di fronte ai nostri iscritti ed alla categoria.

Riccardo Cassi
Presidente Nazionale CIMO-ASMD

I primi passi di Cida Manager ed Alte Professioni per l'Italia

Guido Quici

È passato poco più di un anno dal 4 Luglio 2012, data di adesione di CIMO-ASMD alla Confederazione CIDA Manager ed alte professioni per l'Italia (CIDA-MAPI) ed è tempo di un primo bilancio sulle attività svolte dalla Confederazione e sul ruolo che CIMO è riuscito ad assumere in seno alla stessa Confederazione.

L'adesione a CIDA-MAPI nasce dall'esigenza di potenziare la partecipazione attiva del nostro Sindacato all'interno di una Confederazione completamente rinnovata nel proprio assetto organizzativo e, certamente, più grande in termini di rappresentatività, vista la contestuale adesione di Federazioni ed Organizzazioni Sindacali che rappresentano, oggi, oltre 120.000 dirigenti e manager del mondo del lavoro sia pubblico che privato. In particolare a CIDA-MAPI aderiscono, oltre a **CIMO-ASMD**, importanti Associazioni Sindacali quali: **FEDERMANAGER** (Federazione Nazionale dei Dirigenti e delle Alte Professionalità delle Aziende Industriali), **MANAGERITALIA** (Federazione dei Manager del Terziario), **CIDA Funzione Pubblica**, **FEDERAZIONE 3° SETTORE** (Dirigenti e delle alte Professionalità degli Enti e delle Istituzioni non profit), **FeNDA** (Federazione Nazionale Dirigenti Agricoltura ed Ambiente), **SAUR** (Sindacato Autonomo Università e Ricerca), **FNSA** (Federazione Nazionale Sindacato Autori Cinematografici, Televisivi e Teatrali), **FIDIA** (Federazione Italiana Dirigenti Imprese Assicuratrici), **SINDIRETTIVO** (Sindacato Italiano personale direttivo Banca d'Italia) e **SAUR** (Sindacato Autonomo Università e Ricerca).

In ambito europeo CIDA-MAPI è presente a Bruxelles attraverso la **CEC** (Confederazione Europea dei Dirigenti) con un proprio rappresentante con funzioni di Segretario Generale ed il Presidente della **FECC** (Federazione Europea dei Manager delle Costruzioni). La CEC è la Confederazione Europea dei Dirigenti ed è riconosciuta come una delle sei parti sociali europee nell'inter-settoriale e settoriale del dialogo sociale.



Guido Quici
Vice Presidente Nazionale

Nel corso della prima Assemblea Nazionale elettiva CIDA-MAPI elegge Presidente Silvestre Bertolini; in rappresentanza della CIMO-ASMD sono eletti Guido Quici, in qualità di vice presidente e Marco Saltarelli componente del collegio dei revisori.

Per il settore pubblico viene costituito un coordinamento del settore pubblico che consente a CIMO-ASMD di partecipare attivamente, attraverso la delegazione trattante, ad incontri presso il Ministero della Funzione Pubblica su tematiche che

riguardano gli esuberanti nella PA e la questione dei precari e presso l'ARAN su argomenti di comune interesse quali le aree contrattuali ed i CCNQ.

Nel frattempo Federmanager e Manageritalia organizzano a Roma, tra il 2 ed il 5 agosto, un primo evento denominato #Prioritalia cui aderiscono oltre 1.000 dirigenti e manager del pubblico e del privato. Fermo restando il ruolo Confederale di rappresentanza sindacale della categoria a livello istituzionale, #Prioritalia svolgerà una funzione di collegamento e di monitoraggio della politica dando il contributo di idee della categoria alla soluzione dei problemi generali del Paese.

Ma la vera fase operativa della nuova CIDA, che riunisce il Comitato Esecutivo ed il Consiglio dei Presidenti, inizia a settembre presso San Casciano Terme. Due giornate di approfondimenti e dibattiti sulle strategie e la definizione di un percorso che porterà agli "Stati Generali della Dirigenza e delle Alte Professionalità" programmati a Milano per il 26 novembre 2012. Gli incontri sono supportati da un'Agenzia (METHODOS) che aiuta, in modo concreto e strutturato, i partecipanti a raggiungere i seguenti obiettivi:

- favorire la conoscenza reciproca e avviare il consolidamento di un team di governance CIDA-MAPI;
- condividere i fondamenti dell'identità distintiva di CIDA-MAPI;
- identificare, posizionare, discutere i temi caldi da portare agli Stati Generali di CIDA-MAPI;

- identificare le leve organizzative e professionali che possono garantire il successo;
- definire il processo attraverso il quale realizzare quanto condiviso entro l'appuntamento del 26 novembre.

Alle Organizzazioni Sindacali aderenti viene, quindi, affidato l'incarico di elaborare alcuni importanti documenti su scuola, fisco, sanità, *welfare*, imprenditoria, ecc. tenendo conto del contesto e dell'eventuale quantificazione degli oneri di spesa; il tutto in funzione di una proposta finale che CIDA-MAPI presenterà, poi, agli Stati Generali di novembre.

Si rende, a questo punto, necessario procedere all'elaborazione del Piano di Consiliatura 2012-2014 che viene elaborato dal Comitato esecutivo e dai Presidenti sulle seguenti tematiche:

- proposte ed iniziative confederali sulla politica previdenziale;
- proposte ed iniziative confederali sulla politica economica e sulla riforma fiscale;
- proposte ed iniziative confederali sulla riforma della pubblica amministrazione;
- proposte ed iniziative per il rafforzamento della struttura e dei servizi confederali;
- proposte ed iniziative confederali sulla politica sanitaria;
- proposte ed iniziative confederali sull'allargamento della compagine confederale e per l'unità sindacale della dirigenza;
- proposte ed iniziative confederali sulla politica industriale;
- proposte ed iniziative confederali sui rapporti istituzionali e sulla riforma del mercato del lavoro.

CIDA-MAPI "esordisce" in modo ufficiale a Milano il 26 novembre in occasione degli Stati Generali della dirigenza. La *Convention* radunerà oltre 5.000 dirigenti e manager del pubblico e del privato alla presenza del Presidente del Consiglio Mario Monti. Un successo in termini sia qualitativi che quantitativi, soprattutto in termini di contenuti e di proposte.

Superata la prima fase di avvio della Confederazione, CIDA-MAPI completa il documento di proposte al Governo ed alle forze politiche in vista della tornata elettorale attraverso un supporto documentale che comprende anche un elaborato economico di sostenibilità prodotto con la Luiss sulle importanti tematiche quali: fisco, sanità, Europa, investimenti, lavoro, produttività, *welfare*, pubblica amministrazione.

Nel frattempo, su idea e proposta di Federmanager e Manageritalia, viene creato un gruppo di "comunicatori", definiti in modo suggestivo, "squadra di Apostoli",

a cui viene affidato il compito di illustrare, ai candidati al Senato ed alla Camera dei Deputati, il programma CIDA-MAPI in vista delle elezioni politiche, ciò al fine di ottenere una condivisione ma, soprattutto, impegni precisi sui punti del programma CIDA-MAPI. Gli incontri si svolgeranno nelle maggiori città italiane.

Molto sentita è anche la questione territoriale, ovvero l'esigenza di far pesare il ruolo confederale anche in ambito regionale motivo per cui, nei primi mesi dell'anno, si procede alla costituzione dei coordinamenti regionali di CIDA-MAPI la cui attività è rivolta a rappresentare la Confederazione nelle varie Istituzioni locali sia regionali che provinciali. Ma parte attiva della Confederazione è il coordinamento donne manager che ha partecipato il 10 e l'11 aprile agli "Stati Generali sul lavoro delle donne in Italia" organizzato dalla Consulta per le Pari Opportunità di genere del CNEL. È stato, questo, un momento di riflessione sull'impatto che le riforme varate dal Governo Monti hanno avuto ed avranno in futuro, sulla vita ed il lavoro delle donne.

Il 20 maggio 2013 viene costituita, con atto notarile, Prioritalia cui è affidato il terzo livello di rappresentanza. Ambrogioni di Federmanager è il Presidente, Carella di Manageritalia il Vice Presidente e Bertolini (CIDA-MAPI), Rembado (CIDA FP) e Cassi (CIMO-ASMD) completano il Direttivo. Il giorno 3 luglio Giuseppe Riccardi subentra a Quici nella funzione di Vice Presidente CIDA-MAPI.

In conclusione, a distanza di un anno dalla costituzione della nuova CIDA-MAPI, la scelta di CIMO di entrare nella nuova Confederazione può ritenersi valida perché CIDA-MAPI ha dimostrato: di avere una *mission* (essere la Confederazione di riferimento della dirigenza, dei manager e delle alte professionalità italiani); di avere una *vision* (sostenere in termini di rappresentanza, sia a livello centrale che territoriale, sia in sede contrattuale che politica, gli interessi di categoria); ma, soprattutto, di avere **un metodo di lavoro** che le consente, attraverso le professionalità che animano la Confederazione, di essere in grado di avere un'interlocuzione autorevole nei confronti delle Istituzioni su importanti tematiche sociali e del mondo del lavoro quali: la scuola, l'università, la sanità, il terziario, il fisco, il *welfare*, ecc.

Tutto questo grazie alla creazione di tre livelli: il primo di rappresentanza sindacale categoriale nei vari settori della dirigenza pubblica e privata; il secondo di rappresentanza confederale nei confronti delle Istituzioni centrali (ARAN, Ministeri, ecc.); il terzo, attraverso Prioritalia, nei confronti delle altre Associazioni di professionisti e, soprattutto, della Politica.



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 CIMO - ASMD 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.

Inviare al numero di Fax 06.6780101

Data

Firma

CONSENSO

Con la firma sottostante il sottoscritto autorizza altresì CIMO-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 CIMO-ASMD.

Firma

Il primo coordinamento istituito dalla CIMO è stato quello femminile, nel 2008

Itala Corti

Si cominciava a parlare del numero sempre maggiore di iscrizioni femminili alla Facoltà di Medicina e delle conseguenze che questo fenomeno avrebbe avuto sul futuro dell'organizzazione del Servizio Sanitario Nazionale: CIMO aprì una finestra sul mondo del domani, con la consapevolezza di cambiamenti ineluttabili ormai alle porte.

Il gruppo femminile, costituito su proposta della Dott.ssa Coniglione, chiarì subito che le quote rosa non avevano un gran significato per i professionisti e che i medici non potevano avere profili di lavoro diversi in base al sesso. Questo concetto andava a cozzare con le dichiarazioni e gli indirizzi operativi e contrattuali della maggior parte delle sigle sindacali, che tendevano a considerare la maternità un problema specifico della categoria dei medici, con riflessi abbastanza pesanti sulla professionalità femminile, in qualche modo sacrificata sull'altare dell'assistenza a figli e anziani.

Con questa impostazione la FNOM CeO organizzò vari e importanti incontri, ai quali il nostro sindacato ha partecipato, durante i quali si sviscerarono vari aspetti delle scelte lavorative delle iscritte: Fiuggi, Caserta, Firenze, Roma, Ferrara furono tappe miliari per la conoscenza di numeri e dati statistici fino a quel momento sconosciuti e in base ai quali il Coordinamento Femminile CIMO puntualizzò meglio i propri obiettivi, ancor oggi attuali e sempre più condivisi, proponendoli in due Convegni Nazionali nel 2009 e nel 2010. Gli argomenti delle relazioni svolte erano: il modello di *leadership*, l'organizzazione del lavoro, il confronto



*Itala Corti
Responsabile Coordinamento Femminile*

con le realtà europee, i sistemi valutativi del lavoro medico, la telemedicina, le misure di sostegno alla maternità. Per quest'ultimo aspetto è stato fondamentale l'incontro con la Microsoft, che da molto tempo porta avanti il programma "Futuro al femminile, innovazioni e tecnologia per le pari opportunità", e che ha chiarito come l'intervento sociale di supporto a gravidanza e conciliazione fra vita lavorativa e familiare sia l'unico mezzo per favorire la scelta di avere figli senza penalizzare la carriera.

Nel 2011, dopo alcune iniziative del Ministro Fazio e dell'Onorevole Martini, i cambiamenti del

quadro politico ed economico del Paese hanno messo in ombra l'argomento delle pari opportunità e, soprattutto, della necessità di interventi a supporto del lavoro femminile con facilitazioni come asili nido aziendali, mezzi informatici, obbligo di sostituzione del personale in gravidanza.

Fondamentale, nel 2012, è stato l'incontro con il gruppo femminile CIDA, Federazione in cui CIMO è confluita. Il confronto con varie realtà lavorative (scuola, banca, industria) ha dato cognizione di come alcuni argomenti siano importanti per tutte le donne che lavorano, di quanto sia importante che Politica e Governo si facciano carico di avvicinare l'Italia ai modelli europei, di come il movimento femminile debba compattarsi per porre richieste unitarie. La collaborazione del Coordinamento Femminile con CIDA, che ha già prodotto la presentazione di un programma CIMO al Convegno "Stati generali sul lavoro delle donne in Italia" organiz-

zato dalla Commissione istruttoria per le Politiche del lavoro e dei sistemi produttivi e dalla Consulta per le pari opportunità di genere presso la sede CNEL di Roma il 10 e 11 aprile 2013, sarà foriero di iniziative incisive in quest'ottica.

Abbiamo dimenticato gli aspetti peculiari della Professione medica al femminile? Certamente no. Con le limitazioni che la gravità del momento storico ci impongono, abbiamo portato su tutti i tavoli di discussione pochi, ma importantissimi, argomenti:

- 1) l'applicazione delle leggi Fornero per le pari opportunità, con particolare riguardo all'istituzione dei CUG nelle ASL;
- 2) la revisione almeno parziale della normativa pensionistica per le colleghe. Benefici acquisiti in cambio della mancanza dei supporti sociali presenti negli altri Paesi europei, ci sono stati bruscamente sottratti portando l'età pensionabile da 58 a 65 anni, con l'obbligo di altri lunghi periodi lavorativi da computare in base all'attesa di vita. Non si tratta solo di un danno subito dalle pensionande, ma di un ulteriore ritardo nell'immissione nel lavoro di giovani medici, in gran parte almeno quarantenni, che certamente non potranno arrivare ai quarant'anni di contributi, ma che potrebbero uscire dal precariato;
- 3) lo studio di criteri di collocabilità in tipologie di

lavoro compatibili con la gravidanza e con la gestione dei figli (come alcuni modelli di telemedicina), nonché l'implementazione di congedi per cure parentali per gli uomini;

4) garanzia di sicurezza nei luoghi di lavoro, anche alla luce di atti violenti che hanno coinvolto prevalentemente colleghe;

5) *empowerment* delle professioniste attraverso: l'applicazione dell'accordo ministeriale sulla conciliazione tra lavoro e famiglia, con l'introduzione di forme di flessibilità oraria; formazione per favorire ed evidenziare l'eccellenza nel lavoro medico femminile; il mantenimento di competenze e di sviluppo professionale continuo per chi si allontana temporaneamente dal lavoro per maternità o cure parentali; rispetto degli obiettivi ONU per lo sviluppo delle carriere e l'aumento dei redditi femminili; facilitazione dell'accesso all'ALPI per le colleghe;

6) avvicinamento al mondo medico giovanile, ormai composto prevalentemente di donne, per orientare i prossimi contratti in base alle esigenze create dai nuovi stili di vita e sociali.

Un programma ambizioso, come si può notare, a realizzare il quale collaborerà tutta la CIMO, senza distinzione di sesso.



Nasce a Roma il Coordinamento Nazionale dei Pensionati aderenti alla CIMO ASMD

Massimiliano Bucari

La nuova sezione sindacale, che ha un organismo principale nazionale e derivazioni regionali, si pone l'obiettivo primario di promuovere la tutela correlata della previdenza e della salute dei Medici Dirigenti in modo perequato a quanto previsto costituzionalmente per i professionisti in servizio.

La CIMO ASMD Pensionati aderisce alla "CIDA-Manager e alte professionalità per l'Italia" e ne condivide obiettivi e attività. L'iter di costituzione è partito con la nomina del Coordinatore Nazionale, Massimiliano Bucari ex segretario della CIMO Umbria ed anche ovviamente Dirigente Medico a riposo.

La nomina a coordinatore nazionale è avvenuta a settembre 2012 su proposta dell'Ufficio di Presidenza e ratificata dalla Direzione Nazionale della CIMO.

Da settembre a gennaio ci sono state intense e frequenti consultazioni e contatti con le segreterie regionali per la nomina del proprio rappresentante nell'ambito del coordinamento nazionale.

Allo stesso tempo si è lavorato alla stesura del regolamento vero e proprio.

Sono stati presi contatti con la dirigenza della Cida pensionati al fine di trovare una piattaforma comune su cui lavorare (La Cida pensionati è una struttura molto numerosa e presente su tutto il territorio nazionale con sede propria).



*Massimiliano Bucari
Coordinatore Nazionale Medici Pensionati
CIMO-ASMD*

Si è solo all'inizio, ma l'entusiasmo di far bene non manca certamente, insieme alle numerose difficoltà presenti in tale fase.

Il 26 gennaio 2013 in Roma vede finalmente la luce, presso la sede della CIMO Nazionale, il Coordinamento Nazionale Pensionati CIMO, che ratifica ed approva il regolamento, che invia a tutti i medici CIMO pensionati, l'espressione del suo pensiero presente e futuro.

Il 7 Giugno 2013 seconda riunione ed inizio vero e proprio della fase operativa con programmazione dell'attività. Alla riunione, che ha visto la partecipazione vivace e convinta dei rappresentanti regionali, sono stati evidenziati i problemi della categoria, in modo particolare quelli relativi alle cosiddette "pensioni d'oro", un tema caldo e sotto i riflettori dell'opinione pubblica nazionale.

Infine la Cimo Pensionati ha preso la sua posizione in merito alla sentenza 116/2013 della Consulta che prevedeva tagli e prelievi forzosi e indiscriminati alle pensioni dei Medici dirigenti, ed il Coordinatore Nazionale, con una nota pubblica, ha dichiarato che le pensioni dei medici sono state fortemente penalizzate dalla persistente e mancata perequazione al costo della vita, ribadendo come la sentenza della Corte Costituzionale che ne ha bocciato l'ammissibilità, abbia messo ordine in merito e dato stimolo a continuare la lotta sindacale per i diritti dei medici in pensione.

“La nostra categoria di Medici dipendenti del SSN ha già ampiamente e solidaristicamente contribuito alle varie Casse Previdenziali, con prelievi forzosi dalla CPS all’Inpdap, ora Inps.”

Gli obiettivi dell’organizzazione, che sta trovando proseliti in tutto il territorio nazionale e che vede nelle collaborazioni con altri organismi, in modo particolare la CIDA, una cassa di risonanza per le proprie battaglie sindacali, non si fermano, comunque, alla tutela dei diritti previdenziali o a lotte di carattere “economico”. Essa nasce anche per non disperdere il grande patrimonio di amicizia, di collaborazione e aiuto reciproco accumulato in decenni di collaborazione negli ospedali, negli ambulatori e sul territorio con tutti gli iscritti CIMO; per promuovere molteplici attività sociali e culturali anche attivando convenzioni con facilitazioni per i pensionati (patronato, assistenza fiscale, convenzioni, ecc.) e infine per elaborare e mettere in pratica un ambizioso progetto per la realizzazione di residenze con alloggi, servizi e assistenza per i Colleghi più anziani e soli.

In questi giorni è in corso in tutta Italia una campagna di adesioni finalizzata ad allargare la base di volontari iscritti alla CIMO ASMD pensionati. Ci auguriamo che questa iniziativa abbia successo.

Ci rivolgiamo inoltre a tutti i colleghi in servizio negli ospedali, nei poliambulatori sul territorio per sensibilizzarli verso le problematiche della categoria perché quando lasceranno il servizio attivo per passare alla fase

di quiescenza, non vanifichino o disperdano i diritti acquisiti in tanti anni di duro lavoro a tutela della salute dei cittadini.

Quando si è in servizio attivo questi problemi sembrano lontani, ma poi potrebbero appartenervi con molta facilità: aiutateci quindi con la vostra solidarietà a lavorare per un futuro sereno e dignitoso per la nostra categoria. La nostra Cassa pensioni privata Empam ultimamente è stata al centro di numerose polemiche da parti di ordini, sindacati, mass media, ecc.: cerchiamo di difendere questo ente che molti ci invidiano e stimoliamo i nostri rappresentanti in seno all’Ente a difendere le nostre pensioni di medici dipendenti.

Troppe polemiche sono state fatte, e tuttora vengono fatte, verso i medici da parte di politici che non hanno saputo amministrare, dei mass media che continuamente ci attaccano sulla stampa e sulla televisione pubblica e privata offrendoci in pasto al grande pubblico, agli economisti tra loro sempre più in disaccordo su quale ricetta applicare per sanare l’Italia, ed ora anche mettendo in discussione la pensione così pesantemente conquistata sul campo e pagata con i nostri contributi. Per concludere, per chiunque avesse bisogno d’informazioni, si invitano i medici pensionati a contattare il proprio rappresentante regionale che sarà ben felice di fornirle e a consultare il nostro giornale “Il Medico Ospedaliero” dove saremo presenti in maniera costante per aggiornare i nostri iscritti sulle problematiche pensionistiche e sulle nostre attività.



Il sistema di emergenza-urgenza tra criticità e tagli

Giorgio Ferrara

Uno dei compiti istituzionali del Servizio Sanitario Nazionale è quello di garantire la presa in carico del paziente critico e il suo trasporto, in condizioni di sicurezza, nei centri attrezzati per il trattamento delle specifiche patologie. In ogni Regione opera la **Rete dell’Emergenza-Urgenza** che assicura l’assistenza alle persone che subiscono eventi acuti. L’attuale organizzazione del sistema di emergenza-urgenza comprende:

UN SISTEMA DI ALLARME SANITARIO

Costituito dalle Centrali Operative (103 CO in tutta Italia previste dalle singole programmazioni regionali) che raccolgono le telefonate mediante la diffusa conoscenza del numero unico telefonico 118. È un Sistema di intervento e cura, con funzione di filtro, che, avvalendosi di strutture territoriali ed ospedaliere funzionalmente integrate, è in grado di garantire assistenza adeguata nelle condizioni di emergenza-urgenza.

Il sistema di allarme sanitario è assicurato dalla Centrale Operativa cui fa riferimento il numero unico nazionale “118”; alla CO affluiscono tutte le richieste di intervento per emergenza sanitaria.

Rappresenta il cervello del sistema di emergenza urgenza 118, riceve e gestisce tutte le richieste di soccorso, analizza e ne definisce la tipologia, valuta il grado di complessità dell’evento e garantisce, coordinandoli, tutti gli interventi di soccorso nell’ambito territoriale di riferimento.



Giorgio Ferrara
Coordinatore Nazionale Medici DEA-PS

UN SISTEMA DI RISPOSTA TERRITORIALE

Classificati gli eventi utilizzando codici noti e definiti, la Centrale Operativa dispone l’invio di mezzi di soccorso idonei (livello di soccorso avanzato o un livello di soccorso base) o attiva le postazioni territoriali.

Dovrebbe garantire l’intervento in tempi brevi (circa 8 minuti in area urbana e circa 20 minuti in area extraurbana).

Mezzi di soccorso:

- Moto medica
- Auto medica
- Ambulanza di base e di trasporto
- Ambulanza di soccorso
- Ambulanza di soccorso avanzato
- Centro mobile di rianimazione
- Eliambulanza
- Idroambulanza.

UN SISTEMA DI RISPOSTA OSPEDALIERA

Agisce su diversi livelli di operatività:

- **Punti di primo intervento fissi o mobili**
- **Pronto Soccorso Ospedalieri**
- **Dipartimenti di Emergenza di 1° livello**
- **Dipartimenti di Emergenza di 2° livello.**

Punti di primo intervento

Strutture che effettuano il primo intervento medico, in caso di problemi minori, presentati come urgenti, stabilizzano e richiedono il trasporto protetto presso un presidio ospedaliero idoneo.

La presenza di PPI trova il suo razionale unicamente in aree a bassa/media densità di popolazione nelle quali il DEA/PS di riferimento sia difficilmente raggiungibile.

L'orario di copertura del servizio può variare dalle 12 alle 24 ore.

Il personale medico appartiene alla Struttura Complessa di Medicina e Chirurgia d'Accettazione e d'Urgenza del DEA di riferimento oppure al sistema 118 o ad entrambe.

Sono necessarie unicamente dotazioni tecnologiche atte alla stabilizzazione del paziente ed al suo trasporto nel Pronto Soccorso più appropriato.

Pronto Soccorso Ospedaliero (ne esistono 550 in Italia, 512 in strutture pubbliche e 38 presso strutture private).

Struttura organizzativa deputata all'emergenza urgenza, agli interventi necessari alla stabilizzazione del paziente, agli interventi diagnostici terapeutici e clinico-strumentali di urgenza e a garantire il trasferimento urgente. È ubicato in un Ospedale di zona della rete ospedaliera.

Il personale medico appartiene di norma alla Struttura Complessa di Medicina e Chirurgia d'Accettazione e d'Urgenza del DEA di riferimento.

Può essere dotato di letti di Osservazione Breve Intensiva.

L'ospedale deve essere dotato di Struttura Complessa di Medicina Interna, Chirurgia, Anestesia, Ortopedia in servizio di guardia attiva o in pronta disponibilità; secondo le esigenze del bacino d'utenza devono essere disponibili in H24 i servizi di Radiologia, Laboratorio ed Emoteca.

Il PS deve compiere interventi diagnostici terapeutici di stabilizzazione e cura del paziente di bassa complessità, di ricovero, oppure di trasferimento urgente mediante 118 (trasporto primario) al DEA di riferimento, secondo protocolli concordati per le patologie di maggiore complessità o che richiedono comunque tecnologie più appropriate non presenti in sede (IMA, ictus, trauma maggiore).

DEA I livello

Garantisce, oltre alle funzioni di Pronto Soccorso, anche interventi diagnostico-terapeutici di emergenza. È ubicato nell'Ospedale principale dell'ASL (ove non insistano DEA di II livello).

Il Personale medico è costituito da Medici d'Urgenza, appartenenti alla SC di Medicina e Chirurgia d'Accettazione e d'Urgenza del DEA principale.

Deve essere dotato di letti di Osservazione Breve Intensiva e può essere dotato di letti a medio-alta intensità di cure e di assistenza (letti di "Area Critica", previsti dall'Atto d'Intesa fra Stato e Regioni del 1996), anche comuni con l'Area di Osservazione.

L'ospedale deve essere dotato di Struttura Complessa di Medicina Interna, Chirurgia generale, Anestesia e Rianimazione, Ortopedia, Ginecologia, Pediatria, Cardiologia con UTIC (ed Emodinamica non interventistica, qualora prevista dal Piano, integrata nella SC di riferimento sovrazonale o di Area Vasta), di Neurologia con *Stroke Unit* di I livello, Dialisi per acuti, Endoscopia in Urgenza, Psichiatria, Oculistica, ORL, Odontostomatologia, Urologia, in servizio di guardia attiva o di Reperibilità o misto a seconda delle esigenze del bacino d'utenza; devono essere presenti o disponibili H24 i Servizi di Radiologia con TAC ed Ecografia, Laboratorio, Servizio Immunotrasfusionale.

DEA di II livello

Deve essere ubicato in un ospedale con un bacino di utenza di norma > a 500.000 abitanti.

L'Ospedale deve essere dotato di tutte le Strutture Complesse previste nel DEA di I livello.

Inoltre devono essere presenti le altre SC che attengono alle discipline più rare e complesse non previste nel DEA di I livello: Neurochirurgia, Cardiochirurgia, Rianimazione Cardiochirurgica, Chirurgia Vascolare, Chirurgia Toracica, Chirurgia Maxillo facciale, Chirurgia Plastica, Emodinamica Interventistica, Broncoscopia interventistica, Endoscopia digestiva, Rianimazione Pediatrica e neonatale; devono essere presenti o disponibili H24 i servizi di Radiologia con TAC ed Ecografia, Medicina Nucleare, Laboratorio e Sistema Immunotrasfusionale.

Deve compiere interventi diagnostici terapeutici di stabilizzazione e cura del paziente anche di alta complessità e di ricovero, in maniera da dare una risposta a tutti i bisogni sanitari della popolazione di quel bacino.

Il sistema di emergenza nasce in Italia con il DPR del 29/3/1992 e, a distanza di 20 anni dall'istituzione, rappresenta uno degli ambiti più critici del SSN.

È necessario un aggiornamento e una rivisitazione del servizio al fine di renderlo sempre più efficace, efficiente ed omogeneo su tutto il territorio nazionale.

In media quasi una persona su due si reca una volta l'anno in Pronto Soccorso accedendo direttamente, per l'86% dei casi o tramite il 118 per il 12%.

Il 75% dei cittadini viene successivamente dimesso e

solo il 13% viene ricoverato con estreme variabilità regionali.

Tutto ciò dimostra l'enorme lavoro prodotto all'interno del PS e la grande efficienza degli operatori che porta ad un numero piuttosto ridotto di ricoveri.

Va rilevato che per il cittadino, anche nelle peggiori situazioni, il Pronto Soccorso è spesso visto comunque come la strada di accesso più breve, sicura e con ticket più conveniente, come porta girevole per ogni problema di salute.

Il problema principale è il sovraffollamento dell'area dell'emergenza-urgenza intra ospedaliera definita come quella situazione in cui la richiesta di prestazioni supera la capacità di fornire assistenza di qualità in un lasso di tempo ragionevole.

Il sovraffollamento provoca disagi e disservizi e tra i principali determinanti del maggior tempo di attesa nei PS vi è la ridotta disponibilità di posti letto che nell'ultimo decennio hanno subito un notevole ridimensionamento (dal 2000 al 2009 sono stati soppressi 45 mila posti letto, pari al 15,1% del totale, con un rapporto posto letto/abitanti passato da 5,1 ogni mille abitanti di 12 anni fa a 4,2 attuale, di cui 3,6 per mille dei letti per acuti e 0,6 per mille per le lungodegenze).

Soprattutto nelle regioni sottoposte a piani di rientro appare molto pericolosa la previsione di ulteriori tagli fino al rapporto di 3 pl per mille abitanti per acuti su tutto il territorio nazionale da raggiungere nel 2015.

Le cause del sovraffollamento vanno ricercate:

- nell'aumento della vita media, invecchiamento della popolazione (grandi anziani)
- riacutizzazione dei malati cronici anziani con pluri-patologie
- aumento delle malattie croniche
- aumento di malati difficili da dimettere per assenze di soluzioni residenziali territoriali
- aumento del peso specifico di complessità assistenziale dei pazienti
- aumentate richieste di salute nelle fasce vulnerabili e nelle forme di emergenza sociale
- aumento della complessità delle cure
- gratuità delle prestazioni
- disponibilità nelle 24 ore
- inadeguata rete di assistenza domiciliare socio-sanitaria
- insufficiente presenza di strutture integrate ambulatoriali

riali sul territorio in alternativa al ricovero ospedaliero. Le attese nel DEA per un ricovero sono diventate insostenibili: si attende in barella dalle 24 alle 72 ore mentre la conclusione dell'iter diagnostico terapeutico ed il ricovero, secondo le raccomandazioni delle comunità internazionali, dovrebbe avvenire entro le 6-8 ore dal *triage*.

Bisogna precisare che il malato che sosta nel DEA o nel PS, pur nel disagio della permanenza in barella, riceve le cure necessarie e di cui ha bisogno.

Il sovraffollamento da un lato rallenta il percorso di cura in emergenza, aumenta il rischio clinico e riduce la sicurezza delle cure; dall'altro aumenta il sovraccarico di lavoro del personale, aumenta la pressione dei pazienti e la comunicazione con i loro familiari, innalza la paura di commettere errori e il rischio di denunce, causando stress psicofisico per medici ed operatori sanitari dell'area dell'emergenza-urgenza e riducendo nell'utente la qualità percepita.

È stato stimato che nelle ore di punta, mentre un medico di reparto visita un paziente durante il giro visite, un medico di Pronto Soccorso ha già preso in consegna e trattato 7 pazienti.

Bisogna evidenziare la storica carenza di personale nel sistema dell'emergenza-urgenza che nelle regioni con piano di rientro è notevolmente accentuato per il blocco del *turn-over*.

Inoltre l'esiguo numero di posti attivati dalla neo scuola di Specializzazione in Medicina di Emergenza-Urgenza che vedrà i primi 80 specialisti diplomarsi proprio questo anno.

Sarebbe auspicabile un'integrazione della rete dell'emergenza-urgenza con quella ospedaliera e territoriale. È necessario il rafforzamento dei servizi territoriali attraverso l'aggregazione dei medici di base con l'estensione della loro attività e dei servizi ambulatoriali di assistenza per la gestione dei codici minori.

È necessario migliorare l'accesso ai servizi diagnostici, accrescere la disponibilità di strutture sanitarie post-acuzie e di residenza sanitaria assistenziale.

È necessario riqualificare il metodo del *triage* e ricorrere all'attivazione dell'unità di Osservazione Breve Intensiva (OBI).

Un DEA/PS sovraffollato è indicatore di un ospedale affollato e mette in risalto i limiti organizzativi di tutto l'ospedale di appartenenza.

Scuola di Formazione Quadri “Alberto Clivati” Quadriennio 2009-2013

Francesco Chiavilli



Ho assunto l'incarico di responsabile della scuola dal settembre 2009

In questo periodo sono stati svolti i seguenti corsi di formazione:

- | | | |
|-------------------|--|--------------------------|
| • Settembre 2009 | La comunicazione sindacale | Abano Terme (PD) |
| • 22-24/4/2010 | Corso Base per Quadri sindacali | Valeggio sul Mincio (VR) |
| • 20-22/5/2010 | Corso Base per Quadri sindacali | Valeggio sul Mincio (VR) |
| • 30.9-02.10/2010 | Corso Base per Quadri sindacali | Roma |
| • 05/11/2010 | Corso sui fondi contrattuali | Roma |
| • 26-28/5/2011 | Corso Quadri II° livello associato a “Criteri e tecniche di negoziazione partecipativa specialistiche per medici chirurghi” (APOGEO, Dr. Paolo Boschi) | Valeggio sul Mincio (VR) |
| • 09-11/06/2011 | Corso Quadri II° livello, associato a “Criteri e tecniche di negoziazione partecipativa specialistiche per medici e chirurghi” (APOGEO, Dr. Paolo Boschi) | Valeggio sul Mincio (VR) |
| • 11-13/10/2011 | Corso Quadri II° livello associato a “Il comportamento professionale assertivo per medici e chirurghi e la gestione dell'aggressività del paziente” (APOGEO, Dr. Boschi) | Roma |
| • 18-21/4/2012 | Corso Quadri II° livello associato a “Tecniche di relazione autorevole nella relazione medico-paziente”, | Valeggio sul Mincio (VR) |
| • 11-13/10/2012 | Corso Quadri II° livello associato a “Comportamento professionale assertivo per medici chirurghi – la gestione dell'aggressività del paziente”, | Roma |

Nel corso dei suddetti eventi sono state formate complessivamente 243 persone.

I corsi di base hanno visto l'avvicendamento di molti docenti, sindacalisti o di “controparte”.

Corsi base

In questi eventi sono stati approfonditi gli elementi fondamentali dell'azione sindacale, partendo dall'esplicitazione dei diritti e prerogative sindacali, diritto di sciopero, passando per i concetti di rappresentatività, la repressione della condotta antisindacale, il rapporto di lavoro, l'orario di lavoro, i diritti del lavoratore (sostituzioni, ferie, permessi retribuiti, ecc.), la mobilità volontaria ed obbligatoria. Ampia analisi dei fondi contrattuali, la lettura della busta paga.

I docenti in questi corsi sono stati: Cassi, Branca, Alessi, Quici, Faletti, Scagliotti, Sizia, Pianese, Lorenzini.

L'obiettivo di questi corsi era quello di fornire ai quadri

sindacali CIMO gli elementi di base per poter affrontare la negoziazione decentrata, elementi indispensabili per la difesa dei diritti dei propri iscritti.

La maggior parte dei corsisti aveva frequentato in precedenza i corsi di Comunicazione, con i quali erano stati loro forniti gli elementi per condurre una trattativa con la controparte, in condizioni di parità con persone che sicuramente potevano avere più tempo a disposizione per preparare anche gli aspetti comunicativi della negoziazione.

Nel prosieguo dell'attività si è provveduto a fornire ulteriori elementi conoscitivi, prioritariamente a chi aveva frequentato i corsi di primo livello.

Negli anni successivi si è quindi pianificato un intervento formativo più mirato ad alcuni aspetti particolari del bagaglio conoscitivo del sindacalista.

In questi interventi sono state trattate le problematiche relative alle sanzioni disciplinari, in considerazione del fatto che erano appena state introdotte dal decreto "Brunetta" e che modificavano sostanzialmente la regolamentazione del rapporto di lavoro del dipendente, fino ad allora soggetto o al licenziamento o a nessuna sanzione.

La trattazione dell'argomento è stata affidata all'Avv. Faletti, che aveva contribuito alla stesura del testo in seno alla commissione paritetica ministeriale.

Altro elemento di interesse sempre maggiore è stato individuato nel *Mobbing*, argomento all'ordine del giorno in aziende sanitarie con risorse sempre più limitate, *turnover* bloccato, carichi di lavoro in aumento: tutte situazioni che concorrono a creare tensioni, incomprensioni ed atteggiamenti ostili fra colleghi ed altri operatori sanitari.

Questo argomento è stato affidato all'Avv. Scagliotti, profondo conoscitore del problema, che aveva già trattato numerose cause di *mobbing*, anche in aziende sanitarie.

Poiché ai corsi di formazione di II° livello si iscrivevano colleghi che non avevano frequentato i corsi di "CIMO Comunicazione", si è pensato di affiancare ai legali il Dr. Paolo Boschi, APOGEO, che aveva strutturato dei brevi corsi di Comunicazione, al fine di fornire gli elementi comunicativi necessari ad affrontare situazioni complesse, come il rapporto medico-paziente, e consentire così ai corsisti di "allenarsi" a situazioni comunicative stressanti.

Quest'ultimo aspetto è stato particolarmente orientato all'esercitazione pratica dei corsisti, che avevano in questo modo l'opportunità di interagire fra loro e con il formatore, per stressare i momenti di inevitabile difficoltà che si incontrano in situazioni di negoziazione complessa.

Nel suo insieme il programma formativo dell'ultimo quadriennio è stato, a mio parere, ben orientato a sod-

disfare il fabbisogno formativo dei Quadri sindacali CIMO.

Il futuro richiede però una revisione dell'offerta formativa, allo scopo di raggiungere progressivamente il maggior numero di quadri impegnati nella trattativa decentrata.

Il limite della formazione residenziale è infatti legato al ristretto numero di partecipanti che possono allontanarsi dal luogo di lavoro per diversi giorni.

Situazione che è resa ancor più difficile dal blocco del *turnover*, che ha limitato sostanzialmente le dotazioni organiche mediche degli ospedali italiani.

La formazione residenziale dovrà essere declinata in modo diverso, con lo scopo di preparare in maniera dettagliata un congruo numero di quadri di tutte le regioni, con la previsione di *re-training* annuali e la successiva trasmissione delle conoscenze, da parte di questi "formatori", attraverso corsi locali, organizzati a livello regionale, in collaborazione con la Scuola Quadri "A. Clivati".

I corsi residenziali dovranno essere tenuti da docenti di provenienza sia sindacale che di controparte, analogamente a quanto è avvenuto per i corsi base organizzati nel 2010.

Ritengo infatti di fondamentale importanza offrire ai quadri in formazione l'esperienza maturata sul campo da sindacalisti ed amministratori, in grado di trasmettere ai giovani quadri le dritte per poter condurre una negoziazione vincente, conoscendo anche le "astuzie" della controparte, che parte sempre da situazioni di vantaggio, non fosse altro che per il tempo che ha a disposizione per preparare gli incontri sindacali.

Le tematiche che si intendono proporre sono le stesse, rivedute e corrette, che erano state individuate nel corso di formazione base, aggiornate agli eventi recenti, che ne hanno modificato sostanzialmente la struttura, con il decreto "Brunetta" prima e la "riforma Balduzzi" in seguito.

Francesco Chiavilli
Responsabile della Scuola di Formazione
Alberto Clivati

Conoscere la SPEME

Alberto Catalano

La SPEME, Società per la Promozione dell'Educazione Medica, è stata fondata nel 2000 con un obiettivo ambizioso: offrire agli iscritti CIMO-ASMD il supporto scientifico-organizzativo sia per poter curare la propria formazione professionale, sia per adempiere all'obbligo di acquisire i crediti formativi come previsti dagli accordi stato/ regione. Anche se è prevista l'iscrizione individuale, attualmente la totalità degli iscritti alla SPEME è costituita dagli iscritti alla CIMO-ASMD, sindacato che rappresenta l'ossatura della società di cui è socio collettivo.

La SPEME, comunque, è una società scientifica a tutti gli effetti che gode di piena autonomia organizzativa ed amministrativa, con un suo consiglio direttivo, anche se i bilanci devono essere approvati dall'assemblea in seno alla quale il presidente *pro tempore* della CIMO-ASMD, in qualità di rappresentante del socio collettivo CIMO-ASMD, ne costituisce la maggioranza.

L'esistenza della SPEME viene garantita dalla quota associativa versata annualmente dalla CIMO-ASMD, dai contributi di sponsorizzazione da parte di case farmaceutiche e da Enti pubblici e privati, elargiti in occasione dell'organizzazione dei corsi di formazione per Medici, nonché dai flussi legati al 5/mille anche in relazione alle attività sociali svolte.

L'attività svolta dalla SPEME, ha come obiettivi principali:

a) curare l'aggiornamento degli Operatori della Sanità sia dal punto di vista delle attività specifiche svolte, sia da quello socio-assistenziale e gestionale, sia in forma residenziale (RES), sia a distanza (FAD);

b) perseguire l'elevazione della qualità delle prestazioni erogate, anche dal punto di vista organizzativo, al fine di garantire complessivamente l'alta qualità dei servizi, in un'ottica di sana gestione in favore dei pazienti e più in generale dell'intera collettività;



Alberto Catalano
Presidente SPEME

c) lo svolgimento di attività di tipo sociale nell'ambito della regione Sicilia.

Dal 18/1/2011 la SPEME è stata accreditata provvisoriamente quale *provider* di ECM ed in tale veste ha erogato numerosi eventi formativi nell'arco degli ultimi anni. I temi principali su cui ha basato la propria attività formativa, fino ad ora, sono stati il *management* sanitario, il rischio clinico, la sicurezza sui luoghi di lavoro, la colpa medica, ma accanto a queste tematiche di interesse generale, grazie alla presenza di

autorevoli specialisti, ha organizzato anche eventi di carattere più settoriale. In particolare nei campi dell'immunologia, dell'oncologia, della terapia del dolore, dell'ematologia, della medicina trasfusionale, medicina rigenerativa, ecc.

Nel periodo compreso fra gennaio 2011 e dicembre 2012 sono stati proposti 34 eventi formativi residenziali che hanno visto la partecipazione complessiva di 1.239 discenti.

Sono stati erogati oltre 6.000 crediti formativi.

Con la FAD sono stati inoltre erogati 30 crediti *pro capite* ai circa 3.000 partecipanti.

Questi sono per sommi capi i risultati raggiunti.

Importante, però, è conoscere con quali mezzi e con quale lavoro organizzativo si svolge tale attività.

L'accreditamento è stato conquistato grazie al tipo di organizzazione che la SPEME ha potuto costruire anche in virtù dell'esperienza acquisita dal 2002 al 2011, nel corso della fase sperimentale del programma ECM promosso dal Ministero della sanità.

Uno strumento importante, ai fini dell'accreditamento, è rappresentato dal modello operativo del sistema qualità di cui la SPEME si è dotato. Il sistema si basa su 11 Procedure operative standard ed oltre quaranta allegati

che vengono utilizzati per un'organizzazione sistematica e trasparente degli eventi formativi.

L'organizzazione, lo svolgimento e la chiusura di un evento formativo sono basati su un insieme di azioni complesse e subentranti che è importante conoscere per entrare meglio nello spirito dell'organizzazione SPEME e del lavoro svolto.

L'attività inizia con la richiesta da parte di un organo periferico CIMO-ASMD di poter organizzare un evento formativo per i propri iscritti.

Viene quindi elaborato il programma e vengono interpellati i singoli relatori ai quali, in un secondo tempo, viene inviata una lettera ufficiale di nomina quale docente.

Qualora per lo svolgimento dell'evento ci sia la partecipazione di uno sponsor commerciale (ad esempio azienda farmaceutica) è prevista anche la sottoscrizione di un contratto di sponsorizzazione redatto secondo le indicazioni della Commissione Nazionale per la Formazione Continua.

La proposta formativa, prima della fase attuativa, viene validata dal comitato scientifico della SPEME che si identifica con il consiglio direttivo.

Solo in casi di particolare urgenza il Presidente nazionale SPEME attiva la procedura di realizzazione direttamente, ma comunque ne riferisce al primo comitato utile ai fini della validazione *ex post*.

La fase attuativa può quindi partire.

Vengono raccolte tutte le informazioni relative al singolo evento (sede, data, titolo, numero dei partecipanti, ecc.) ed ogni docente/relatore viene invitato ad inviare il proprio *curriculum* formativo corredato da una dichiarazione di autorizzazione al trattamento dei propri dati e da quella relativa all'eventuale esistenza di interessi in ambito commerciale.

Il Presidente, inoltre, si fa carico della stesura del questionario di apprendimento o in alternativa chiede la collaborazione ai vari docenti interessati.

Almeno 90 giorni prima dell'evento (data ultima utile) il Presidente SPEME procede all'inserimento dell'evento nel sito ECM afferente a quello dell'AGENAS, compilando i singoli campi, descrivendo sinteticamente gli obiettivi dell'evento, allegando i *file* del programma, i *curricula* ed eventuali contratti di sponsorizzazione o lettere di contributo della segreteria CIMO-ASMD interessata. Tutti gli allegati debbono essere in PDF e autenticati con la firma digitale.

Il giorno dell'evento, nei limiti del possibile, il Presidente SPEME sovrintende allo svolgimento dell'attività formativa e vigila affinché le severe norme che la regolano siano rispettate.

Fondamentalmente vigila affinché tutti i partecipanti appongano la firma di ingresso ed all'uscita consegnino la scheda anagrafica e tutti i questionari (apprendimento, competenze in entrata, gradimento, qualità percepita, rilevazione dei bisogni formativi).

Dopo che la tesoreria SPEME ha provveduto al pagamento della tassa ministeriale resta ancora il lavoro di rendicontazione.

A tale proposito è bene ricordare che i crediti attribuiti ai partecipanti trovano la loro validazione solo se il nominativo sia stato inserito nel sito del COGEAPS.

L'inserimento avviene attraverso la compilazione di un foglio di lavoro *excel*.

Anche l'attività di rendicontazione viene curata personalmente dal Presidente SPEME, che è anche il legale rappresentante della società.

Nel foglio di lavoro vengono inseriti codice fiscale, cognome, nome, numero dei crediti attribuiti e disciplina sia dei partecipanti sia dei docenti.

È facile immaginare la complessità di tale lavoro che spesso viene complicato anche da codici fiscali scritti erroneamente o difficilmente leggibili.

Quando il sistema accetta l'elenco, perché tutti gli eventuali errori sono stati corretti, il *file* viene convertito in modalità XML, firmato digitalmente e zippato.

Solo allora il lavoro potrà essere considerato concluso e tutta la documentazione informatica salvata su CD ed insieme a quella cartacea archiviata presso la sede di Catania.

Come in tutte le attività associative, come è ovvio che sia, gran parte del lavoro è svolto dal presidente, ma un ruolo importante viene svolto anche dal Comitato scientifico/consiglio direttivo ed in particolare dal tesoriere, dal responsabile della qualità e dalla responsabile amministrativa, oltre che da quello di supporto garantito dalla segretaria.

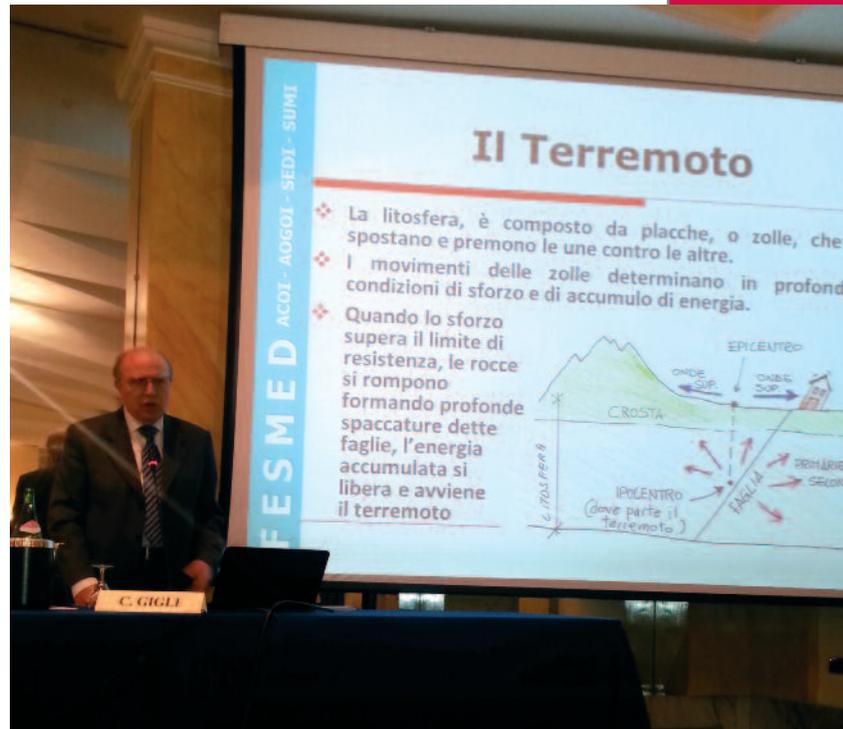
Come tutte le attività umane anche quella della SPEME ha bisogno sempre dell'entusiasmo e della buona volontà e della disponibilità di coloro che vi operano.

Eventi e manifestazioni 2010-2013

Sit in Roma 22 luglio 2013



Convegno: “La sicurezza delle cure il ruolo del sindacato” Roma 29 maggio 2013





“Il medico che vogliamo”

Convegno Nazionale Roma 26 gennaio 2012





“Un nuovo ruolo del medico” del SSN

Roma, 26 gennaio 2012

PERCHÉ LA PROPOSTA

La necessità che il Medico si faccia carico della sostenibilità del sistema, evitando sprechi di risorse sempre più limitate, è ormai patrimonio della categoria tanto da essere stato introdotto come norma del codice deontologico; ma questo non ha trasformato il Medico, né può trasformarlo, in un mero esecutore di disposizioni senza facoltà di intervenire nelle scelte di *governance*.

In questo momento storico di riforma su scala globale e non solo delle professioni, riteniamo sia inevitabile riflettere anche sulla professione medica e sul suo Stato Giuridico. E' giunto il momento di riportare lo stato giuridico del Medico italiano ad essere più coerente con la sua professione consentendogli di entrare fattivamente nella gestione dei processi di diagnosi e cura.

In Italia il Medico entra stabilmente nel SSN ad un'età nella quale, negli altri paesi, si è già professionisti affermati, dopo lunghi anni di un precariato indotto dalle restrizioni finanziarie e dalle rigidità contrattuali. Il Medico oggi deve affrontare il lavoro quotidiano con una formazione prevalentemente teorica, mentre la generazione precedente, che ha portato il SSN agli apici delle classifiche mondiali in termini di qualità, si è formata negli Ospedali trovando nella carriera lo stimolo per aggiornarsi e qualificarsi. Occorre pertanto rivedere ed adeguare il percorso di formazione specialistica all'interno delle strutture ospedaliere e territoriali, in stretta interazione con l'Università per la componente didattica.

La cosiddetta “carriera dirigenziale” si è risolta in un appiattimento generalizzato della professione che da un lato non ha esaltato a pieno l'autonomia gestionale dei Responsabili di Struttura e dall'altro non ha differenziato il restante personale medico in relazione alle specifiche competenze professionali maturate. L'insufficiente finanziamento degli “incarichi profes-

sionali” e la mancata concreta applicazione nelle Aziende (mancata graduazione delle funzioni e delle verifiche professionali) hanno come conseguenza che a oggi l'unica concreta differenza economica tra i Medici non responsabili di struttura è conseguente allo stato giuridico ed all'anzianità precedenti la riforma. Inoltre si è voluto affidare al Direttore di Struttura Complessa tutte le questioni di *management* senza una vera autonomia gestionale, distogliendolo da compiti più specificamente professionali richiesti al Medico all'apice della carriera.

La riforma del titolo V della Costituzione, approvata nel 2001, ha cambiato notevolmente le competenze istituzionali in tema di Sanità ma non ha avuto ricadute sulle modalità della contrattazione. La prevalente competenza regionale e la sempre maggiore integrazione ospedale-territorio richiedono invece una modifica della controparte, nonché contenuti specifici che colgano le differenze del lavoro del Medico sia come tipologia di attività, sia come organizzazione del lavoro, rispetto alla dirigenza statale e regionale.

Infine, in Italia il 95% delle richieste di risarcimento finisce in un tribunale civile e/o penale, mentre nel resto d'Europa vengono trattate extragiudizialmente. Le conseguenze della nostra normativa in tema di colpa medica sono: Medicina difensiva, costi elevati, ritardi nei tempi di risarcimento e la “caccia” al colpevole per indennizzare chi è rimasto vittima di un evento avverso. In attesa di una riforma globale del sistema che da una parte offra al cittadino garanzie di tempi rapidi per l'indennizzo e dall'altra prenda atto della peculiarità della professione medica ridefinendo i criteri di colpa, chiediamo che siano riviste le norme attuali.

LA PROPOSTA

La proposta non può prescindere da una preliminare definizione dell'atto medico, fermo restando il princi-

pio che il Medico può comunque eseguire tutte le prestazioni diagnostico-curative, anche se la legge consente per alcune, e a determinate condizioni, la possibilità di esecuzione da parte di altre professioni sanitarie.

Il medico chirurgo dovrà essere l'unico soggetto a cui farà capo la responsabilità finale delle decisioni concernenti la prescrizione, l'esecuzione e la diretta supervisione delle attività cliniche.

Il nuovo stato giuridico dovrà tener conto della peculiarità dell'attività medica nei processi organizzativi ed assistenziali del SSN.

Anche le attribuzioni dirigenziali, intese come gestione effettiva delle risorse finanziarie, dovranno essere limitate ai livelli più alti (Dipartimenti, Distretti, Aree funzionali).

Il Responsabile di Struttura dovrà essere una figura con competenze di alta professionalità, unite alla capacità di gestione, intesa come *governance* delle attività affidate alla struttura. Di conseguenza rappresenterà un autonomo livello e l'assegnazione dell'incarico dovrà avvenire con procedure selettive, che privilegino le specifiche capacità professionali.

Al Medico professionista sarà assegnata la "gestione" del paziente e delle attività clinico-assistenziali connesse alla prevenzione, diagnosi e cura, con autonomia decisionale legata al proprio ruolo. Assunto a tempo indeterminato per pubblico concorso, acquisirà, gradualmente sempre maggiori capacità professionali, con verifiche prevalentemente tecniche che gli consentiranno di progredire nella carriera professionale ed anche economicamente; i rapporti precari devono essere ricondotti a precise situazioni previste dalla legge o dal contratto di lavoro.

La formazione specialistica del Medico dovrà avvenire presso strutture del servizio sanitario pubblico, con progressivo inserimento nell'attività di diagnosi e cura.

Considerato che il rapporto del Medico con il SSN può essere di dipendenza o convenzionale, la cui attività è sempre più integrata, la definizione dei contratti e delle convenzioni nazionali dovrà avvenire con la stessa controparte (Ministero della Salute e Regioni) e dovranno essere previsti gli stessi livelli di contrattazione decentrata (regionale ed aziendale), sulle materie ad essi demandate.

Proposta di legge "Lo stato giuridico del Medico" Roma 26 gennaio 2012

Il medico chirurgo. L'atto medico.

Il medico chirurgo, abilitato all'esercizio professionale, è il soggetto cui fa capo la responsabilità finale delle decisioni concernenti la prescrizione, l'esecuzione o la diretta supervisione dell'atto medico.

L'atto medico ricomprende tutte le attività della disciplina medica (professionali, di carattere scientifico, di insegnamento, di formazione, educative, organizzative cliniche e di tecnologia medica) svolte al fine di promuovere la salute, prevenire le malattie, effettuare diagnosi e prescrivere cure a vantaggio dei soggetti che ne abbiano esigenza.

Nell'adozione delle scelte diagnostiche e terapeutiche, il medico chirurgo opera secondo propria scienza e coscienza, nel rispetto delle norme etiche e deontologiche e della posizione di garanzia che gli è attribuita.

L'esercizio dell'attività professionale.

Il medico chirurgo esercita la propria attività, sotto il vincolo dell'aggiornamento e della formazione continua:

- con rapporto di prestazione d'opera intellettuale libero professionale, a termini degli artt. 2229 e seguenti c.c.
- nell'ambito di un rapporto di lavoro dipendente, pubblico o privato, o convenzionato.

L'esercizio dell'attività libero professionale è un diritto del medico chirurgo; esso è compatibile con un rapporto di lavoro dipendente o convenzionato, tranne che determini l'insorgere di un conflitto di interessi con l'attività istituzionale.

Le fonti.

Il rapporto di lavoro dipendente del medico chirurgo è disciplinato dalle disposizioni del capo I, titolo II, del libro V del codice civile e dalle leggi sui rapporti di

lavoro subordinato nell'impresa, fatte salve le diverse specifiche disposizioni contenute nella legge o nel contratto collettivo.

I rapporti individuali di lavoro di cui al comma 3.1 sono regolati contrattualmente.

Ai rapporti di lavoro di cui al comma 3.1 non si applicano le disposizioni di cui al d.lgs. 165/01 e s.m. ed i. in contrasto con la presente legge.

Le previsioni che il contratto collettivo dichiara inderogabili si applicano ai rapporti di lavoro dipendente del medico chirurgo, qualunque sia la tipologia del contratto individuale stipulato e la natura del datore di lavoro.

La costituzione del rapporto di lavoro dipendente.

L'assunzione del medico chirurgo presso il servizio sanitario pubblico o privato con esso convenzionato o da esso accreditato è consentita solo con rapporto a tempo indeterminato oppure a tempo determinato nei casi previsti dalla legge e dal contratto o accordo collettivo nazionale. Presuppone il possesso del diploma di specializzazione nella disciplina per la quale avviene l'assunzione; l'assunzione presso il servizio sanitario pubblico presuppone altresì il positivo superamento della relativa procedura selettiva ad evidenza pubblica, salvo i casi - stabiliti dalla legge - di selezione fondata sul merito.

La stipula in forma scritta del contratto individuale di lavoro ha effetto costitutivo del rapporto di dipendenza. Il contratto individuale di lavoro disciplina gli istituti ad esso assegnati dalla contrattazione collettiva.

Tutti gli atti ed i fatti che producono effetti integrativi o modificativi del rapporto di lavoro integrano o modificano il contratto individuale di lavoro.

La formazione specialistica del medico chirurgo avviene presso strutture del servizio sanitario pubblico, mediante la stipula con la struttura di un contratto di lavoro a tempo determinato, a seguito di procedura selettiva ad evidenza pubblica. La formazione specialistica prevede il progressivo inserimento del medico nell'attività istituzionale di diagnosi e cura e si conclude, a seguito della positiva valutazione dell'attività svolta ed il superamento dell'esame finale, con il conseguimento del diploma di specializzazione.

La contrattazione collettiva.

Spetta alla contrattazione collettiva di area dirigenziale medica definire e regolamentare tutti gli istituti normativi ed economici applicabili al rapporto di lavoro

dipendente del medico chirurgo.

La contrattazione collettiva nazionale definisce e regola gli istituti del rapporto di lavoro di applicazione inderogabile, compresi i livelli nei quali si articola la progressione di carriera.

La contrattazione collettiva regionale definisce e regola - alla luce della realtà territoriale di riferimento - gli istituti ad essa demandati dalla contrattazione collettiva nazionale nonché altri istituti, anche di natura economica, di applicazione decentrata regionale.

La contrattazione collettiva aziendale definisce l'applicazione alla singola realtà aziendale degli istituti di cui alla contrattazione collettiva sovraordinata.

I contratti collettivi hanno decorrenza comune e durata triennale.

Lo sviluppo e la progressione di carriera.

Ferma la disciplina di cui all'art. 2103 cc, spetta a ciascun medico chirurgo dipendente di svolgere le mansioni per le quali è assunto o quelle corrispondenti all'inquadramento che gli viene progressivamente attribuito, nel rispetto dei principi di diligenza e di fedeltà di cui agli artt. 2104 e 2105 cc.

L'inquadramento contrattuale è definito - secondo la progressione dettata dalla contrattazione collettiva - in relazione alla funzione, professionale od organizzativa, assegnata ed alla specifica esperienza professionale maturata.

Il medico chirurgo responsabile di struttura coniuga competenze di alta professionalità e di capacità di gestione delle risorse assegnate alla struttura; l'affidamento di tale responsabilità consegue all'esito di apposita procedura selettiva ad evidenza pubblica.

Spetta al medico chirurgo la responsabilità della struttura nell'ambito della quale, secondo l'articolazione dell'azienda o ente, si svolgono con prevalenza atti medici.

La valutazione della prestazione. Effetti.

Fermo il principio del contraddittorio con l'interessato, con la periodicità e la metodica fissata dalla contrattazione collettiva nazionale, il medico chirurgo dipendente è soggetto a valutazione tecnico professionale e/o gestionale in relazione alla funzione ed agli obiettivi prestazionali quali-quantitativi affidatigli con il contratto individuale di lavoro o con successivi atti integrativi o modificativi di quello.

In caso di contestazione, la valutazione è eseguita da

soggetto terzo, estraneo all'azienda o ente di appartenenza, di cui sia certificata la specifica competenza nella disciplina da valutare.

La valutazione positiva costituisce titolo agli effetti di cui all'art. 6.

Gli elementi della retribuzione.

La retribuzione è costituita da elementi fissi e specifici

variabili collegati all'inquadramento
variabili collegati agli obiettivi prestazionali quali quantitativi di cui all'art. 7.1

Gli elementi costitutivi della retribuzione, la rispettiva entità e l'incidenza percentuale di ciascuno sul totale sono determinati dalla contrattazione collettiva nazionale.

Spetta alla contrattazione collettiva regionale implementare la quota destinata agli elementi variabili di cui al comma 8.1 c. in relazione agli obiettivi prestazionali di interesse regionale.

Nell'ambito della contrattazione aziendale sono fissati i limiti minimi della retribuzione variabile connessa all'inquadramento (8.1 b.) e agli obiettivi prestazionali (8.1 c.).

Il contratto individuale di lavoro, le sue integrazioni o modificazioni definiscono, per ciascun medico chirurgo dipendente, lo specifico trattamento retributivo spettantegli imputabile a ciascuno degli elementi di cui all'art. 8.1.

Disciplina.

Costituiscono oggetto di sanzione disciplinare, previa contestazione di addebito e concessione di congruo termine a discolta, le violazioni agli obblighi di diligenza nella prestazione e di fedeltà al rapporto assunti dal medico chirurgo dipendente con la stipula del contratto individuale di lavoro.

Le sanzioni disciplinari sono definite dalla contrattazione collettiva. Non può costituire oggetto di addebito disciplinare l'evento infausto determinato da caso fortuito ovvero la valutazione negativa della prestazione

resa ai fini di cui all'art. 7. In tutti i casi di licenziamento, comunque intimato, dichiarato inefficace, invalido, nullo o annullato, è salva, a richiesta dell'interessato ed in alternativa alla tutela risarcitoria, la ricostituzione del rapporto di lavoro.

Rappresentanza. Rappresentatività. Diritti sindacali.

I contratti collettivi nazionali sono stipulati da un organismo di rappresentanza datoriale Regioni/Ministero della Salute con le organizzazioni sindacali di categoria rappresentative sul territorio nazionale secondo parametri di rappresentatività – definiti dalle stesse parti negoziali – basati sulla diffusione territoriale e sul numero di iscritti ragguagliato al totale degli iscritti della categoria.

Il primo contratto collettivo nazionale successivo alla entrata in vigore della presente legge è stipulato, per parte sindacale, dalle organizzazioni sindacali di categoria rappresentative secondo i criteri a quel momento vigenti.

I contratti collettivi regionali ed aziendali sono stipulati, rispettivamente con la Regione o con l'azienda o ente di appartenenza, dalle organizzazioni sindacali rappresentative, firmatarie del contratto collettivo nazionale.

La rappresentanza aziendale è costituita in seno a ciascuna azienda o ente secondo il criterio previsto dall'atto costitutivo o statuto dell'organizzazione sindacale di riferimento.

Spettano alle organizzazioni sindacali rappresentative, a seconda dell'ambito territoriale di rappresentatività, i diritti e le prerogative sindacali di cui alla L. 300/70.

Responsabilità

Lo svolgimento dell'attività professionale del medico chirurgo dipendente impegna direttamente la responsabilità dell'ente datoriale ai sensi dell'art. 2049 c.c.

L'esercizio della rivalsa da parte dell'ente datoriale pubblico che ha risarcito il terzo danneggiato è limitato all'ipotesi di fatto doloso.

“Prove di dialogo” Roma 8 marzo 2012



“Diritto alla cura diritto a curare” Manifestazione Nazionale Roma 27 ottobre 2012







CIDA MAPI sugli stati generali

Milano 26 novembre 2012



“Vertenza salute” Napoli 4 febbraio 2010









“Basta tagli alla Sanità”
Sit in al Senato
Roma 16 giugno 2010





Manifestazione Nazionale “La sanità non si tocca” Sit in Roma 13 ottobre 2011





Il tuo finanziamento su misura è Findomestic.



Un'offerta riservata
a tutti gli associati
CIMO ASMD, come te!

Prestiti Personali con tutte le spese azzerate

Zero Imposta di
bollo/sostitutiva

Zero spese
istruttoria pratica

Zero spese incasso
e gestione rata

Zero spese
comunicazione
periodica

Un esempio:

Richiedi una somma di

10.000€

Rimborsi una rata di

154,20€

per 84 mesi

Taeg

7,94%

Tan fisso 7,66%

Carte di Credito



Cessione del Quinto

Prodotti Assicurativi

Mutuo

Il prodotto Mutuo è offerto da Findomestic, erogato e gestito da BNL Gruppo BNP Paribas.

Scopri la filiale più vicina a te! Guarda la lista.

Contattaci subito e comunica il tuo codice promozione

9157819

Findomestic ti dice tutto con chiarezza e semplicità

Messaggio Pubblicitario con finalità promozionale. Offerte valide dal 25/05/2012 al 31/12/2012. Per i **Prestiti Personali** a nuovi clienti, esempio rappresentativo: importo richiesto 10.000€, TAN fisso 7,66%, **TAEG 7,94%** in 84 rate da 154,20€. Spese già incluse nel calcolo del Taeg: spese istruttoria pratica €0, spese incasso e gestione rata per singolo pagamento €0, imposta bollo/sostitutiva €0, costo per singole comunicazioni periodiche €0. Importo totale del credito 10.000€. Importo totale dovuto dal consumatore 12.952,80€. **Prestiti Personali e Carta Nova** sono prodotti erogati e gestiti da Findomestic Banca. Salvo approvazione di Findomestic Banca. La **Cessione del Quinto** è erogata e gestita da Bieffe5 S.p.A. Salvo approvazione di Bieffe5 S.p.A.. Al fine di gestire le tue spese in modo responsabile Findomestic ti ricorda, 31di sottoscrivere il contratto, di prendere visione di tutte le condizioni economiche e contrattuali, facendo riferimento alle Informazioni Europee di Base sul Credito ai Consumatori, presso tutte le succursali di Findomestic Banca. La polizza assicurativa facoltativa è realizzata in collaborazione con Cardif Assurances Risques Divers S.A. e Cardif Assurance Vie S.A. Prima della sottoscrizione leggere il Fascicolo Informativo disponibile presso le filiali Findomestic. Il **Mutuo** collocato da Findomestic è erogato e gestito da BNL Gruppo BNP Paribas, che svolge la valutazione preliminare dei requisiti necessari per la concessione del finanziamento. Condizioni per l'ammissione e Fogli Informativi presso le filiali Findomestic, sul sito www.findomestic.it, presso le filiali BNL e sul sito www.bnl.it.

Ecco alcune filiali

BARI	080/5224. 299 VIA N. DALL'ARCA, 13 - 70121
BOLOGNA	051/6086. 299 VIA FINELLI, 1 - 40126
BRESCIA	030/2951. 299 VIA F.LLI LECHI, 44 - 25121
BRINDISI	0831/204. 299 VIA NUMA POMPILIO, 107 - 72100
CAGLIARI	070/4043. 299 VIA TUVERI, 116 - 09125
CATANIA	095/556. 299 VIA TORINO 37 95126
FIRENZE	055/2731. 299 V.LE ALAMANNI, 27/C - 50144
MILANO 1	02/63242. 299 V.LE V. VENETO, 24 - 20124
MILANO 2	02/58148. 299 VIA LAGRANGE, 2 - 20136
NAPOLI 1	081/7974. 299 VIA DEL CARRETTO, 31 - 80133
NAPOLI 2	081/2418. 299 VIA CINTIA P.CO S.PAOLO IS., 39 - 80126
PADOVA	049/8770. 299 VIA TOMMASEO, 2/C - 35131
PALERMO LAZIO	091/6933. 299 V.LE LAZIO, 132 - 90100
PALERMO VILLABIANCA	091/7900. 299 VIA DI VILLABIANCA, 169 - 90143
REGGIO CALABRIA	0965/319. 299 VIA A.D. ANNUNZIATA, 33 - 89121
ROMA FLAMINIO	06/36706. 299 VIA FLAMINIA, 8 - 00196
ROMA TUSCOLANO	06/76299. 299 VIA COLLEGENTILESCO, 11 - 00178
SALERNO	089/7727. 299 VIA WAGNER, 1/G - 84131
TORINO 1	011/75033. 299 C.SO TRAPANI, 16 - 10139
TORINO 2	011/2377. 299 C.SO PALERMO, 16/A - 10152

Per tutte le informazioni puoi contattare il Gestore della tua zona:

Sergio Bucciarelli Gestore Mercato Aziende Zona Centrosud
cell. 334.7962707 e-mail s.bucciarelli@findomestic.com

Piero Samarelli Gestore Mercato Aziende Zona Sud
cell. 335.5749011 e-mail p.samarelli@findomestic.com

Stefano Di Stefano Gestore Mercato Aziende Zona Centro
cell. 334.7962657 e-mail s.distefano@findomestic.com

Alessandro Ladniak Gestore Mercato Aziende Zona Nord
cell. 334.7980203 e-mail a.ladniak@findomestic.com

Presentazione della convenzione CIMO-ASMD Health Management

Riccardo Cassi e Marzio Scheggi

LA CONVENZIONE CON L'ISTITUTO *HEALTH MANAGEMENT*

Finalità e contenuti di una scelta strategica

L'evoluzione dello scenario nel quale operano le organizzazioni sindacali

L'evoluzione del quadro normativo che disciplina l'organizzazione del Servizio Sanitario Nazionale appare caratterizzata da uno squilibrio crescente tra le risorse disponibili e le risorse che sarebbero necessarie per garantire livelli di assistenza rispondenti alle aspettative ed alle attese della popolazione, ed alle opportunità che sul piano diagnostico e terapeutico sono offerte oggi dallo sviluppo delle conoscenze e delle tecnologie biomediche.

L'esigenza di assicurare che il fabbisogno del Servizio Sanitario Nazionale ed il connesso finanziamento siano compatibili con i vincoli posti dall'andamento negativo dell'economia ha indotto ad adottare una serie di misure che di fatto aumentano in maniera significativa i doveri e le responsabilità dei medici italiani diminuendo al contempo le tutele, le garanzie ed i diritti.

In questo contesto appare indispensabile che le Organizzazioni Sindacali svolgano con rinnovata energia il loro ruolo primario di salvaguardia dei diritti dei propri iscritti, dotandosi di strumenti adeguati a svolgere tale ruolo con l'efficacia e l'incisività necessarie, evitando che l'azione sindacale sia un'azione di mera protesta, e di rivendicazioni che possono essere lette come corporative, ed interpretando invece un ruolo di proposta.

Coerentemente con queste premesse la CIMO - ASMD intende impegnarsi nei prossimi anni in un programma di grande rilancio della propria azione, statutariamente finalizzata a *valorizzare e tutelare la professionalità del medico ed il suo ruolo sociale*, anche fornendo ai propri iscritti servizi di assistenza, formazione e tutela attraverso adeguati strumenti.

Le direttrici portanti di questa strategia dovranno essere:

potenziare i servizi di documentazione e formazione offerti ai propri iscritti o sviluppare ed implementare nuovi servizi

migliorare la propria organizzazione interna, soprattutto per quanto attiene alle relazioni tra i diversi livelli e i diversi settori in cui essa si articola

rendere sistematico l'impegno del sindacato nella formazione dei propri iscritti, sviluppando percorsi formativi strutturati, articolati nei contenuti e nelle modalità di realizzazione in modo adeguato ai diversi livelli in cui opera il sindacato: nazionale, regionale e locale. Questo obiettivo sarà realizzato dando nuovo impulso alla scuola di formazione sindacale Alberto Clivati, che rappresenta per noi un patrimonio di immenso valore.

Un nuovo modo di essere sindacato

Le prerogative delle organizzazioni sindacali sono state oggetto negli ultimi anni di un progressivo e significativo ridimensionamento, in particolare conseguente alle modifiche apportate all'articolo 5 del decreto legislativo 30 marzo 2001, n.165 dal decreto legislativo 27 ottobre 2009, n. 150, che ridefinisce i poteri di organizzazione degli organi preposti alla gestione precisando 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, fatta salva la sola informazione ai sindacati*.

Il blocco dei rinnovi contrattuali disposto dai provvedimenti adottati per far fronte all'emergenza economica produce una ulteriore perdita del ruolo attribuito alle organizzazioni sindacali, a livello nazionale e a livello aziendale, determinando di fatto una sorta di emarginazione dai processi che stanno modificando l'assetto del nostro servizio sanitario nazionale, e che stanno creando nuove e sempre più ampie fasce di emarginazione.

La complessità del processo di trasformazione in atto, la rilevanza che hanno in esso questioni di economia e

management sanitario, con le quali devono rapportarsi i rappresentanti sindacali ai diversi livelli istituzionali del sistema, rendono necessario dotarsi di strumenti adeguati per leggere, interpretare e contrastare certe dinamiche. Appare opportuno avvalersi a questo fine non solo dell'appassionato e incondizionato impegno che viene profuso da coloro che hanno fatto del sindacato una missione, ma anche dell'apporto di esperti che hanno sviluppato conoscenze e competenze tecniche specifiche e che possono fornire al sindacato un supporto per realizzare concretamente quella strategia che l'evoluzione del contesto rende indispensabile.

Un incontro fortunato

Così credo di poter definire l'incontro con un professionista che ha dedicato tutta la sua vita allo sviluppo di progetti di ricerca, sperimentazione, formazione, a supporto dell'innovazione gestionale del servizio sanitario nazionale, il prof. Marzio Scheggi, che ho conosciuto in occasione di un congresso sindacale, al quale il prof. Scheggi era stato invitato a presentare una relazione sul tema *"Il governo della spesa sanitaria: rigore ed equità."*

In quella relazione erano sviluppate alcune considerazioni critiche su un approccio di politica economica che sta determinando un vero e proprio defianziamento del nostro Servizio Sanitario Nazionale, rendendo di fatto impossibile il superamento delle disegualianze nell'accesso ad un diritto fondamentale qual è il diritto alla salute tra quanti, nonostante la crisi economica globale, continuano a vivere in condizioni di benessere, e quanti sono costretti a rinunciare a prendersi cura della propria salute, come rileva il Censis nell'ultimo rapporto sulla situazione sociale del Paese. Scrive infatti il Censis: *"non c'è quindi solo la questione della dimensione della copertura pubblica, ma attenzione va rapidamente spostata anche sugli effetti più generali che l'attuale corsa al ripristino della sostenibilità finanziaria del bilancio pubblico sta avendo sui meccanismi della coesione sociale"* *"e già emergono segnali di fuoriuscita dalla tutela, cittadini che di fronte al costo delle prestazioni sanitarie semplicemente ci rinunciano, oppure di fronte al costo degli strumenti della previdenza complementare dicono – ci penserò più avanti – e rinviano. C'è in sostanza un sommerso di non tutela che rischia di cronicizzarsi, diventando parte integrante di un modello di welfare nato da riforme, manovre e spending review forse inevitabili, certo imposte da sovranità lontane"*.

Chi come noi dedica gran parte della propria vita professionale alla tutela dei diritti dei lavoratori non può non apprezzare l'accento che il prof. Scheggi ha posto

sulla profonda iniquità dell'approccio finora seguito da una politica economica che opera tagli indiscriminati ad un sistema che già ci colloca nelle ultime posizioni rispetto alla cosiddetta Europa dei 15 (i Paesi che fanno parte dell'Unione Europea fin dal 1995) mentre continua ad essere di fatto inerte di fronte ad una corruzione dilagante, i cui costi sono stimati dalla Corte dei Conti in circa 60 miliardi l'anno, ad una evasione fiscale che non ha eguali nel mondo occidentale, e che stime prudenziali valutano nell'ordine dei 140 miliardi l'anno, ad un debito pubblico che grava sul bilancio dello Stato per oltre 80 miliardi l'anno di interessi passivi.

Quell'incontro casuale ci ha fatto conoscere l'Istituto *Health Management*, del quale il prof. Scheggi è responsabile scientifico, e ci ha fatto scoprire che l'Istituto ha sviluppato al proprio interno uno specifico settore di intervento finalizzato a mettere a disposizione della dirigenza medica strumenti operativi utili a supporto delle responsabilità che ad essa sono affidate dall'attuale assetto normativo del sistema.

Con un lavoro di immaginabile complessità l'Istituto ha ricostruito un corpus organico delle normative contrattuali che disciplina il rapporto di lavoro del medico, lo ha reso leggibile sostituendo ai rinvii il testo integrale delle norme di volta in volta richiamate. Il risultato di questo lavoro, una sorta di testo unico della normativa vigente realizzato in una forma interattiva, è accessibile in una pagina del sito web dell'Istituto specificamente dedicata alla normativa contrattuale della dirigenza medica. Utilizzando i link riprodotti in quella pagina è possibile: consultare la normativa contrattuale della dirigenza medica, nella versione interattiva sopra descritta; che consente sia di accedere direttamente all'argomento di specifico interesse, sia di consultare i vari contratti nel testo originale

porre al prof. Scheggi quesiti specifici concernenti il rapporto di lavoro consultare le risposte che sono state date negli ultimi anni ai quesiti posti.

Le risposte ai quesiti sono articolate in quattro sezioni: l'oggetto del quesito

la risposta sintetica al quesito stesso

i riferimenti normativi che supportano la risposta data, integralmente riportati nel testo vigente alla data in cui viene formulata la risposta

indicazioni operative, consigli pratici per affrontare il problema dal quale scaturisce il quesito posto.

L'apprezzamento per la qualità oggettiva di questi servizi, nei quali si esprime una competenza tecnica ed una sensibilità che ci sono parse particolari, ci ha indotto ad avviare una collaborazione con l'Istituto *Health*

Management, che è stato deliberato nel Consiglio di Presidenza del 13 marzo u.s., certi che questa possa dare impulso e supporto ad una serie di iniziative che si ritiene necessario sviluppare in coerenza con la strategia di grande rilancio dell'azione che la CIMO - ASMD si propone di attuare, nello scenario e con gli obiettivi richiamati nelle premesse.

Contenuti e linee di sviluppo di questa collaborazione costituiscono oggetto di una specifica convenzione che è stata sottoscritta lo scorso 22 aprile.

In questa convenzione l'Istituto *Health Management* si è impegnato in primo luogo a mettere a disposizione degli iscritti alla CIMO - ASMD, senza che ciò comporti alcun costo, i servizi sopra descritti di documentazione e consulenza in materia di normativa contrattuale della dirigenza medica. Questi servizi sono da oggi disponibili per gli iscritti alla CIMO - ASMD, che potranno accedervi utilizzando il link pubblicato sulla *home page* del nostro sito web.

Le linee strategiche di sviluppo della collaborazione

L'integrazione tra le sensibilità ed i valori che informano da sempre l'impegno della CIMO - ASMD e le competenze specifiche dell'Istituto *Health Management* in materia di organizzazione e gestione dei servizi sanitari può rendere più efficaci ed efficienti le iniziative che si intende intraprendere per:

realizzare progetti di ricerca di particolare respiro, sullo stato di attuazione, nelle diverse aziende sanitarie italiane, dei principali istituti che disciplinano il rapporto di lavoro del dirigente medico, ricavando dall'analisi dei risultati non solo materiali preziosi per conferire concretezza agli interventi formativi, ma anche spunti di riflessione per una auspicabile ripresa della contrattazione sindacale;

rilanciare il ruolo e l'azione della scuola di formazione Alberto Clivati come strumento operativo attraverso il quale la CIMO realizza iniziative strutturate e sistematiche di formazione finalizzate a fornire agli iscritti conoscenze e strumenti operativi che li aiutino ad interpretare al meglio il loro ruolo, sia come professionisti, sia come dirigenti, sia come rappresentanti sindacali.

Nell'ambito specifico della formazione l'Istituto *Health Management* ha messo infatti a punto percorsi formativi strutturati che consentono un adeguato approfondimento di tematiche quali l'evoluzione del servizio sanitario nazionale (dalla legge 833 del 1978 alla legge delega 421 del 1992 ed ai decreti attuativi che delineano l'attuale assetto del sistema), i principali istituti che disciplinano il rapporto di lavoro del medico (il sistema

degli incarichi dirigenziali, il sistema di valutazione), nonché alcuni istituti di particolare rilievo (la formazione continua, la libera professione, la responsabilità disciplinare, la responsabilità civile e penale).

Il supporto metodologico ed operativo dell'Istituto Health Management

potrà essere finalizzato anche a: supportare le federazioni regionali nello sviluppo di un'autonoma progettualità in materia di studio e ricerca in materia di programmazione, organizzazione, gestione e valutazione dei servizi sanitari, attivando rapporti organici di collaborazione con le agenzie regionali per i servizi sanitari

organizzare iniziative di presentazione e diffusione dei risultati dei progetti di ricerca realizzati, con la partecipazione attiva dei soggetti istituzionali coinvolti nella loro realizzazione

mettere a punto di linee guida che possano costituire riferimenti operativi nella contrattazione integrativa ed in genere nel confronto tra direzioni e rappresentanti sindacali aziendali.

L'azione che il sindacato è chiamato a svolgere a protezione del welfare

La collaborazione con l'Istituto *Health Management* ci consentirà di rendere disponibile un patrimonio di conoscenze, di sensibilità e di valori che sarà prezioso supporto per tutti coloro che all'interno dell'organizzazione sono impegnati a svolgere il loro ruolo a difesa di diritti prima di tutto dei malati, e subito dopo dei lavoratori, che sembrano essere dimenticati.

È un impegno questo che non può non essere vissuto da tutti noi come richiamo alto ai valori fondanti dell'azione sindacale, in un momento come l'attuale in cui autorevoli studi dimostrano gli effetti negativi che i tagli lineari apportati alla sanità stanno determinando sulle condizioni di salute, sui fragili equilibri di una società che sta perdendo valori come l'equità e la solidarietà.

La collaborazione con l'Istituto *Health Management* appare una scelta strategica per dare maggiore forza all'impegno che la CIMO - ASMD si propone di porre per difendere uno stato sociale che appare oggettivamente in pericolo, consapevoli di quanto siano vere le parole con le quali si conclude l'articolo citato "*una salute nascosta nei tagli indiscriminati alla spesa pubblica sulla sanità, per una profondamente sbagliata politica economica.*"

Marzio Scheggi

Responsabile Scientifico Istituto *Health Management*

CIMO-ASMD PER I PROPRI ISCRITTI

A. L'INFORMAZIONE

1. SITO INTERNET

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.

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 sopravvengono 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 ACLI.

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 sede 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.patronato.acli.it

Convenzione con i CAF ACLI.

Presso tutte le sedi periferiche dei Centri di Assistenza Fiscale ACLI, 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.caf.acli.it

6. FORMAZIONE

CIMO-ASMD offre a tutti i propri iscritti l'adesione alla S.P.E.ME., 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)

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)

MENO MALE CHE LA CIMO C'È!



PRINCIPI E VALORI DELLA CIMO-ASMD, DA SEMPRE:

1. Libertà, dignità e responsabilità del ruolo del medico nel S.S.N.
2. Riconoscimento dell'area negoziale medica e della peculiarità del lavoro del medico.
3. Valorizzazione delle funzioni clinico-professionali nella *governance* del Servizio Sanitario Nazionale.
4. Lotta contro l'invasione della politica per la qualità e sicurezza del sistema.

www.cimoasmd.it

