

# il Punto



A cura dello **S.M.I. Marche**  
Sindacato dei Medici Italiani



*La redazione augura a tutti gli iscritti i migliori auguri di Buone Feste*

Anche quest' anno ci ritroviamo a fare il resoconto di un anno estremamente difficile, costellato da promesse non mantenute e prospettive nebulose, comunque un anno in cui l'attività dello SMI Marche è stata estremamente presente sia in campo regionale che nazionale.

**IL FUTURO DEL SSN CRITICITA' ED OPPORTUNITA'**

**CONGRESSO REGIONALE SMI MARCHE CHIARAVALLE 29/03/2014**



L'incontro ha visto come protagonisti diversi dirigenti e responsabili del Sindacato, con alcune relazioni interessanti in materia di certificazioni mediche tenute

dal medico legale di Fermo A. Romanelli sulla Responsabilità del medico in materia di certificazioni, del dr L. Ubaldi sui diversi tipi di certificazione e infine, la relazione del Tesoriere regionale e segretario organizzativo F. Fini sul decesso: modalità di accertamento e certificazioni. Tutti gli interventi hanno visto protagonisti i medici di diversa provenienza professionale, che rispecchia dello SMI che è proprio quella di essere un sindacato trasversale che raccoglie diverse figure mediche come: veterinari, medici legali, medici del pronto soccorso, pediatri, ... che oltre al loro lavoro primario si trovano a discutere della criticità e delle opportunità di cambiamento che dovrebbero interessare il Sindacato stesso. Dopo l'intervento della dottoressa M.P. Volponi è stata la volta del Segretario nazionale dei medici, S. Calì che nel suo discorso ha cercato di promuovere al cambiamento e di smuovere le coscienze dei medici presenti in sala, dimostrando come sia necessario porre l'attenzione sull'attività e le figure che compongono il Sindacato dei medici, mostrando come sia altrettanto necessario un cambiamento in tale dimensione. È necessario, come ha artisticamente esposto il dottor e segretario regionale L. Pignataro, riprendendo il famoso quadro di Munch, cercare di non stare in silenzio ma portare gli italiani a tirar fuori quell'urlo che hanno dentro per promuovere al cambiamento in tale settore e aprire a nuove opportunità di crescita e sviluppo.

Martina Marini



## MATERNITA': LA LEGGE NON E' UGUALE PER TUTTI ALL'ENPAM LO SMI CHIEDE UN IMPEGNO PER OVVIARE QUESTA GRAVE SITUAZIONE

Il Sindacato dei Medici Italiani-Smi ritorna su un nodo, ancora irrisolto, relativo al trattamento riservato alle donne-medico convenzionate per quanto riguarda la maternità (convenzione o Acn, Accordo collettivo nazionale, cioè un rapporto di para-subordinazione con il Ssn che riguarda tutta la medicina generale, di urgenza-emergenza e del territorio: medici di famiglia, del 118, guardie mediche e la pediatria di libera scelta).



Lo Smi denuncia come la legge vigente non “sia uguale per tutti”: non, viene, infatti, riconosciuto dal punto vista normativo ed economico alle professioniste il diritto al riposo per allattamento (ma sono forti le criticità anche per l'adozione e l'affido). «È una condizione inaccettabile – denuncia Fabiola Fini responsabile nazionale SMI Emergenza Sanitaria Territoriale Convenzionata – che un medico per il semplice fatto di essere un convenzionato sia così pesantemente penalizzato: non si può continuare, per assenza di una norma specifica e chiara, a negare il diritto (anche economico) al riposo per allattamento, che, invece, viene, giustamente, garantito alle colleghe che operano come dipendenti». «È di grande importanza – spiega – il modo in cui una madre instaura sin dai primi giorni la relazione con il suo bambino: questa presenza e il suo ruolo nei primi mesi di vita del figlio è da tutti riconosciuto come un valore incommensurabile. La stessa sent. n. 1 del 1987 della Corte Costituzionale ha sottolineato questo aspetto della tutela della madre che “non si fonda solo sulla condizione di donna che ha partorito, ma anche sulla funzione che essa esercita nei confronti del bambino”». «Eppure in Italia – continua Fini – le disposizioni legislative in materia di tutela e sostegno della maternità (D. lgs 151/200) prevedono uno specifico trattamento per i riposi giornalieri della madre “lavoratrice”, intendendo, in tal senso, unicamente i dipendenti, compresi quelli con contratto di apprendistato di amministrazioni pubbliche, di privati datori di lavoro nonché i soci lavoratori di cooperative (art. 39 e 2 D. lgs 151/2001)». «E i medici della Medicina Generale – denuncia – sono forse figli di un Dio minore? Sarebbe proprio di sì in termini di tutele e diritti

riconosciuti. Ai medici di medicina generale, in virtù della peculiare tipologia del rapporto instauratosi con il S.S.N. all'atto di accettazione della Convenzione, le disposizioni riportate nel Dlgs 151/2001 non si applicano. Sembra un paradosso: una donna medico in quanto convenzionata non può avvalersi, pur essendo madre, di quanto previsto nel D.lgs 151/2001 in tema di diritto alla maternità e riposi per l'allattamento, che sia di assistenza primaria (è il medico di famiglia), di continuità assistenziale (la guardia medica), di pediatria di libera scelta o di emergenza sanitaria territoriale-118 viene, di fatto, discriminata, potendo in caso di maternità percepire esclusivamente la relativa indennità, corrisposta dal suo ente previdenziale obbligatorio ovvero dall'ENPAM in favore dei liberi professionisti (non è neppure automatico, è necessario presentare apposita domanda), ma nulla in termini di riposi per allattamento. E' gravissimo». «Forse il Legislatore – sottolinea la dirigente Smi – ha ipotizzato, sbagliando, che le donne medico convenzionate abbiano un sistema di autogestione dell'attività libero-professionale tale da consentire di scegliere liberamente modalità di lavoro, così da conciliare le esigenze professionali con il prevalente interesse del figlio. Falso! È difficile sostenere, ad esempio, che una professionista del 118 convenzionata a 38 ore settimanali, con un'attività coordinata e continuativa giornaliera a bordo delle ambulanze, sulle auto-mediche, nei pronto soccorso, possa riuscire a conciliare le esigenze lavorative con il sacrosanto diritto del figlio a stare nelle braccia della sua mamma e di essere allattato nel corso del primo anno di vita!». «Infine – conclude Fabiola Fini – ricordiamo che il medico convenzionato è, ad oggi, pesantemente discriminato anche per il diritto di adozione e affido. Per quanto riguarda, inoltre, chi opera nel 118 e nella guardia medica anche per il mancato riconoscimento della propria attività come usurante. Quindi, rivolgiamo un appello all'Enpam: in attesa che si vari una norma ad hoc: con la vigente legislazione una prima risposta al problema possa essere data da quanto previsto all'articolo 99 comma 2 dell'ACN, in materia di contributi previdenziali ed assicurazione contro i rischi derivanti dall'incarico, includendo nella gamma degli eventi assicurati il riposo per allattamento con le relative conseguenze economiche. Siamo ancora ben lontani in merito dalla parità di diritti, ma così l'ENPAM garantirà a una mamma la specifica indennità dovuta per i riposi giornalieri per allattamento (estendendo le coperture assicurative e le conseguenze economiche previste all'articolo 99 comma 2 dell'ACN)».





## “POSTAZIONE DEL 118 DI JESI PRIVA DI LOCALI PER LA SOSTA E LO STAND-BY DEL MEDICO DI EMERGENZA SANITARIA TERRITORIALE NEL NUOVO OSPEDALE CARLO URBANI.”

Il sistema 118 in questi anni ha inciso profondamente nelle capacità di dare riscontro adeguato alla domanda di salute, migliorando notevolmente l'assistenza di numerosi pazienti coinvolti sia in eventi traumatici che colti da malore sul territorio della regione Marche.

Da più parti si parla di ottimizzazione delle risorse e dei servizi ribadendo quanto sia fondamentale il “ruolo di



cerniera” tra il sistema ospedaliero e quello territoriale svolto dall'emergenza.

Non si capisce pertanto perché, data l'importanza del ruolo dell'emergenza sanitaria territoriale si assista in alcune Aree Vaste alla mancata predisposizione delle idonee sedi di servizio e sicurezza del lavoro per le postazioni di emergenza sanitaria territoriale.

Questa carenza organizzativa e di sicurezza della sede emerge anche nella nuova locazione all'Ospedale Carlo Urbani della postazione 118 di Jesi.

“Ancora una volta i medici del 118 risultano discriminati, sul piano logistico-organizzativo e di sicurezza, ricollocati in spazi “risicati” e di “secondo ordine” ribadisce Fabiola Fini, Responsabile nazionale SMI emergenza, “è inaccettabile che dal mese di Settembre la voce dei colleghi 118 di Jesi sia rimasta inascoltata dall'Area Vasta 2, nonostante una loro missiva e un successivo sollecito di incontro per modificare

l'assetto organizzativo predisposto dall'azienda per la nuova sede e non rispondente a nostro giudizio alle necessità operative, funzionali e di tempistica per il servizio.” Quando si parla di sicurezza sul lavoro si fa riferimento infatti alla condizione di svolgere un'attività lavorativa senza esposizione al rischio di incidenti.

Ciò si verifica solo quando il luogo di lavoro è dotato di accorgimenti validi per poter far lavorare il personale in modo armonioso e pacifico.

Devono inoltre essere rispettate le misure di igiene e tutela della salute, le quali, devono essere adottate al fine di proteggere il lavoratore da possibili danni alla salute quali infortuni o malattie professionali, nonché la popolazione generale e l'ambiente.

Tutto ciò non è garantito nella nuova postazione del 118 di Jesi. I medici 118 avevano precocemente segnalato, prima del trasferimento all'Ospedale Carlo Urbani le criticità organizzative e di sicurezza della nuova sede al

Direttore dell'Area Vasta 2, al Responsabile del Servizio di Prevenzione e Protezione dell'Ospedale di Jesi, ma non hanno avuto nessuna risposta in merito ad una riorganizzazione degli spazi di lavoro.

Dopo un sollecito di risposta del 10/11/2014, a cui l'azienda non ha dato seguito, i medici del 118 di Jesi tornano nuovamente a far sentire la propria voce attraverso lo SMI Marche. “E' impensabile”, commenta Fabiola Fini, Responsabile nazionale SMI emergenza settore, convenzionato “che la postazione del 118 di Jesi possa essere allocata in un unico locale di 12 metri quadrati adibito a ricezione chiamate, stazionamento di medici, infermieri ed autisti soccorritori, nonché a locale archivio per il materiale cartaceo delle relazioni cliniche effettuate dai medici del 118 le quali, tra l'altro, dovrebbero essere archiviate secondo requisiti specifici di conservazione e riservatezza.” Non solo tale locale Potes 118, adiacente al Pronto Soccorso dell'Ospedale Carlo Urbani, mostra delle evidenti criticità legate alla esiguità degli spazi ed anche alla carenza di suppellettili per assicurare le necessità di sosta e ristoro psico-fisico dei medici ed infermieri in stand-by, ad eccezione di qualche sedia in cui è umanamente impensabile che un operatore possa restare un'intera notte nell'attesa della chiamata di soccorso da parte della centrale 118.

Per non parlare della necessità degli operatori sanitari di dover provvedere all'allestimento e reintegro del materiale degli zaini di pertinenza della Potes, non in spazi dedicati presso la postazione stessa, ma nei locali del Pronto Soccorso adiacente.

Tali operatori, segnala il Responsabile SMI, si trovano inoltre logisticamente distanti dai locali spogliatoio e doccia a loro assegnati, i quali sono privi di telefono, pertanto possono essere causa di ritardato allertamento del personale sanitario che vi si dovesse trovare con successiva possibile ritardata risposta territoriale.

Lo SMI pertanto denuncia le carenze logistiche, funzionali, organizzative della sede 118 Carlo Urbani di Jesi e ne chiede l'immediata rettifica da parte dell'Area Vasta 2, ricordando che tali locali

sono a tutti gli effetti una sede di lavoro dove operano medici 118 dipendenti e convenzionati, infermieri ed autisti soccorritori.

Tale sede non può non rispondere a quanto contemplato nel

decreto legislativo 626/1994, presente ora nel Testo Unico Sicurezza Lavoro (D. Lgs. 81/2008) e previsto anche dall'Ordinamento giuridico italiano e nelle norme contenute nel decreto legislativo 9 aprile 2008 n.81, norme che devono essere adottate dal datore di lavoro, dai suoi collaboratori, dai lavoratori stessi.

Infine Fabiola Fini si rivolge ed esorta l'ASUR Marche e la Direzione dell'Ospedale di Jesi affinché si trovino rapidamente soluzioni che garantiscano i giusti spazi operativi e di stand-by per i medici del 118, ricordando, se fosse necessario, che i medici 118 sono e devono essere considerati lavoratori come tutti gli altri e, ai quali, devono essere riconosciuti i propri diritti e tutele.

Pertanto lo SMI confida in un incontro tra le Parti per sanare e correggere le carenze evidenziate e per contribuire a dare ai cittadini, con la riorganizzazione della Potes di Jesi, un servizio di sempre maggiore efficienza e qualità.

### CORSO ECM

“Gastroenterologie  
e problema dolore  
nella pratica della  
continuità assistenziale”



Giovedì 4 dicembre 2014  
Croce Verde Porto S. Elpidio  
via Del Palo, 10 - Porto Sant'Elpidio (Fm)

## IL PASSAGGIO DELLA MEDICINA PENITENZIARIA AL SSR

Sento il dovere di rivolgere a tutti i colleghi, ma soprattutto ai colleghi che operano nelle strutture penitenziarie il saluto più cordiale e il vivo sentimento di colleganza professionale. So per esperienza antica e ogni giorno rinnovata che costituiranno un competente e impegnato presidio del diritto alla salute e dunque alla dignità umana anche in quei luoghi infelici che sono le carceri. Sono ben consapevole della difficoltà del compito. Avverto la preoccupazione per la complessità dei problemi presenti e sento la responsabilità di cercare risposte nuove, al passo con i tempi e in aderenza ai bisogni di salute in carcere. Il passaggio della medicina penitenziaria dal Ministero della Giustizia al SSR trae origine e forza dalla Carta Costituzionale e dalle precise direttive emanate dal Consiglio d'Europa, per cui i detenuti, al pari dei cittadini in stato di libertà, hanno diritto alle prestazioni di prevenzione, diagnosi, cura e riabilitazione previste nei livelli essenziali ed uniformi di assistenza. Se ne avverte una speciale urgenza, perché in questi nostri giorni il carcere si configura sempre più come il luogo dove si depositano e si cristallizzano limiti e fallimenti del nostro sistema di protezione sociale. Come uno specchio deformante ma rivelatore, il carcere ci restituisce un'immagine esasperata all'estremo dei problemi che affliggono la nostra società e il nostro territorio: la povertà, la tossicodipendenza, la difficoltà d'integrazione degli immigrati, la sofferenza sociale. Era dato per scontato che dopo il 2008 alcune Regioni avrebbero segnalato problemi in ordine all'inquadramento del personale sanitario. Stiamo parlando di medici incaricati provvisori e definitivi, medici di guardia e sias e specialisti per un totale di circa 3000 unità. Tutti questi sono regolamentati dalla legge 740/70. La proposta dello SMI si è basata sui seguenti principi:

- Salvaguardia delle professionalità maturate all'interno degli incarichi in ambito penitenziario;
- Rispetto dei principi definiti dalla Convenzione Nazionale dei MMG e dal CCNL della specialistica ambulatoriale;
- Definizione di un percorso di graduale omogeneizzazione delle forme contrattuali in essere con le forme contrattuali del SSN;
- Rispetto delle "linee d'indirizzo per il trasferimento dei rapporti di lavoro nel SSN del personale sanitario operante in materia di sanità penitenziaria" elaborate a livello Nazionale.
- 1) Per i medici incaricati definitivi e provvisori si è convenuto che è da privilegiare il rapporto esclusivo a tempo indeterminato per la medicina dei servizi e rivalutazione dei compensi orari.  
(I medici che alla data del 1 aprile 2008 hanno maturato 5 anni di servizio in carcere a domanda, e, con esplicita rinuncia alla legge 740/70, vengono inseriti nella medicina dei servizi a 36 ore/sett.)
- 2) Per i medici di guardia e sias idem come per i medici incaricati.
- 3) Per gli specialisti inquadrati nella medicina specialistica ambulatoriale.
- 4) Non da ultimo perseguire la strada della dipendenza.

Dr. Trobbiani Giovanni

## AGGRESSIONI AI MEDICI

In pochi giorni nella regione Marche sono stati aggrediti due medici in aggiunta al terzo di circa un mese fa; due erano nei propri ambulatori, una dottoressa nella sede di guardia medica. Riflettere sulle motivazioni specifiche delle singole vicende non è sufficiente per comprendere. Ciò che invece risalta, oltre che la ipocrisia, è la responsabilità indiscutibile del sistema. Il medico esercita un'arte nobile, tra i medici potrebbe anche esserci una minima parte che non risponde ai requisiti, come in tutte le professioni; quando la professione è condotta in modo irreprensibile può essere giusto non sottolinearlo perché dovuto ed implicito. Gli ospedali ed i PS vanno avanti nonostante le deficienze strutturali, organizzative e l'organico sempre più ridotto. Sul territorio medici di famiglia, medici di guardia, medici di 118, specialisti ambulatoriali e le altre figure concorrono a tenere fronte ad una popolazione sempre più anziana e con patologie croniche, oltre che alle emergenze. Si opera comunque, senza tutele, senza la necessaria sicurezza e senza gratificazioni economiche o progressione di carriera. Certi tipi di media, per lo scoop, ricercano in modo morboso il fatto di presunta malasanità. Gli Ordini dei Medici si indignano, al momento, poi tornano a votare, in gran parte, i bilanci all'Enpam dove votano per remunerazioni eccessive per il Consiglio o discutono per approvare un codice deontologico mai al passo con i tempi. La politica nomina dirigenti a prescindere dal merito, vara piani sanitari improbabili, senza i necessari finanziamenti e si propone a promuovere una organizzazione di cattiva gestione se non di malaffare. Il paziente è disorientato, sempre meno tutelato per le politiche restrittive, vede il ruolo del medico sempre più sminuito, sempre più "burocrate", nonostante lui, ma pretende ciò che non può più avere e lo pretende dal medico. La immigrazione clandestina e non, pone problemi socio-sanitari rilevanti ed affrontati con la ovvia superficialità. Lo scadimento dei valori e dei contenuti culturali rendono il clima spesso invivibile, tanto da far pensare di reintrodurre nelle scuole la materia di educazione civica. La non certezza della pena o l'eccessiva tolleranza inducono facilmente a delinquere. La crisi economico-finanziaria imperversa. In tale contesto o si china il capo e ci si mette in una attesa di una sempre più improbabile e comunque misera pensione, o usciamo dai nostri ambulatori, dai nostri reparti, dalle nostre sedi fatiscenti ed insicure per riappropriarci, a tutti i costi, dei nostri ruoli, della nostra professione e della nostra dignità. Il sindacalismo e le associazioni, gli Ordini stessi, non sono un fine, sono gli strumenti, ma affidiamoli alle persone giuste; limitiamo la delega al necessario e partecipiamo attivamente, fortemente, con un vento di una rinnovata passione. Forse scrivo della materia di cui sono fatti sogni ma non riesco a farne a meno.

Luigi Pignataro



**IV CONGRESSO NAZIONALE S.M.I. - ROMA 23/26 OTTOBRE 2014**  
**RELAZIONE POLITICO PROGRAMMATICA DELLA**  
**Dott.ssa Maria Paola VOLPONI**

Per valutare le prospettive della Sanità e del ruolo del personale medico nel prossimo futuro, partiamo dallo sfondo legislativo e in primis dalla legge fondamentale e dalla sua evoluzione: la riforma costituzionale in corso di approvazione sopprime la competenza concorrente Stato-Regioni (di cui al vigente art. 117 comma 3 della Costituzione) in materia di tutela della salute e di sicurezza alimentare e del lavoro. Questa materia diviene competenza esclusiva dello Stato (nuovo art. 117 comma 2 lettera m), mentre residua in capo alle regioni l'organizzazione, in ambito regionale, dei servizi sociali e sanitari (nuovo art. 117 comma 3). O piuttosto così sembra poiché lo stesso art. 117, al comma successivo, conferisce allo Stato la potestà di intervenire con legge in materie o funzioni che non gli sono riservate "Quando lo richieda la tutela dell'unità giuridica o dell'unità economica della Repubblica o lo renda necessario la realizzazione di programmi o di riforme economico-sociali di interesse nazionale"! Il che significa che il governo di turno potrà intervenire sull'organizzazione del servizio sia per la nobile motivazione di ridurre le sperequazioni territoriali nell'erogazione delle prestazioni, sia per contribuire al perseguimento del pareggio del bilancio dello Stato o infine alla riduzione drastica del debito pubblico! Eventualità, quest'ultima, confortata dal vigente art. 119 che al comma 6 prevede che "Le Regioni... concorrono ad assicurare l'osservanza dei vincoli economici e finanziari derivanti dall'ordinamento dell'Unione Europea" (Fiscal Compact, ad es.). D'altra parte alle Regioni che tentassero di colmare i loro ritardi per uscire dalla spirale: mobilità passiva /riduzione di risorse/peggioramento del servizio/ mobilità passiva, non può bastare una sagace riorganizzazione, ma avranno anche necessità di un adeguato investimento per il quale soltanto l'art. 119 comma 6 prevede la possibilità di ricorrere all'indebitamento a condizione però che "per il complesso degli Enti di ciascuna Regione sia rispettato l'equilibrio di bilancio". A condizione cioè che Regioni ed Enti locali non siano sull'orlo del tracollo finanziario, come sono, analogamente al Paese che si trova sull'orlo del tracollo economico. Soccorre però un altro recente acquisto della nostra Costituzione il principio di sussidiarietà orizzontale contenuto nell'ultimo comma dell'articolo 118 "Stato, Regioni... favoriscono l'autonoma iniziativa dei cittadini, singoli e associati, per lo svolgimento di attività di interesse generale, sulla base del principio di sussidiarietà" vale a dire la privatizzazione! Noi sappiamo che la sanità privata può prosperare solo grazie ad una cattiva sanità pubblica, allo sfruttamento del personale, all'uso parassitario dei più costosi servizi che rimangono in carico al pubblico ed anche alla connivenza del personale del pubblico cointeressato a perdere nella "competizione" con

il privato. Ma nell'immaginario collettivo l'inefficienza del pubblico deriva da un vizio congenito ed insuperabile e l'alternativa del privato si presenta come inesorabile. La privatizzazione crescente comporta però alcune conseguenze inevitabili: la finanziarizzazione, lo sviluppo cioè delle attività assicurative che moltiplicano i costi complessivi e la dissoluzione del diritto universale alla salute, perché si stabiliscono diversi livelli qualitativi dell'assistenza in relazione alla diversità dei redditi e specialmente nella prospettiva di miseria crescente. Ma la vittima più illustre del privato in Sanità è senza dubbio la medicina preventiva ( questa è una delle ragioni dell'impennata della spesa sanitaria) e con essa quella cultura che in decenni di faticosa elaborazione ha prodotto gli screening di massa, le vaccinazioni obbligatorie, le strategie mirate alle diagnosi precoci ecc. I Governi possiedono un'arma ancor più formidabile della "nuova" Costituzione per indurre Regioni ed Enti locali alla ritirata sul fronte della gestione pubblica dei beni comuni, a partire dalla salute: si tratta dei **trasferimenti**. Regioni ed Enti locali non dispongono di una effettiva autonomia finanziaria. Le entrate proprie di questi enti dipendono da norme tributarie statali che lasciano al massimo una modesta discrezionalità nella fissazione di alcune aliquote. Anche in tempi di crisi il governo può permettersi qualche demagogico sgravio fiscale, salvo costringere Regioni ed Enti locali, col taglio di trasferimenti e di imposte regionali e comunali, al taglio dei servizi, all'inasprimento della fiscalità locale e alla svendita di patrimonio pubblico. Un sindacato che non si occupi esclusivamente della tutela dei propri affiliati e di singole categorie deve porsi le questioni generali che ho finora indicato se non altro perché in esse è incubata la rovina a lunga scadenza degli interessi dei suoi rappresentati e una radicale trasformazione del medico in rapporto alla società e ai suoi pazienti: da intelligente tutore della salute ad agente della medicina commerciale. La storia dell'attuale S.M.I. inizia circa trenta anni fa quando un gruppo di medici di guardia medica fondò un sindacato, idealisti, impegnati rivendicavano un ruolo professionale per quell'attività che era considerata la "cenerentola" della sanità. Col passare del tempo quei giovani medici "crebbero" passarono ad altre attività: medici di famiglia, specialisti ambulatoriali, medici ospedalieri, ma non solo non dimenticarono il loro intento originale, decisero invece di rimanere comunque tutti insieme e insieme tutelare tutte le categorie mediche. Si è innescato allora un percorso intellettuale, culturale, politico del sindacato, nel sindacato, che ha portato alla creazione di una relazione ed integrazione "vera" tra gli iscritti. Un processo di crescita relazionale che ha generato coerentemente le nostre proposte di crescita professionale, con una sorta di

meccanismo a cascata: sul lato della convenzionata il ruolo unico prima (tanto pregnante da essere fatto proprio da altri sindacati e dal Governo) poi i team mono e multi professionali del territorio nelle forme associative complesse; sul versante della dirigenza si è puntato all'estensione delle tutele, al coinvolgimento dei dirigenti negli organismi decisionali e alla soluzione delle situazioni di precariato. Entrambe le elaborazioni sono giunte alla conclusione che sono maturi i tempi per declinare il **CONTRATTO UNICO DEI MEDICI**. Stesse tutele, ferie, malattia, gravidanza/adozione, garanzie in caso di invalidità o impossibilità a svolgere le funzioni correnti, il superamento della precarizzazione, la declinazione compiuta del tempo pieno e il conseguente equilibrio reddituale. La realizzazione del contratto unico di categoria non è imminente, ma richiede da subito l'inserimento nei contratti in fieri di alcuni capisaldi, semi da gettare ora, subito, nel contratto della medicina generale (il primo che andrà, forse, a compimento) poi in quelli della pediatria e della specialistica ed infine nel contratto della dirigenza. La logica consecutio di questi passaggi deve essere perseguita in maniera puntuale ed incisiva. Ruolo unico e team monoprofessionale nel contratto della medicina generale, team multiprofessionali e forme associative complesse nel processo di integrazione di tutti i contratti convenzionali, e poi l'apertura al territorio nel contratto della dirigenza. L'esempio migliore della possibilità concreta di realizzare i nostri intenti l'abbiamo davanti agli occhi: i colleghi del 118, convenzionati, dipendenti, agiscono sul territorio e all'interno dei Pronti Soccorso, cellule totipotenti di un sistema complesso come quello dell'Emergenza-Urgenza, potremo un domani vederli non solo figure di congiunzione tra territorio e ospedale, ma a tutti gli effetti titolari dall'inizio alla fine del percorso diagnostico-terapeutico del paziente, con una interscambiabilità di ruoli tra dentro e fuori le strutture. Non dobbiamo dimenticare la progressiva diminuzione numerica dei medici in Italia, proprio tale carenza costringerà tutti a ripensare ai propri ruoli, le proprie competenze, i propri carichi di lavoro, dovremo tutti orientarci a seguire i pazienti in tutte le fasi della vita sana e malata, dalla prevenzione alla presa in carico della cronicità e della fragilità, passando attraverso l'acuzie e la sub-acuzie. D'altro canto abbiamo una grande ed unica opportunità: nel panorama contrattualistico i medici sono gli unici ad avere la possibilità di introdurre nei contratti (un domani nel "contratto") le norme generali di organizzazione non solo del lavoro ma dell'erogazione dell'assistenza sanitaria. Non esistono altri contratti con tale specificità, ma questa va ribadita ed implementata, il governo clinico appartiene ai medici e dev'essere lo scopo ultimo dell'impegno sindacale.

Maria Paola Volponi



## PARTITO IL PROGETTO DI REALIZZAZIONE DEL PRIMO EBOOK DELL'EMERGENZA SANITARIA TERRITORIALE A CURA DELLO SMI.

Il progetto che ha come obiettivo primario quello di poter sviluppare e far conoscere le condizioni e le normative vigenti in campo socio-sanitario in tutta la nostra penisola, ha inoltre lo scopo di diffondere tale servizio che verrà realizzato in tutto il mondo online, non solo nella realizzazione della matrice cartacea.

### **Beneficiari diretti:**

essendo un prodotto molto tecnico e specifico, non è destinato ad un pubblico molto ampio, ma è ristretto al campo del settore medico convenzionato. Esso infatti si presenta come una sorta di guida per gli stessi medici che avranno la possibilità di poterlo consultare ogni volta che vorranno.

### **Beneficiari indiretti:**

Oltre al beneficio in termini economici vi è un secondo beneficio in termini di servizio, in quanto l'ente coinvolto (Smi) potrà ampliare e migliorare i servizi mettendo a disposizione le loro conoscenze.

### **Cronoprogramma di realizzazione del progetto:**

**SUBITO:** attivato raccolta informatica per il progetto di ebook;  
**SUCCESSIVAMENTE:** presentazione e pubblicazione del libro anche a livello cartaceo.

### **Descrizione:**

- Coinvolgimento da parte dello Smi per la raccolta dati.
- Sviluppo e organizzazione del lavoro di ebook attraverso strumenti tecnici.
- Conversione del formato cartaceo in formato ebook
- Conferenza stampa
- Pubblicazione del libro in formato cartaceo e prodotto ebook nella piattaforma online

### **Considerazione a sostegno della fattibilità del progetto:**

si ritiene il progetto realizzabile in quanto ormai tutte le informazioni passano, attraverso il web.

Ciò può permettere a tutti gli interessati di consultare il testo senza doversi portare dietro il libro.

Resta inteso che l'elemento di base per la corretta e concreta fattibilità di tutto il progetto è il coinvolgimento e la raccolta dei dati, prodotta insieme ai diversi enti locali delle diverse regioni italiane e insieme all'aiuto della Responsabile nazionale Smi emergenza sanitaria-convenzionata la dottoressa Fabiola Fini con la collaborazione della commissione Nazionale emergenza.

Sviluppo e organizzazione del lavoro di ebook attraverso strumenti tecnici.

- Conversione del formato cartaceo in formato ebook
- Conferenza stampa
- Pubblicazione del libro in formato cartaceo e prodotto ebook nella piattaforma online



## DIRIGENZA MEDICA

I Dirigenti Medici della regione Marche sono in attesa della riorganizzazione della sanità regionale; riorganizzazione ormai più volte annunciata, in pratica già avviata con i provvedimenti di "spending review" attuati da tre anni a questa parte, che hanno tolto ossigeno a tanti reparti e servizi riducendo il turn over, trasformando i precari in stabili... disoccupati, rimandando i concorsi da Direttore a data da destinarsi, insomma, realizzando, senza bisogno di "grandi scelte" politicamente difficili, quello che serviva per pareggiare i conti! Ma la riorganizzazione è un'altra cosa...

Lo scorso anno, tra il periodo immediatamente precedente l'estate e quello immediatamente successivo, erano uscite le delibere regionali sulla rideterminazione del numero di strutture complesse e strutture semplici, sulla ridefinizione delle strutture ospedaliere (le nuove... Case della Salute), sul ridisegno del sistema dell'emergenza territoriale, e sulle reti cliniche (cioè l'apparente tentativo di concentrare in determinate strutture determinate funzioni, partendo dal presupposto, in teoria assolutamente vero, che chi fa più spesso la stessa procedura o chi vede più spesso la stessa patologia, la dovrebbe saper trattare meglio, e la dispersione di know-out e di risorse umane/tecnologiche viene in qualche modo limitato). Quest'ultima delibera di Giunta (1345) è stata però rivisitata, essendovi state alcune resistenze e richieste di modifica da parte di alcuni territori. Così si è proceduto fino alla stesura definitiva della nuova DGR (1219) partorita dopo circa un anno. Nel frattempo il mondo sindacale medico e veterinario si era mobilitato per ottenere alcune doverose rassicurazioni sulle modalità applicative della "rivoluzione" in corso, e su alcune questioni di carattere salariale (come il blocco del trattamento di esclusività di rapporto maturato al compimento dei 5 anni di servizio). Le proteste e la compattezza del fronte sindacale (quasi al completo) hanno portato alla adozione della DGR 423 di quest'anno, con cui si sono precisate alcune scottanti questioni come quella del precariato, della maturazione dei 5 e dei 15 anni, della definizione dei Dipartimenti, della limitazione del numero delle SOC e delle SOS, del Presidio Unico Ospedaliero di area vasta, ....

Adesso che i tasselli normativi sembrano esserci tutti (è di oggi la determina ASUR n. 850 che recepisce il numero complessivo di strutture complesse e semplici definitive per ogni area vasta), la palla passa alle aree vaste ed ai tavoli di contrattazione decentrata. In ogni area vasta si dovranno infatti completare i piani aziendali di area vasta, con la rideterminazione della dotazione organica sulla base delle direttive regionali. E si dovranno quindi assegnare o modificare gli incarichi professionali (le cosiddette posizioni) che costituiscono lo strumento organizzativo principe per la corretta valorizzazione delle professionalità dirigenziali mediche. Quali saranno i criteri di articolazione e valorizzazione economica degli incarichi? Su questo argomento (non sulla assegnazione ai singoli dirigenti medici, compito che spetta ai Direttori) le nostre rappresentanze sindacali saranno chiamate a pronunciarsi. Intanto si è conclusa la discussione sul tavolo OO.SS. / Direzione ASUR per la definizione di linee guida aziendali (da applicare nelle diverse aree vaste) proprio sulla graduazione delle funzioni e l'affidamento e la revoca degli incarichi dirigenziali (Determina 752). Con la componente veterinaria di FVM abbiamo recentemente definito le rappresentanze sindacali aziendali della nostra sigla (lo SMI siede al tavolo di contrattazione decentrata come FVM) per le diverse aree vaste e aziende ospedaliere (dove, in alcuni casi, abbiamo qualche problema di..... presenza).

Ci auguriamo che la nuova stagione sindacale (i nostri organismi regionali sono stati da pochi mesi designati) possa portare ad una fruttuosa opera di collaborazione e confronto tra le diverse componenti della dirigenza medica SMI e di quella veterinaria in FVM. Il lavoro non mancherà. E mai come in questi casi, lo sappiamo, è assolutamente vero che "l'unione fa la forza"!

MARIO GIUSTI

## PREVIDENZA MEDICI, LO SMI SUL CONSIGLIO NAZIONALE ENPAM: TROPPI NODI IRRISOLTI

### COMUNICATO STAMPA

## PREVIDENZA MEDICI, LO SMI CONTESTA IL BILANCIO PREVENTIVO, IL NUOVO STATUTO DELL'ENPAM, GLI AUMENTI DELLE ALIQUOTE CONTRIBUTIVE RIMANE IRRISOLTO PER IL 2015 IL GRAVE PROBLEMA DELLA TUTELA DELL'ALLATTAMENTO PER LE MEDICO CONVENZIONATE E DEI LAVORI USURANTI PER IL 118 E LA CONTINUITÀ ASSISTENZIALE UNICA NOTA IN QUALCHE MODO POSITIVA, MA INSUFFICIENTE: SI APRE UNA PROSPETTIVA PER I MUTUI PER I MEDICI. TUTTO CIÒ GRAZIE ANCHE ALLE BATTAGLIE DELLO SMI

Fernando Crudele, responsabile nazionale SMI per l'Enpam, nel corso del Consiglio Nazionale rispetto alle proposte avanzate del Consiglio di Amministrazione ha dichiarato: «Nel bilancio non si danno risposte al problema delle tutele per l'allattamento per le medico-convenzionate. Un'inspiegabile negligenza! Stesso discorso per la copertura dei lavori usuranti per il 118 e la continuità assistenziale. Ma come SMI non finisce qua, continueremo con la nostra battaglia». «Grave — continua — l'aumento delle aliquote contributive, che arriveranno nel 2025 fino al 26% per la medicina generale e la pediatria e al 32,65 per specialisti e medici dei servizi. Un ulteriore attacco ai livelli economici dei medici, impoveriti dalla crisi e dal blocco delle convenzioni. Una scelta scellerata». «Infine — conclude Crudele — il nuovo Statuto: ha diversi profili di illegittimità, ragione per cui il nostro studio legale sta verificando la possibilità di impugnarlo».

Il 2014 è stato l'anno dell'avvio della contrattazione per il rinnovo degli ACN della medicina convenzionata, ma la proposta della parte pubblica è stata quella di discutere esclusivamente della parte normativa. Ci stanno chiedendo il trasferimento di prestazioni dall'ospedale al territorio "La" a costo zero" che per noi si tradurrà in aumento delle prestazioni senza alcun vantaggio.

Il nostro sindacato ha tentato di aggirare l'ostacolo chiedendo l'adeguamento tecnologico degli ambulatori specialistici e l'estensione di tutte le tutele di cui godono i medici dipendenti anche al nostro ACN.

Abbiamo proposto permessi retribuiti più adeguati per i tempi della gravidanza, delle malattie importanti, o, magari, banalmente ma non troppo, per partecipare al funerale di un parente. Occorre anche cercare di eliminare, nell'ottica della carenza di sostituti, le incompatibilità che erano state inserite. Ovviamente nulla può essere "a costo zero" e la trattativa si è interrotta. Forse anche gli altri sindacati della medicina convenzionata sembrano aver compreso che tale richiesta è inaccettabile.

Realisticamente parlando non possiamo sperare in un aumento di remunerazione prima del 2016.

A livello regionale la situazione è anche peggiore perché siamo stati contattati esclusivamente per essere informati che dal 1 gennaio 2015 partirà la ricetta dematerializzata senza che i nostri ambulatori siano stati informatizzati. A tutt'oggi non possiamo neanche inviare un certificato di malattia per via informatica con ovvia irritazione dei medici di assistenza primaria.

Gli altri sindacati della specialistica si premurano al momento di permettere di pubblicare ore di Medicina Legale e Neuropsichiatria infantile. Il concetto di programmazione del fabbisogno e di tutela degli specialisti non è nella loro mentalità. Perseguire il piccolo vantaggio personale a breve termine è l'ottica che li ha sempre guidati e la ragione per cui è nato questo sindacato.

Non esiste programmazione né a livello regionale né nazionale; a breve mancheranno i medici, sia specialisti che non. Questa è strada per la distruzione del SSN e gli unici che ancora non lo hanno capito sono purtroppo i cittadini. Nonostante queste tristi prospettive, continueremo a batterci perché la specialistica non scompaia insieme al nostro SSN pubblico e universale.

Buone feste a tutti voi e auguri per il prossimo anno.

Dicembre 2014

Dott.ssa Viviana Ciarrocca



## LEGGE DI STABILITA', LO SMI A FIANCO DEI MEDICI FISCALI DELL'INPS

### COMUNICATO STAMPA LEGGE DI STABILITÀ, LO SMI A FIANCO DEI MEDICI FISCALI CONVENZIONATI ALL'INPS CHE PROTESTANO DAVANTI ALLA CAMERA DEI DEPUTATI: NO ALLA PRECARIZZAZIONE, NO ALLO SMANTELLAMENTO DELLA RETE DEI CONTROLLI CONTRO L'ASSENTEISMO

Il Sindacato dei Medici Italiani-Smi è solidale con la protesta dei medici fiscali che operano in convenzione con l'Inps e che presidiano con un sit-in in Camera dei Deputati. Obiettivo dell'iniziativa è sostenere l'approvazione di emendamenti alla legge di stabilità che consentano di recuperare risorse per potenziare la rete dei controlli per la lotta contro l'assenteismo sul lavoro. Per Pina Onotri, segretario generale SMI, «è stato un grave errore aver sottratto stanziamenti a questo settore, sia sotto il profilo del contenimento di fenomeni come quello delle false malattie sia per l'impovertimento della rete delle professionalità impegnate da anni in questa attività». «I medici fiscali convenzionati all'ente - conclude - hanno visto tagliati i loro compensi e subito la precarizzazione del loro rapporto di lavoro. Una scelta sbagliata e miope. Crediamo necessario sostenere tanto le loro proteste, quanto l'impegno di diversi deputati, trasversalmente agli schieramenti, che hanno presentato emendamenti alla nuova legge di stabilità per sanare questa situazione». Roma, 19 novembre 2014

**AZIONE LEGALE PER OTTENERE LA STABILIZZAZIONE DEL RAPPORTO DI DIRIGENZA MEDICA AI MEDICI CHE HANNO SVOLTO ATTIVITÀ LAVORATIVA CON RAPPORTI DI LAVORO A TEMPO DETERMINATO RINNOVATI PER OLTRE 36 MESI**

Azione legale per ottenere la stabilizzazione del rapporto e/o il risarcimento dei danni.

Com'è noto nell'ambito della dirigenza medica vengono reiteratamente rinnovati contratti di lavoro a tempo determinato minando la certezza, la sicurezza e la professionalità dei dirigenti così incaricati. Di fondamentale rilievo, al fine di comprendere l'esistenza di un vero e proprio diritto soggettivo alla stabilizzazione, che trae le mosse sia dalla normativa comunitaria sia da quella interna, è la direttiva 28/6/99/70/CE che si applica "ai lavoratori a tempo determinato con un contratto di assunzione o un rapporto di lavoro disciplinato dalla legge, dai contratti collettivi o dalla prassi in vigore in ciascun Stato membro" ivi compresi i dipendenti del settore pubblico. Nella ratio della direttiva il contratto di lavoro a tempo indeterminato resta la forma ordinaria del rapporto di lavoro, contribuendo lo stesso non solo "alla qualità della vita" dei lavoratori interessati, ma anche "a migliorarne il rendimento". E, sempre sul piano comunitario, non vi è dubbio che l'utilizzazione del contratto di lavoro a tempo determinato, proprio al fine di prevenire discriminazione e abuso, debba essere necessariamente basata su ragioni "oggettive". In data 26 novembre 2014 la Corte di Giustizia ha ritenuto la normativa italiana in contrasto con quella comunitaria laddove autorizza il rinnovo dei contratti a tempo determinato per la copertura di posti vacanti e disponibili, senza indicare tempi certi per l'espletamento delle procedure concorsuali e nega il diritto al risarcimento dei danni subiti a causa di detti rinnovi. La Commissione UE il 22/1/2014, ha inoltrato una richiesta di chiarimenti alle autorità italiane per lo specifico settore della sanità pubblica preannunciando l'apertura di una seconda procedura di

infrazione. Di recente, infine, l'ordinanza della Corte di Giustizia del 12 dicembre 2013, ha riconosciuto il diritto alla stabilizzazione del rapporto di lavoro anche nei confronti di un ente pubblico anziché il mero risarcimento del danno sofferto. Si possono seguire due strade: attendere che lo Stato Italiano recepisca l'esito delle sentenze (ma non è assolutamente detto che ciò avvenga seppure FVM si farà promotore di tale iniziativa come peraltro già fatto in passato) o procedere con l'azione processuale, già promossa per conto di diversi colleghi, che ovviamente ha maggiore forza e minori costi se vedrà coinvolti più colleghi cui è stato negato questo diritto riconosciuto in Europa. All'uopo, per i singoli che espressamente confermeranno l'interesse all'azione giudiziaria, occorrerà procedere alla predisposizione del ricorso. Per aderire al ricorso è obbligatoria l'iscrizione al sindacato mediante bonifico permanente in caso di contratti atipici o mediante trattenuta in busta paga in caso di contrattualizzati. Il sindacato, grazie alla riscossione della delega che contribuirà alle spese, sosterrà le spese di organizzazione sia a livello nazionale che regionale. Per quanto riguarda le attività di studio, redazione del ricorso e del fascicolo, nonché esame delle difese di controparte e redazione delle successive difese, in considerazione del contributo che verrà riconosciuto dal Sindacato, la somma a carico di ogni ricorrente è di euro 800,00. Qualora nella stessa Azienda dovessero esservi più interessati i costi, pro capite, saranno così rideterminati: euro 650,00 se i ricorrenti sono da tre a cinque euro 550,00 se i ricorrenti sono da sei a diecimila euro 450,00 se i ricorrenti sono più di dieci. Il contributo unificato da versare all'erario ai sensi dell'art. 53 d.l. 90/2014 (il cui importo è divisibile tra più ricorrenti), varia in funzione del valore della causa (es. da un minimo di euro 118,50 per un ricorrente singolo, fino a euro 843 da dividere per dieci o più ricorrenti); insieme agli oneri per il domiciliatario, che potrà essere individuato dagli interessati o, all'occorrenza, dalle segreterie regionali, sarà a carico, pro quota, dei ricorrenti. Solo in caso di esito positivo della controversia e/o al risarcimento del danno, saranno dovuti agli avvocati incaricati della difesa, gli onorari professionali quantificati ai minimi parametri tariffari ai sensi del D.M. 55/



2014, dedotto il 20% che sarà a carico del sindacato e detratte le cifre già pagate. L'azione riguarda in primo luogo i medici con contratto di lavoro quale dirigente medico subordinato a tempo determinato. Precisa l'accordo quadro sul lavoro a tempo determinato allegato alla direttiva comunitaria sul lavoro a tempo determinato, che questo riguarda in generale "i lavoratori a tempo determinato con un contratto di assunzione o un rapporto di lavoro disciplinato dalla legge, dai contratti collettivi o dalla prassi in vigore in ciascuno Stato membro". Sebbene la fattispecie sia diversa, anche i medici che hanno lavorato e lavorano in forza di altri tipi di rapporto (collaborazione, art. 15 septies etc.) possono quindi partecipare alla azione, ma corre obbligo precisare che gli esiti, già particolarmente controversi, sono allo stato imprevedibili. Se intendi aderire a questa azione invia una mail di adesione all'indirizzo [ricorrenti@sindacatomedicitaliani.it](mailto:ricorrenti@sindacatomedicitaliani.it) e ti saranno inviate le istruzioni operative. Le adesioni al ricorso scadono il 28 dicembre 2014 in considerazione del fatto che, ai sensi della legge 162 del 10 novembre 2014 e con decorrenza dal 90° giorno dalla pubblicazione della legge, è stata introdotta la c.d. negoziazione assistita anche per le controversie promosse contro la pubblica amministrazione e che le azioni saranno promosse secondo la procedura del c.d. processo telematico (obbligatorio dal 31.12.2014).

il **Punto**

Edito dalla G.E.F.I.M. snc  
via P. di Piemonte 131/Y  
CAMPOBASSO  
tel/fax 0874/6.33.19  
www.gefim.eu  
e-mail: info@gefim.eu

**REG. SPECIALE STAMPA:** Trib.CB 12.03.93 n. 203/93

**Direttore Responsabile:** Stefano CASTELLITTO

**Progetto Grafico:** Gianfranco CICCONE

**Comitato di Redazione:** Angelo Brugnoli, Viviana Ciarrocca, Mario Giusti, Fabiola Fini, Martina Marini, Luigi Pignataro, Bice Previtera, M. Paola Volponi.