

Unione Medica *notizie*

Numero 19 Febbraio 2008 (Nuova serie)

a cura della Segreteria Nazionale della Associazione Professionale e Sindacale "UNIONE MEDICA"
presso OR.S.A. (Organizzazione dei Sindacati Autonomi di Base) Via Magenta, 13- 00185 ROMA tel.0644340356-fax
0644104333 www.sindacatoorsa.it

UNA SCELTA NECESSARIA

L'accordo quadro del 7/8/1998 riguardante i criteri di rappresentatività sindacale ha stabilito che, a decorrere dal 1 gennaio 2008, l'ARAN non riconoscerà più le aggregazioni sindacali, ma la titolarità della contrattazione verrà riconosciuta solo ai sindacati maggiormente rappresentativi dell'area contrattuale di pertinenza. Tale normativa, voluta fortemente dalla triplice sindacale CGIL-CISL-UIL, con l'appoggio scodinziante della UGL, che da anni cerca di farsi accettare (con scarsi risultati) nel salotto buono della casta sindacale italiana della triplice, va a colpire tutte le realtà sindacali autonome e senza padroni confederali o politici. Purtroppo la situazione che si è determinata con l'attuale normativa, non offriva che due alternative: rimanere soli e al di fuori di ogni contrattazione, sia nazionale che regionale che aziendale, o confluire, per quanto riguarda l'area della dirigenza medica dipendente del S.S.N., nella C.I.M.O., il sindacato a cui la nostra organizzazione è affiliata. Dopo varie riunioni, la Direzione Nazionale di Unione Medica, il 17 dicembre, ha optato per la confluenza nella C.I.M.O. Le strutture organizzative di Unione Medica rimarranno attive per tutto il 2008, partecipando di diritto ai direttivi provinciali, regionali e nazionali della C.I.M.O. come si evince dal documento che è stato firmato in maniera congiunta dalla nostra O.S. e dalla C.I.M.O. stessa e che riportiamo integralmente in questo numero del nostro notiziario. Unione Medica non scompare in quanto sarà presente, confederata con la CIMO e con qualsiasi organizzazione sindacale che voglia aderire, nei campi della specialistica ambulatoriale, della sanità privata e della medicina del territorio.

Il congresso nazionale che si terrà il giorno 1 marzo permetterà di approfondire tematiche e obiettivi della nostra O.S. in vista delle prossime battaglie che dovranno, come sempre, vederci protagonisti

Giuseppe Campobasso

SABATO 1 MARZO 2008 II
CONGRESSO NAZIONALE DI
UNIONE MEDICA PRESSO IL
CIRCOLO LA CONTEA, VIA
TOLEDO 418, NAPOLI. INIZIO
DEI LAVORI ALLE ORE 9.

GLI ATTI DELIBERATIVI

Il Consiglio di Presidenza della C.I.M.O., riunito a Milano nei giorni 21 e 22 novembre 2007,

udita la relazione del Presidente sulla modifica dei rapporti di affiliazione, introdotta dall'AQN firmato dalla maggioranza delle Confederazioni sindacali, ma non da CONFEDIR, il 24 settembre u.s. e sull'incontro avuto il 14 u.s. con i rappresentanti di SNAMI Ospedalieri, UGL medici e Unione Medica,

Preso atto della seguente tempistica che deve essere osservata:

- la data ultima di tale operazione è il 31/12/07 (salvo quanto infra);

- entro quella data, CIMO deve fornire ad ARAN idonea documentazione di quanto eseguito, dimostrando che CIMO è titolare anche delle deleghe già in capo ai soggetti già affiliati;

- per "idonea documentazione", si intende, ex co. 5 stesso articolo, "quella adottata dai competenti organi statutari" con la precisazione che "sono escluse mere note di comunicazione non corredate dalle modificazioni statutarie e che non diano conto degli elementi di effettività necessari per la successione nella titolarità delle deleghe al nuovo soggetto e che ad esso vengano imputate";

- il termine del 31/12/07 può slittare "in via eccezionale" entro il 31/3/08 qualora entro il 31/12/07 siano state adottate le decisioni sulla fusione ed inviata la comunicazione ad ARAN, ma la ratifica da parte degli organismi statutariamente competenti non sia ancora intervenuta.

Recepito il parere dell'avv. Giancarlo Faletti, che si riporta integralmente:

"i soggetti affiliati che intendono fondersi per incorporazione in CIMO devono, al più presto, e comunque entro e non oltre il 31/12/07:

- convocare l'organismo competente a decidere lo scioglimento dell'organizzazione ponendo all'odg "fusione per incorporazione di.... in CIMO ASMD, agli effetti di cui all'art. 19 AQN 7/8/98, nel testo modificato dall'art. 6 AQN 24/9/07" e deliberare, con le maggioranze richieste per lo scioglimento dell'associazione di cui al rispettivo Statuto, la decisione di fondersi in CIMO ASMD; sarebbe opportuno che tale deliberazione sia assunta in forma di atto pubblico alla presenza di un notaio, anche perché occorre che l'organismo fornisca l'elenco (nominativo) degli associati le cui deleghe confluiscono in CIMO e decida, secondo la previsione dello Statuto, quale destinazione intende dare al proprio patrimonio. A tale delibera (che autorizza il legale rappresentante a darvi corso effettivo), seguirà un altro atto notarile ove compariranno i legali rappresentanti delle affiliate ed il legale rappresentante CIMO per dare atto della fusione;

- ovvero, quanto meno, far deliberare la proposta di fusione da sottoporre all'organismo statutariamente competente entro il 31/3/08 da parte della Giunta o del corrispondente organismo esecutivo di ciascuna affiliata. In questo caso, la decisione adottata da tale organismo dovrà essere sottoposta alla ratifica dell'organismo statutariamente competente e così di seguito rispetto a quanto detto sopra.

A proposito del patrimonio, poiché la fusione determina una successione universale, cioè, il soggetto che si fonde scompare e, in tutti i rapporti attivi subentra CIMO, sarebbe preferibile, per la tranquillità di tutti, che il soggetto che si fonde si determini sulla destinazione del patrimonio e sulla estinzione dei rapporti in essere in modo da farli cessare alla data del 31/12/07; cosicché, in sede assembleare, si potrà dare atto che non esistono rapporti attivi o passivi o patrimonio che viene "trasferito" in uno con la fusione. Si tratta di un aspetto importante e delicato poiché si riferisce, ad esempio, a rapporti di lavoro con eventuali dipendenti, che dovranno cessare entro il 31/12/07, con correlativa liquidazione di ogni spettanza, ovvero a debiti verso terzi che dovranno essere estinti o a crediti da incassare che dovranno essere incassati. La soluzione migliore, previa delibera sulla loro estinzione, è quella che il soggetto che si estingue, individuati i rapporti in questione, deleghi ad un suo fiduciario l'estinzione dei medesimi mettendogli a disposizione le somme necessarie per provvedervi.

A CIMO non interessa in che modo ciò si verifichi: ciò che interessa è che, all'atto della deliberazione di fusione, si dia atto che oltre alle deleghe, non viene trasferito null'altro perché tutti gli altri rapporti sono stati estinti prima d'ora. E' chiaro che questa deliberazione potrà essere utilizzata da CIMO le volte in cui qualcuno si rivolga a lei per rivendicare qualcosa che nominalmente faceva capo al soggetto fuso: per cui, a prescindere da come le affiliate decideranno di fare con il patrimonio ed i rapporti, nulla di ciò passerà effettivamente a CIMO e CIMO opporrà a chi gliene faccia richiesta diretta questa circostanza.

A propria volta, CIMO deve adottare deliberazioni speculari rispetto a quelle delle singole affiliate: cioè, la Direzione Nazionale propone all'Assemblea Nazionale la fusione (quale incorporante) delle singole affiliate in CIMO; l'Assemblea Nazionale accoglie la proposta ed autorizza il Presidente Nazionale a darvi corso. L'atto assembleare non deve essere fatto alla presenza di un notaio, ma deve trattarsi di un verbale che dovrà essere utilizzato dal Presidente Nazionale per comparire davanti al notaio in sede di stipula dell'atto di fusione.

Per quanto attiene, invece, i comportamenti concreti, nell'incontro del 14/11 si è deciso che - nei fatti - le cose non cambieranno rispetto alla situazione attuale fino alla scadenza naturale degli organismi statutarî CIMO, prevista dal 1 gennaio 2009. A quel momento, gli iscritti alle ex affiliate, divenuti iscritti CIMO ad ogni effetto, partecipando alle elezioni potranno esercitare i diritti e le prerogative proprie di ogni iscritto CIMO. Fino a quella data non vengono modificate le cariche decentrate e centrali della CIMO, che, per effetto di un diverso numero di iscritti, potrebbero subire variazioni: al momento delle elezioni, si farà la conta degli iscritti, le conseguenti cariche (locali e nazionali) che devono essere elette e si procederà con le norme statutarie e regolamentari della CIMO."

Nel periodo che intercorre dalla deliberazione della fusione al 31 dicembre 2008, le organizzazioni affiliate mantengono la loro struttura organizzativa ed i rappresentanti aziendali, provinciali, regionali e nazionali entrano a far parte dei corrispondenti organismi CIMO-ASMD, **con obbligo di convocazione e partecipazione alla trattativa regionale e aziendale, affiancando i rappresentanti CIMO statutariamente eletti.**

Il regolamento di affiliazione firmato il 11/12/2002, in particolare il comma 8 punti A), B) e C), mantiene la sua validità per quanto non modificato dall'AQN e per quanto sopraindicato fino al 31 dicembre 2008.

Per quanto concerne il rispetto degli impegni ivi assunti, in particolare per quanto attiene i reciproci rapporti di collaborazione in sede regionale e periferica, la Direzione Nazionale delibererà la seguente procedura:

- individuare le realtà che lamentano il mancato rispetto degli accordi;
- convocare, ad opera del Segretario Nazionale Organizzativo, le due parti e convenire un modus operandi che sia rispettoso degli impegni assunti;

- ratificare le intese con atto scritto, sottoscritto anche dal Segretario Nazionale Organizzativo, oltreché dai due contendenti, con la precisazione che per entrambi i soggetti periferici, l'eventuale mancata ottemperanza agli impegni così assunti potrà costituire violazione da far valutare dal collegio dei probiviri CIMO.

Delibera

che l'unica soluzione alla quale si intende tendere è quella della fusione per incorporazione di un soggetto sindacale in un soggetto già esistente (di cui all'art. 6 AQN 24/9/07): nella specie, la fusione dei soggetti fino ad ora affiliati in CIMO ASMD in modo che si verifichi l'ipotesi della successione universale nei rapporti già in capo alle affiliate in capo a CIMO e da mandato al Presidente Nazionale di proseguire gli incontri con le OO.SS. affiliate al fine di definire il percorso della fusione sulla base di quanto sopra indicato.

Approvato all'unanimità

Stefano Biasioli

Al Presidente dell'ARAN

Oggetto: Fusione in CIMO-ASMD degli iscritti di Unione Medica appartenenti all'area della Dirigenza Medica dipendente dal Servizio Sanitario Nazionale.

La Direzione Nazionale di Unione Medica, nella seduta odierna, in relazione alle disposizioni sui criteri di rappresentatività sindacale stabiliti dall'art 19 dell'Accordo Quadro Nazionale del 8/1998 e in seguito alle riunioni tenute presso la sede della CIMO-ASMD in data 14/11/07 e 5/12/07, ha deliberato quanto segue:

- Preso atto della delibera del Consiglio di Presidenza della CIMO-ASMD, tenutosi il 21-22 novembre 2007 a Milano nella quale viene fissato il percorso per il periodo intercorrente fra la data della fusione e quella della completa integrazione economica ed organizzativa.
- Preso atto della delibera della Direzione Nazionale della CIMO-ASMD del 12/12/2007 che accetta la fusione, confermando la sopra citata, delibera del Consiglio di Presidenza, e nella quale viene altresì autorizzata la costituzione del coordinamento CIMO ASMD - UNIONE MEDICA per i settori dell'ospedalità privata, Università, Medicina Generale e Specialistica Ambulatoriale, come richiesto Unione Medica, nella riunione del 5/12/2007.

DELIBERA ALL'UNANIMITA'

la fusione per incorporazione in CIMO-ASMD dei propri iscritti appartenenti all'area della Dirigenza Medica dipendente dal Servizio Sanitario Nazionale, le cui deleghe sono, ai sensi e per gli effetti dell'art 19 dell'AQN del 7/8/98 come modificato dall'art. 6 del quadro integrativo del CCNQ firmato dall'ARAN e dalle Confederazioni sindacali il 24/9/07, attribuiti per effettiva successione a CIMO-ASMD.

17/12/2007

Il Segretario Nazionale
Giuseppe Campobasso

UNIONE MEDICA DENUNCIA UN EPISODIO DI MALCOSTUME POLITICI ALLA ASL NAPOLI 4

Il testo dell'interrogazione regionale dell'on. Rivellini
componente della Commissione Sanità della regione Campania

Prot.n.27/Pres
Napoli, 23 gennaio 2008

INTERROGAZIONE A RISPOSTA SCRITTA al PRESIDENTE della GIUNTA REGIONALE ed all'ASSESSORE alla SANITA'

Il sottoscritto Consigliere Crescenzo Rivellini del Gruppo di A.N.

PREMESSO

Che la direzione della ASL Napoli 4, nell'estate 2007, procedeva a revisione dell'atto aziendale, istituendo, fra gli altri, un dipartimento delle tossicodipendenze, nel quale veniva inserito, inopinatamente un *servizio fasce deboli*, diretto dalla dr.ssa (*omissis*)

Che tale servizio, da cinque anni, si occupa, per quanto attiene il settore della dipendenza, esclusivamente del pagamento delle spettanze alle comunità terapeutiche per il ricovero degli utenti dei Ser.T.;

Che alla dr.ssa (*omissis*) in data 31/12/06, era stato conferito, con atto deliberativo derivante da ignota procedura concorsuale, l'incarico di dirigente di struttura complessa;

Che in data 7/12/07, la medesima, con delibera n. 460, era nominata direttore del dipartimento delle dipendenze senza alcuna procedura concorsuale, senza nomina di una commissione per la valutazione dei requisiti dei candidati;

Che la stessa ASL Napoli 4, con proprio atto deliberativo e con il proprio atto aziendale, recepiva che la nomina a direttore di dipartimento dovesse avvenire sulla scelta del direttore generale come previsto dalla legislazione vigente (legge 502 e succ.);

Che ciò non è avvenuto, tenendo conto che nei servizi tossicodipendenze della ASL Napoli 4, diversi medici prestano servizio da oltre vent'anni e sono da oltre sette anni dirigenti medici di II livello, a fronte della dr.ssa Galdi la quale non ha mai prestato servizio presso un Ser.T..

INTERROGA

Il Presidente della Giunta Regionale e l'Assessore alla Sanità per conoscere:

- Le normative procedurali attuate dalla direzione generale della ASL Napoli 4 nella nomina della dr.ssa (*omissis*) a direttore di dipartimento, alla luce soprattutto dei recenti episodi di malcostume politico che vedono la sanità e la conseguente lottizzazione dei titoli primariati in triste evidenza sulla cronaca quotidiana.

Una "scheda" per conoscere meglio la realtà dei colleghi che lavorano nel privato

Oltre 11 mila camici bianchi negli ospedali privati accreditati

I contratti di lavoro presentano carenze ed anomalie e sono spesso inapplicati, con una tendenza alla "contrattazione individuale" che troppo spesso 'bypassa' i Contratti Nazionali

di **Fabio Florianello**

Legislazione

Il percorso legislativo riguardante l'ospedalità privata, dalla autorizzazione (1934) alla vigilanza sui principi dell'organizzazione e sull'andamento igienico-sanitario (1968) ai requisiti strutturali, tecnici e di personale (1975/76), ai requisiti minimi (1986) alla convenzione (1978) fino all'attuale accreditamento (1992/ 1993/1999) ed il passaggio da un ruolo puramente integrativo o complementare della ospedalità pubblica a quello di competizione, identifica la volontà dei diversi legislatori, avvicinandosi nel tempo, di "uniformare" i due settori ospedalieri, pubblico e privato. Un elemento critico appare la perdurante difficoltà di procedere ad una chiara definizione delle regole di accreditamento. In particolare la rivendicazione da parte delle regioni di individuare "gli ulteriori requisiti", pone più di un dubbio sulla reale volontà di rendere uniformi, su tutto il territorio nazionale, tali regole.

Le strutture e l'attività

L'aumento del numero di strutture ospedaliere private accreditate, la contemporanea diminuzione delle strutture pubbliche, l'incremento delle attività di ricovero verificatesi nell'ambito delle prime, resosi più evidente soprattutto nell'ultimo quinquennio, dimostra l'irreversibilità dello spazio acquisito dal settore, mentre la presenza diversificata nell'ambito delle diverse tipologie di ricovero (acuti, riabilitazione, lungodegenza), le alte specializzazioni, la perdurante carenza di servizi dedicati all'emergenza, evidenzia il tentativo di ritagliare (o ritagliarsi) un ruolo che, se non ancora completamente definito, sembra volersi differenziare per efficienza ed efficacia.

Il personale medico e i contratti di lavoro

- Il numero di Medici impegnati nel settore è di oltre 11.000: circa 3500 impegnati come dipendenti e circa 7500 come collaboratori coordinati e continuativi (regime libero professionale);
- vi è una sostanziale variabilità degli organici nelle diverse discipline specialistiche, anche se il rapporto n. medici/n. ricoveri totali è praticamente sovrapponibile a quello riscontrato nel pubblico, con evidenti carenze soprattutto in ambito di emergenza-urgenza;
- i Contratti di lavoro presentano notevoli carenze ed anomalie e sono spesso inapplicati;
- vi è una più che aperta tendenza alla "contrattazione individuale" quale unica forma di relazione con il Medico, saltando o ignorando i Contratti Nazionali;
- i Medici sono complessivamente ignari della esistenza di tali Contratti;
- le "qualifiche" sono coerenti con la perdurante, accentuata organizzazione piramidale che affida una sostanziale centralità alla figura del responsabile di reparto ed un ruolo marginale alle altre figure mediche;
- la formazione e l'aggiornamento, una diversa organizzazione del lavoro, la retribuzione (elevata per pochissime figure, estremamente bassa per la maggioranza) appaiono istituti diffusamente sottratti ai principi di una libera contrattazione con i Medici.

Le tipologie di contratto attualmente adottate, ammesse dal Dpcm 27 giugno 1986 (v. rif. Leg.), sono due come di seguito indicato. Il Ccnl è aspramente criticato dai medici sia per quanto riguarda l'impostazione generale che per gli aspetti peculiari; l'Acnl, al di là dei singoli aspetti, appare largamente inapplicato.

Si riportano di seguito le linee fondamentali relative ad entrambi i Contratti.

1. Contratto dei Medici Dipendenti (Ccnl) (nota: da questo Ccnl sono esclusi i Medici che operano in regime di dipendenza presso gli Ospedali classificati gestiti da enti ecclesiastici riconosciuti ai sensi dell'art. 1 c.5 L. 132/68 per i quali è stato stipulato un apposito contratto 1998/2001 [firmato il 5/2/2001] tra Aris e Anmril quale unica associazione rappresentativa dei medici del settore) firmato nel 1999, valore quadriennale 1998/2001 e sottoscritto da un'unica associazione sindacale (Cimop) ammessa per rappresentatività dalle associazioni rappresentative delle istituzioni sanitarie aderenti ad Aiop, Aris e Fondazione Don Gnocchi. Tale contratto riguarda i medici delle case di cura private, degli Irccs di diritto privato, delle strutture riconosciute "presidi" di Usl ai sensi dell'art. 43 c.2, L. 833/1978 e dei centri di riabilitazione.

I principali istituti contrattuali sono:

- Tempo pieno e definito (rispettivamente per 38 ore e 30 ore/sett.),
- differenziazione tra lavoro supplementare (fino a 40 ore per il TP e 35 ore per il TD) e lavoro straordinario oltre tale orario,
- qualifiche distinte in assistente, aiuto, responsabile di raggruppamento e/o di servizio e direttore sanitario,
- quattro articoli riguardanti i "doveri del personale medico" con una "elencazione non esaustiva dei casi che potranno dar luogo all'adozione del provvedimento di licenziamento per mancanze",
- trattamento economico tabellare scadente,
- possibilità di effettuare libera professione intramoenia,
- possibilità di esercitare libera professione al di fuori della struttura sanitaria, "purchè non in altre strutture di ricovero, previa valutazione della insussistenza di situazioni di incompatibilità",
- cessazione del rapporto di lavoro per licenziamento o dimissioni (con preavviso di tre mesi con "facoltà della parte che riceve la disdetta di troncamento il rapporto di lavoro sia all'inizio che nel corso del preavviso senza obbligo di indennizzo"), morte, collocamento a riposo per raggiunti limiti di età seconda la normativa vigente.
- nessun accenno a formazione ed aggiornamento.

2. Contratto dei Medici a rapporto di collaborazione coordinata e continuativa, o regime libero-professionale (Acnl) firmato nel 1997 dalla sola Anao Assomed con le associazioni rappresentative delle istituzioni sanitarie aderenti ad Aiop, Aris e Fondazione Don Gnocchi (il precedente risale al 1988 e fu firmato solo da Cimop).

Accordo con INAIL per le certificazioni degli infortunati sul lavoro

E' stato firmato oggi (per la CIMO era presente Cassi) presso la sede dell'INAIL, l'accordo per la disciplina dei rapporti normativi ed economici per la redazione delle certificazioni rese a favore degli infortunati sul lavoro e tecnopatici presso le strutture sanitarie pubbliche. L'accordo, che sostituisce il precedente vecchio di oltre 15 anni, che prevede tra l'altro un compenso di 27,50 € a certificato più 5 € per l'invio dello stesso con mezzo informatico, avrà durata biennale e sarà operativo dopo l'approvazione da parte del CdA dell'INAIL, prevista per il 20/12.

ABBASSO LA MONARCHIA!

Le problematiche connesse agli aspetti assistenziali ed il rapporto con l'AUO rappresentano da tempo un nervo scoperto della nostra Facoltà. A tale riguardo l'UMU –UNIONE MEDICI UNIVERSITARI- ritiene che :

. Il Direttore Generale può facilmente dimostrare come la riorganizzazione dei DAI risponda a criteri di economicità (pur considerandone l'effettiva entrata in vigore tra diversi mesi); non ha però prodotto alcun documento che ne dimostri l'efficienza e l'efficacia;

. La sola riduzione dei primari risulta un provvedimento abbastanza demagogico e, se isolato, insufficiente, nonché realizzato attraverso una metodologia a dir poco incomprensibile.

ANDREBBE A NOSTRO AVVISO CONTESTUALMENTE ASSOCIATA ALLA IMPROCASTINABILE RIORGANIZZAZIONE STRUTTURALE UNA SOSTANZIALE "RIVOLUZIONE CULTURALE" CHE CERCHI DI TRARRE LA NOSTRA FACOLTA' DAI GRAVISSIMI PROBLEMI ASSISTENZIALI IN CUI VERSA

. **La riorganizzazione dei DAI deve essere finalizzata alle necessità dei percorsi didattici istituzionali di una Facoltà di Medicina (lauree triennali, corsi di laurea, scuole di specializzazione, dottorati di ricerca, ecc.);**

. **Riconoscimento a ciascun Docente della Facoltà (professori di ruolo, ricercatori, ecc.) di autonomia e responsabilità in coerenza con un progetto strategico condiviso;**

. **I direttori dei DAI interpretino il loro ruolo in modo nuovo: coordinatori di attività organizzative e gestionali (non anacronistici monarchi assoluti), valorizzando appieno le risorse umane e materiali del dipartimento per il raggiungimento di obiettivi didattici, di ricerca ed assistenziali senza antistoriche ed antieconomiche gerarchie, dimostrando attitudine nel rispettare le giuste necessità di budget. Non andrebbero inoltre ignorate le sempre più pesanti implicanze legali connesse ad attività assistenziali condotte senza le opportune garanzie.**

CHIEDIAMO INOLTRE CON FORZA CHE SI APRÀ UN DIBATTITO CHIARO E DEFINITIVO SUL DESTINO DEL POLO NAPOLETANO DELLA FACOLTA'

Riteniamo doveroso che la Facoltà diventi sempre più il luogo di elaborazione politica e strategica, e quindi di guida, dei provvedimenti aziendali. In caso contrario potremmo, a malincuore, non ritenere utile continuare a dare il nostro contributo agli Organi istituzionali della Facoltà.

LA SEGRETERIA NAZIONALE DI UNIONE MEDICI UNIVERSITARI

