

F.S.I. -

**FEDERAZIONE SINDACATI INDIPENDENTI  
SINDACATO AUTONOMO SANITA'  
SEGRETERIA TERRITORIALE VALLO DELLA LUCANIA**

Tel:3334614880 – [teresaesposito1949@libero.it](mailto:teresaesposito1949@libero.it) – [www.localizzati.it/adass.htm](http://www.localizzati.it/adass.htm)

## **FOGLIO DI INFORMAZIONE SINDACALE PER I DIPENDENTI DELLA ASL SALERNO ottobre 2016 – n.° 10**

**F  
S  
I  
  
I  
N  
F  
O  
R  
M  
A**

*Vallo della Lucania, Ottobre 2016*

*Alle colleghe ed ai colleghi,*

continua la diffusione del nostro foglio d'informazione, anche per il mese di ottobre 2016 **"FSISanità INFORMA"**, periodico della nostra Organizzazione Sindacale maggiormente rappresentativa a livello nazionale, con le principali notizie aziendali, regionali e nazionali, con gli aggiornamenti sulla normativa contrattuale, le circolari ed i comunicati di maggiore rilevanza. In particolare, sottolineiamo:

**Solo un miliardo per il Pubblico Impiego;**

**Nuova Convenzione Università Pegaso Segreteria di Vallo della Lucania;**

**Asl Salerno: Il punto della situazione;**

**Infermieri avanti tutta sulla sanità d'iniziativa;**

**Pensioni e Ape, se fosse una fregatura?;**

**Bazar FSI Vallo della Lucania, pagina news;**

**La polizza assicurativa proposta della nostra O.S. a tutela del *rischio professionale da colpa grave e della tutela legale per tutte le professioni del SSN***

Per dare risposta ai quesiti posti dagli iscritti sull'applicazione dei principali istituti contrattuali e giuridici:

La casella di posta elettronica utilizzabile è :  
[info@fsinazionale.it](mailto:info@fsinazionale.it) o [teresaesposito1949@libero.it](mailto:teresaesposito1949@libero.it)

Ci auguriamo che questo foglio di informazione sindacale possa diventare uno strumento utile per dar voce a tutti i lavoratori di questa Azienda.

Ringraziando del Vostro contributo vi dò appuntamento a Novembre 2016, ed invio un cordiale saluto.

**Il Segretario Territoriale**  
*Maria Teresa Esposito*

**F.S.I.**

Federazione Sindacati Indipendenti

ROMA (00155) viale E. Franceschini, 73

Tel 06.42013957 Fax 06.42003671

[www.fsinazionale.it](http://www.fsinazionale.it)[info@fsinazionale.it](mailto:info@fsinazionale.it)**Sanità<sub>24</sub>**[Dal governo](#)

## Nel programma di bilancio solo un miliardo per il pubblico impiego (e non gli 1,9 annunciati)

Nel [documento programmatico di Bilancio](#) inviato ieri a Bruxelles la manovra 2017 vale 26,3 miliardi, e non i 27 annunciati dal governo sabato scorso nella conferenza stampa dopo il consiglio dei ministri. A spiegare la differenza è la voce del «pubblico impiego»: rinnovo dei contratti, assunzioni e stabilizzazione degli 80 euro per militari e polizia valgono secondo il documento intorno al miliardo di euro, invece degli 1,9 miliardi scritti nelle [slide presentate nella conferenza stampa dopo il consiglio dei ministri di sabato](#). Per le cifre definitive, però, bisognerà aspettare il testo della legge di bilancio, che secondo il calendario ufficiale il governo dovrebbe mandare in Parlamento entro domani anche se un ritardo appare ormai scontato. **Il deficit strutturale.** La partita europea, comunque, si giocherà soprattutto sul disavanzo strutturale, che nel documento è indicato all'1,6% contro l'1,2% del 2016. Più dei numeri complessivi, influenzati dalle misure congiunturali sia di entrata sia di spesa, a misurare le prospettive della finanza pubblica è infatti il dato strutturale: e i controllori europei si aspettavano al massimo una replica del risultato 2016. Come sulle entrate (si veda Il Quotidiano degli enti locali e della Pa di ieri), anche sulle spese è destinato ad accendersi un dibattito su quali voci siano da etichettare come «strutturali» e quali no. Dal calcolo strutturale, secondo l'Italia, andrebbero escluse le uscite per terremoto e migranti, tagliando il conto di quasi 7 miliardi (lo 0,4% del Pil): «L'ultima valutazione tecnica - spiega con una certa cautela lessicale il documento mandato da Roma alla commissione - pare suggerire» che questa spesa «possa essere classificata come posta straordinaria». A definire il giudizio europeo sarà dunque il dibattito sulla natura di entrate e uscite, che ha un aspetto filosofico ma si gioca su un terreno politico. Da Bruxelles fanno sapere che il caso italiano è «difficile», ma che il dialogo «rimane aperto» con la volontà di «trovare un accordo». «I numeri andranno valutati - spiega dal canto suo il ministro dell'Economia Pier Carlo Padoan - ma a nostro avviso siamo in regola» anche perché il deficit complessivo al 2,3%, messo in programma per il 2017, è «il più basso da molti anni». Il confronto con l'Europa secondo Padoan «sarà come al solito molto franco e molto severo, ma io mi aspetto che si applichino le regole, alcune delle quali sono veramente astruse». **Le spese «eccezionali».** Migranti e terremoto, come detto, sono le voci su cui questo meccanismo dovrà esercitarsi. Per gestire l'immigrazione l'Italia mette in programma per l'anno prossimo una spesa da 3,7 miliardi (con un aumento del 15% rispetto a oggi) vale a dire 2,8 miliardi in più rispetto «a una situazione priva di emergenza». Un fenomeno di queste dimensioni, che per di più non determina prospettive di crescita dell'economia perché per la maggior parte dei migranti l'Italia è un luogo di passaggio verso altri Paesi, secondo il documento italiano dovrebbe far escludere dal Patto «tutto lo sforzo messo in campo» per l'emergenza, e non solo la spesa aggiuntiva rispetto all'anno prima. La stessa lettura estensiva torna per le conseguenze del terremoto di agosto, che oltre agli aiuti destinati alle zone interessate impone «l'assunzione indifferibile di un'azione straordinaria di messa in sicurezza del territorio nazionale». E la sostanza della richiesta italiana è proprio nell'aggettivo «straordinaria» che accompagna questa spesa, (cifrata in un passaggio del documento nello 0,3% del Pil per un delicato refuso che secondo l'Economia sarà corretto a 0,2%). La partita a scacchi con la commissione Ue si svolge su una manovra che secondo le cifre indicate nel programma di bilancio vale 26,3 miliardi di euro. Nell'impostazione dichiarata da Padoan, comunque, la manovra continua «il consolidamento della finanza pubblica» e «sostiene la crescita, dando risorse per le imprese ma anche per il sociale». Sulle prospettive di crescita all'1% per il prossimo anno, intanto, ieri è arrivato il via libera dell'Ufficio parlamentare di bilancio, che con un deficit al 2,3% considera l'obiettivo ottimista ma raggiungibile, anche se non mancano gli «elementi di rischio» date «le persistenti incertezze che dominano» la congiuntura interna e internazionale.

**UN LAVORATORE INFORMATO E' UN LAVORATORE TUTELATO****Il Segretario Territoriale**  
*Maria Teresa Esposito*

**Sede di Vallo della Lucania**

## **OFFERTA FORMATIVA**

**10** corsi di laurea

**110** master

**28** corsi di perfezionamento

**46** corsi alta formazione

**238** esami singoli

**3** certificazioni

**1** scuola di specializzazione

**9** accademie

## **MASTER di I Livello - MA 500**

**“MANAGEMENT PER LE FUNZIONI DI COORDINAMENTO  
NELL'AREA DELLE PROFESSIONI SANITARIE”**

**F.S.I.**

Federazione Sindacati Indipendenti

ROMA (00155) viale E. Franceschini, 73

Tel 06.42013957 Fax 06.42003671

[www.fsinazionale.it](http://www.fsinazionale.it)[info@fsinazionale.it](mailto:info@fsinazionale.it)

# Sanità<sub>24</sub>

[Lavoro e professione](#)

## Manovra 2017, i sindacati medici: «Risorse certe per contratto e precariato. Senza risposte adeguate, sciopero a metà novembre»

«Positiva la conferma dell'impegno previsto nel Def per un Fondo sanitario nazionale pari a 113 mld, che equivale al 6,8 % del Pil, ma sul rinnovo del contratto e sulla stabilizzazione dei precari ancora non ci siamo, servono risorse certe nella Manovra. Abbiamo chiesto a stretto giro un incontro a Governo e Comitato di settore Regioni-Sanità. Se non avremo risposte soddisfacenti, i sindacati dei medici intensificheranno lo stato di agitazione promuovendo assemblee e confronti, senza escludere due giornate di sciopero a metà novembre». Sono le parole di **Costantino Troise**, segretario nazionale di Anaa Assomed che a nome delle organizzazioni sindacali dei medici e dei dirigenti sanitari, in conferenza stampa questa mattina a Roma, ha espresso una soddisfazione decisamente parziale rispetto alle prime linee della legge di bilancio 2017, di cui ancora non si conosce il testo e che è attesa alla Camera (in ritardo) non prima di lunedì 24 ottobre.

I medici chiedono stanziamenti blindati per finanziare il triennio contrattuale in modo adeguato, consentendo una reale attenzione al merito e quella valorizzazione della produttività indispensabile a sciogliere il nodo scottante delle liste d'attesa, ormai non più rimandabile. Per stabilizzare i 13.500 precari (di cui 6.500 atipici con una selva di 35 tipologie di contratti diversi) e per fare le 12mila assunzioni che servono a coprire i pensionamenti 2012-14 e applicare l'orario di lavoro Ue, che negli ospedali resta di fatto una chimera.

Per il finanziamento del contratto, infatti, la manovra 2017 stanziava per ora solo briciole. I conti sono presto fatti. Di 1,9 mld previsti per il rinnovo dei contratti per il pubblico impiego, circa 400 milioni sono destinati al personale in sanità (complessivamente 650mila persone). Per il contratto dei camici bianchi ci saranno quindi probabilmente circa 153 milioni. Il che significa, secondo i conti dei sindacati, un aumento in busta paga di 115 euro lordi al mese.

Una cifra che le sigle dei medici considerano insufficiente, soprattutto se confrontata con il plus riconosciuto dal precedente contratto che fu (il passato remoto è d'obbligo) di 250-350 euro a testa, valore che i sindacati potrebbero considerare una soglia più accettabile.

Ma i numeri veri della manovra sono ancora nella nebbia. E i medici reclamano anche e soprattutto il riconoscimento di benefici indiretti. In primis prevedendo, anche per la sanità pubblica, la defiscalizzazione del salario di produttività ed estendendo al settore pubblico le agevolazioni del cosiddetto "welfare aziendale".

Il contesto di queste richieste, come noto, è quello di un blocco dei contratti che dura da sette anni e di una lunga erosione della spesa per il personale, che dal 2010 al 2015 è scesa dell'1,2% l'anno.

E i fari dei sindacati sono puntati anche sul recupero dei tagli lineari ai fondi contrattuali, che in questi anni hanno ridotto le retribuzioni effettive «depauperando le risorse destinate a premiare il merito e remunerare il disagio».

«Le finanziarie passate - spiega Troise - hanno tagliato il salario accessorio di 641 milioni in sei anni, che si sono tradotti in una perdita di 626 euro a testa». In questo caso, quindi, la controparte sarebbero le Regioni, a cui i sindacati chiedono un recupero delle risorse accessorie sottratte in modo arbitrario. Ma Regioni e Governo, sottolineano i sindacati, non sono due mondi separati. «Se lo Stato fa una legge che autorizza le Regioni a taglieggiarmi - ribadisce Troise - io me la prendo anche con lo Stato».

«I fondi contrattuali - aggiunge **Riccardo Cassi**, presidente Cimo - sono stati ridotti progressivamente e il rischio è che con queste cifre non si riesca neanche a coprire le perdite subite. Se non si stoppa il depauperamento dei fondi non si riesce a premiare il merito e nemmeno a ridefinire i percorsi di carriera, come previsto dagli stessi [atti di indirizzo](#) del Comitato di settore».

Quindi le richieste principali dei dottori: risorse certe e incrementali sul finanziamento contrattuale e abolizione del comma 236 della legge di stabilità 2016 e dell' art.9-quinquies L.125/2015.

Sul fronte più complessivo la valutazione è cautamente positiva. Il rispetto di quanto previsto da Def, spiegano i sindacati, è un risultato apprezzabile «grazie all'impegno della Ministra, che va riconosciuto, e al contesto politico». Ma non va dimenticato che quella dell'Italia è una spesa sanitaria pubblica ancora al di sotto della media Ue, la più bassa tra i Paesi del G7, con una spesa pro capite inferiore del 22% alla media europea.

«Il finanziamento del Fsn a 113 miliardi non è una vittoria, ma uno scampato pericolo», sottolinea **Fabio Cricelli**, vicepresidente nazionale di Aaroi Emac. «Eppure il tema del precariato resta sul tavolo. Abbiamo bisogno di risorse fresche soprattutto nelle aree critiche, come il Pronto soccorso, e non dimentichiamo la componente pensionistica. Oltre il 50% dei medici ha più di 55 anni. Dobbiamo poter andare in pensione, anche con il riconoscimento del lavoro usurante. E questa è solo una delle tante problematiche aperte. Quello che ci viene offerto lascia tutto nell'indeterminatezza».

**UN LAVORATORE INFORMATO E' UN LAVORATORE TUTELATO**

**Il Segretario Territoriale**  
*Maria Teresa F.posito*

## Infermieri, avanti tutta sulla Sanità d'iniziativa



Il primo riferimento all'evoluzione della professione infermieristica è al Dlgs 15/2016 che ha recepito le indicazioni europee indicando che l'infermiere è responsabile dell'assistenza generale e ha competenza di:

1. individuare autonomamente le cure infermieristiche necessarie utilizzando le conoscenze teoriche e cliniche attuali nonché di pianificare, organizzare e prestare le cure infermieristiche nel trattamento dei pazienti, sulla base delle conoscenze e delle abilità acquisite, in un'ottica di miglioramento della pratica professionale;
2. lavorare efficacemente con altri operatori del settore sanitario, anche per quanto concerne la partecipazione alla formazione pratica del personale sanitario sulla base delle conoscenze e delle abilità acquisite;
3. orientare individui, famiglie e gruppi verso stili di vita sani e l'autoterapia, sulla base delle conoscenze e delle abilità acquisite;
4. avviare autonomamente misure immediate per il mantenimento in vita e di intervenire in situazioni di crisi e catastrofi;
5. fornire autonomamente consigli, indicazioni e supporto alle persone bisognose di cure e alle loro figure di appoggio;
6. garantire autonomamente la qualità delle cure infermieristiche e di valutarle;
7. comunicare in modo esaustivo e professionale e di cooperare con gli esponenti di altre professioni del settore sanitario;
8. analizzare la qualità dell'assistenza in un'ottica di miglioramento della propria pratica professionale come infermiere responsabile dell'assistenza generale”.

Queste anche le premesse del documento finale del Tavolo tecnico per la professione infermieristica, insediato al ministero della Salute a inizio estate e che ha concluso la sua prima fase di lavoro con l'elaborazione di un documento di sintesi inviato ufficialmente dal sottosegretario alla Salute Vito De Filippo alle direzioni generali del ministero competenti (Risorse umane, Programmazione sanitaria, Ricerca scientifica e Prevenzione) e al Gabinetto del ministro e che dopo il ministero sarà condiviso con le Regioni.

E in questo quadro, come ha anche sottolineato la Federazione nazionale dei Collegi Ipasvi, è

necessario un approccio più “solido” e “ambizioso” nella ridefinizione dei modelli organizzativi e assistenziali e, soprattutto, nell'innovazione e ridefinizione dell'assistenza primaria, ancora prevalentemente orientata a servizi “tradizionali” anziché “di iniziativa”, ossia impostati sulla logica “dell'andare verso il cittadino”, sulle reti multiprofessionali di presa in carico e di continuità assistenziale, ampliando l'assistenza nel domicilio, attivando gli ospedali di comunità, le case della salute e i servizi ambulatoriali di prossimità.

Anche le indicazioni e gli obiettivi contenuti nel Patto per la salute 2014-2016 prendono atto del contesto demografico ed epidemiologico e pongono specifica attenzione all'efficacia, all'appropriatezza, alla sostenibilità del Sistema e alla necessità di valorizzare, rafforzandolo, il patrimonio professionale operante nel Sistema stesso. E la legge 190/2015 - comma 566 - richiama a sua volta gli orientamenti del Patto per la salute e pone le basi per intervenire su ruoli, funzioni e modalità operative dei professionisti sanitari, sostenendo l'evoluzione delle loro competenze - anche attraverso percorsi di formazione complementare - e privilegiando i sistemi a rete e il lavoro in squadra. Il documento propone di riprogettare o cambiare l'organizzazione sanitaria. Cosa che, soprattutto in un'ottica di scarsità di risorse, significa ricercare e trovare l'equilibrio tra efficienza ed efficacia del sistema e la sua equità: l'equilibrio si ottiene definendo nuove regole organizzative e delineando attitudini professionali, competenze trasversali degli attori del sistema. Significa mettere in campo una “sanità di iniziativa”, come delinea il documento.

Confermati i quattro i nuovi ambiti per i professionisti infermieri proposti dall'Ipasvi, nel nuovo modello dei percorsi di cura integrati tra ospedale e territorio e tra territorio e ospedale, senza dimenticare, evitandolo, l'isolamento sociale che può essere causa di frequenti riospedalizzazioni: infermieristica di famiglia-comunità; assistenza infermieristica domiciliare; assistenza infermieristica ambulatoriale; ospedali di comunità (testo allegato).

«La presa in carico degli assistiti, territoriale e ospedaliera – spiega Barbara Mangiacavalli, presidente della Federazione nazionale dei Collegi Ipasvi - deve prevedere un modello che si caratterizzi per la capacità di porre il paziente al centro del percorso di cura, puntando all'integrazione e alla personalizzazione dell'assistenza. È, infatti, particolarmente funzionale allo sviluppo e all'utilizzo dei percorsi clinico assistenziali integrati, la traduzione locale delle linee guida nella pratica clinica, cosa che pare rispondere meglio non solo ai bisogni assistenziali di pazienti sempre più anziani e affetti da complesse polipatologie, ma anche alla necessaria integrazione multidisciplinare e multiprofessionale». Il riorientamento dell'intera offerta assistenziale per garantire efficaci strategie preventive e pro-attive deve, secondo la presidente Ipasvi, realmente garantire la “continuità assistenziale”. «L'attivazione cioè – spiega - di percorsi di cura attraverso l'adozione di opportuni strumenti di raccordo e di professionalità appropriate, come ad esempio quella infermieristica, per rispondere ai nuovi bisogni. Anche nel recente Piano nazionale per la cronicità la professione infermieristica è indicata come la professione in grado di perseguire positivi risultati nell'esercizio della funzione di “care management” e quindi nella gestione della continuità assistenziale e del lavoro in rete. L'organizzazione di un tale modello – prosegue Mangiacavalli - richiede l'attivazione di team che includano vari professionisti, ognuno con il proprio ruolo all'interno di un percorso integrato, in grado di prendere in carico il paziente. Secondo le esperienze regionali un sistema di questo tipo potrebbe anche garantire iniziative di prevenzione e promozione della salute e dei corretti stili di vita per incidere precocemente sui determinanti di salute, per ridurre sia l'incidenza delle malattie croniche, sia la progressione della malattia già esistente, per potenziare a livello territoriale la presa in carico delle dimissioni difficili, attraverso l'impegno di tutti i professionisti coinvolti».

**UN LAVORATORE INFORMATO E' UN LAVORATORE TUTELATO**

**Il Segretario Territoriale**  
*Maria Teresa F.posito*

**F.S.I.**

Federazione Sindacati Indipendenti

ROMA (00155) viale E. Franceschini, 73  
Tel 06.42013957 Fax 06.42003671[www.fsinazionale.it](http://www.fsinazionale.it)[info@fsinazionale.it](mailto:info@fsinazionale.it)**Sanità24**[Lavoro e professione](#)

## **Vaccini, prime sanzioni Fnomceo ai medici “disubbidienti”. Codacons fa ricorso al Tar Lazio. Lorenzin: «Dai medici scelta di rigore»**

All'efficacia dei vaccini credono fermamente sia il governo che i medici. E ciascuno fa la propria parte. Da un lato l'esecutivo guidato da Matteo Renzi non solo sta per varare il nuovo Piano nazionale vaccini - ora all'attenzione della Conferenza Stato-Regioni e inserito nel Dpcm che revisiona i nuovi Livelli essenziali di assistenza - ma, anche, nella prossima legge di Bilancio, promette di dedicare alla partita prevenzione vaccinale 99 milioni nel 2017 e 186 a partire dal 2018. Il condizionale è d'obbligo, in attesa di leggere il testo della manovra, però l'impegno è certo. Lo ha ribadito anche oggi la ministra della Salute Beatrice Lorenzin, davanti alla querelle tra Codacons e Fnomceo, la Federazione dei medici che ha dato il via, come del resto previsto nel Piano nazionale e [come annunciato a luglio scorso](#) - ai primi provvedimenti disciplinari nei confronti dei camici bianchi che “remano contro” la profilassi. «Rispetto l'autonomia degli Ordini e le decisioni che state prendendo - ha spiegato Lorenzin a margine dell'inaugurazione della nuova sede Fnom a Roma -. I medici stanno esercitando le proprie funzioni di autodisciplina in modo serio e rigoroso su una questione così importante come quella delle vaccinazioni nel nostro Paese». Dello stesso avviso il presidente dell'Istituto superiore di sanità (Iss), Walter Ricciardi: «Valuto positivamente e supporto le azioni degli Ordini che anticipano in modo encomiabile una linea che sarà formalizzata nel prossimo Piano nazionale vaccini, ormai in dirittura d'arrivo. Dopo adeguata formazione e informazione, si prevede che per i medici recidivi di aver sconsigliato le vaccinazioni verrà richiesto il deferimento all'Ordine». La levata di scudi del Codacons - che nei giorni scorsi ha deciso di trasmettere il controverso documentario “Vaxxed: il film che non vogliono che tu veda”, sul possibile legame tra vaccino Mpr e autismo - nasce dall'apertura di provvedimenti disciplinari a Firenze e a Treviso - uno in attesa della decisione sulla sanzione e l'altro ancora in fase preliminare (mentre un terzo medico sarebbe sotto esame a Venezia). La Fnomceo aveva annunciato la linea dura, fino alla radiazione, per infrazione del Codice deontologico nel caso in cui si accerti la responsabilità. In questo caso, spiegano dalla Federazione, i dottori hanno portato avanti le proprie tesi anche in luoghi pubblici, mettendo in allarme la popolazione. «Affermiamo a chiare lettere e difendiamo il diritto dei cittadini a vedere tutelata la loro salute - spiega il segretario nazionale della Federazione Luigi Conte - commentando il ricorso del Codacons al Tar Lazio, contro il documento Fnomceo di luglio - . Il Codacons sostiene di voler tutelare la libertà dei medici di non consigliare i vaccini ma noi ribadiamo il nostro dovere di tutelare il diritto alla salute dei cittadini. E per questo ci coordineremo con il ministero della Salute nella preparazione della memoria difensiva». I medici d'Italia sono avvertiti: «Ribadiamo che sconsigliare i vaccini è un'infrazione al Codice deontologico, come sostenuto nel documento approvato all'unanimità dal Comitato centrale, a luglio - prosegue Conte - Con questo documento abbiamo sollevato il problema e affermato un messaggio chiaro. Ora qualcosa si sta muovendo». Sulle barricate, il Codacons che ha già fatto ricorso e bolla come «un vero e proprio ritorno ai tempi bui dell'Inquisizione, che genera orrore e rappresenta una vergogna per un paese civile», la scelta sanzionatoria della Federazione dei medici. «Non è certo tornando al Medioevo che si apporterà un contributo utile e costruttivo al dibattito sui vaccini - spiega il presidente Carlo Rienzi -. Genera orrore in un Paese civile la sola idea che i medici possano essere puniti se esprimono una opinione critica su un tema controverso come i vaccini. Per tale motivo annunciamo una battaglia contro la Fnomceo, e siamo pronti ad avviare ricorsi in ogni sede per annullare qualsiasi provvedimento disciplinare contro i medici». E ancora: «Ribadiamo la validità e l'importanza dei vaccini, ma solo quelli pediatrici o per soggetti realmente a rischio, e contrasteremo con ogni mezzo - annuncia ancora Rienzi - la campagna per le vaccinazioni di massa e i regali che lo Stato fa alle aziende farmaceutiche attraverso il vaccino esavalente non previsto da nessuna legge».

**Il Segretario Territoriale***Maria Teresa Esposito*

# F.S.I.

aderente all'Unione Sindacati Autonomi Europei



## Polizza Assicurativa

### Rischio professionale

- **Responsabilità Civile per gli Associati** dipendenti P.A. che svolgono l'attività regolamentata dalla **legge 43/ 2006**
- **Retroattività di 5 anni** e tutela per 5 anni successivi
- **Massimale 2.500.000,00 €** per anno e/o per sinistro
- Massimale per singolo evento senza limite aggregato
- **Copertura valida** per gli Associati, dipendenti P.A., che hanno aderito **in caso di colpa grave**

*(E' molto difficile individuare una definizione di colpa grave, non esiste, infatti, una specifica legge in grado di individuare preventivamente le varie fattispecie che vengono individuate di volta in volta dal giudice competente sulla scorta di principi generali. Secondo la sentenza della Corte dei Conti, sez. Calabria, del 2 Febbraio 2004 n° 64 "La distinzione tra colpa lieve e colpa grave risulta dal confronto tra il comportamento in concreto con quello che sarebbe stato necessario".)*

### Tutela Legale

- **Massimale € 25.000** per sinistro e/o per anno;
- Procedimenti penali per imputazioni dolose e colpose;
- Illeciti Amministrativi;
- Massimale per singolo evento senza limite aggregato;

Premio Annuo  
**€ 57,00**

Per ulteriori informazioni vai alla pagina assicurazioni sul sito:

**[www.fsinazionale.it](http://www.fsinazionale.it)**



Recapiti dell'ufficio

**F.S.I.**

Federazione Sindacati Indipendenti

ROMA (00155) viale E. Franceschini, 73  
Tel 06.42013957 Fax 06.42003671[www.fsinazionale.it](http://www.fsinazionale.it)[info@fsinazionale.it](mailto:info@fsinazionale.it)

Il punto di vista indipendente su pensioni e Lavoro

## Pensioni e Ape, se fosse una fregatura?



Dopo alcune settimane di incontri fra governo e sindacati, alla fine, è stato sottoscritto un documento (la Cgil presa da improvvisa contrizione lo definisce solo un “ verbale”) che, con un tentativo mal riuscito, doveva porre rimedio alle storture introdotte dalla riforma Fornero del 2011. Dovrebbe valere due miliardi l'anno per i prossimi tre anni l'operazione di cambiamento. Ma, ricordiamo, che nel pacchetto sociale faranno parte anche i fondi per il rinnovo dei contratti per il pubblico impiego ( circa 700 milioni ), quelli per detassare il salario di produttività e il welfare aziendale ( altri 600 milioni ) ed anche le risorse del Fondo Povertà ( 500 milioni ).

Non resta molto per la previdenza. Infatti così come in natura, anche in previdenza nulla si crea e nulla si distrugge, ma tutto si può trasformare. Almeno a parole.

Venendo ai contenuti dell'accordo il primo impatto sul settore dovrebbe essere prodotto, anche se per solo due anni, dalla così detta APE., l'anticipo pensionistico, che dovrebbe permettere a chi compie 63 anni di lasciare, con un anticipo sino a tre anni e sette mesi, il lavoro con un prestito pensionistico. Prestito che viene previsto oneroso e costringitivo di una riduzione dell'importo in godimento per almeno venti anni.

Forse sarebbe stato il caso di chiamarlo e realizzarlo quale possibile “ riscatto volontario ” per gli anni mancanti al limite del pensionamento di vecchiaia attuale ( 66 anni e sette mesi). Gli eventuali interessati avrebbero potuto modulare la loro uscita e quindi i pagamenti relativi, anche eventualmente in una unica soluzione (utilizzando la liquidazione ) o ratealmente, senza ricorrere a banche od assicurazioni e senza fare sorgere conflitti fra le fasce più disagiate, per le quali viene prevista una Ape sociale senza tagli, agendo sul versante fiscale, e quelle a trattamenti pensionistici più elevati che si vedranno tagliare per due decenni la pensione. L'anzianità maturata sarebbe stata quella risultante

dalla ricongiunzione dei periodi lavorati e quelli riscattati, senza quella ulteriore perdita dovuta all'interruzione anticipata del rapporto di lavoro.

Poi, nella più grande nebulosità resta tutto il versante relativo ai lavoratori precoci, e quelli soggetti ai lavori usuranti. Per i primi vi è stata una vera e propria rincorsa dei sindacati confederali. Ancora la Cgil chiedeva, salvo il ritiro dalla trattativa, di includere nella supposta facilitazione i lavoratori entrati in attività prima dei 18 anni. Altri si limitavano a considerare i periodi di impiego svolti prima del sedicesimo anno d'età. Ma nessuno ha pensato che la condizione più importante da risolvere era e rimane quella di eliminare, e questo vale anche per l'Ape, il meccanismo infernale della doppia indicizzazione. Non si può lasciare crescere senza fine la speranza di vita ( vecchiaia ) ed anche l'anzianità contributiva. Altrimenti la prima raggiungerà, a breve, i 70 anni d'età e la seconda i 43 anni ed oltre di contributi.

La soluzione del Governo, a cui i sindacati non hanno minimamente replicato, è una vera e propria “ furbata “. Avendo previsto che l'asticella, 41 anni di contributi per l'uscita anticipata, potrà riguardare solamente quelli che hanno iniziato prima dei 19 anni è stata, di fatto, ripristinata la “ Quota 60 ” ( 41 più 19 ) delle precedenti riforme che consentiva il pensionamento d'anzianità solamente con almeno sessanta anni d'età. Ricordiamo che l'attuale pensione anticipata pur richiedendo 41 anni e 7 mesi per le donne e 42 anni e sette mesi per gli uomini non prevede nessun limite d'età.

Ma non basta. Per rientrare in questa ipotetica agevolazione bisogna essere, oltre che disoccupati (!), persone in condizioni di salute che determinano disabilità. Qualcuno avrebbe dovuto suggerire, ai partecipanti agli incontri Governo- Sindacati, che esistono, ancora fortunatamente, le pensioni di invalidità e inabilità. Per non parlare degli occupati in attività ritenute particolarmente gravose, dimenticando che è prevista tutta una legislazione previdenziale per costoro. Forse si è preferito attivare una vera e propria guerra fra categorie che sarà combattuta, a breve, per chi debba rientrare o meno fra i destinatari.

Anche, per gli usurati la proposta attuale appare un infimo contentino. Addirittura, in alcuni casi, offensivo : l'abolizione della finestra mobile di 12/18 mesi tra la maturazione del requisito ( oggi da quota 97,6 a quota 100,6 con almeno 35 anni di contributi ); il non adeguamento alla speranza di vita; il non svolgimento della mansione usurante nell'anno di maturazione del diritto ( oggi richiesto di almeno 7 anni negli ultimi 10 anni di vita lavorativa e successivamente per la metà della durata del rapporto di lavoro usurante ).

Sarebbe stato più gentile prevedere un ultimo anno alle Maldive!

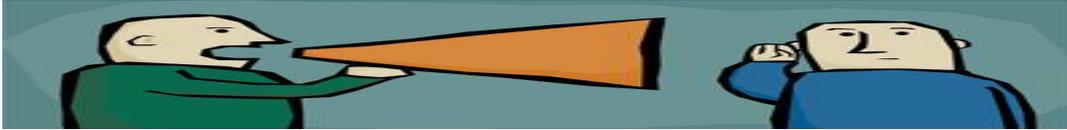
Per quanto attiene la possibilità di ricongiunzione gratuita dei contributi versati in previdenze diverse sarà necessario attendere la corretta definizione della norma, per non trovarsi di fronte al semplice cumulo fra gestioni esistenti all'interno dell'Inps e non per le effettive ricongiunzioni fra enti, come è il caso della ricongiunzione Inpdap-Inps.

Nulla è stato concordato, ed è estremamente grave per le aspettative di molte lavoratrici in merito alla possibile prosecuzione dell'opzione donna, che ricordiamo scade quest'anno.

Un contentino viene, comunque, dato alle pensioni più basse con l'ampliamento della platea dei destinatari della quattordicesima mensilità ( da 3335 a 500 euro per redditi inferiori ai 10 mila euro lordi annui ) e l'estensione della no tax area oggi limitata ai pensionati con meno di 75 anni d'età ed assegni annuali non superiori ai 7.750 euro e per quelli più anziani con assegni sino a 8.000 euro.

**UN LAVORATORE INFORMATO E' UN LAVORATORE TUTELATO**

**Il Segretario Territoriale**  
*Maria Teresa F. Sposito*



## AVVISO IMPORTANTE

# A TUTTI I LAVORATORI ASL-SALERNO

## Diritto alle ferie al termine della malattia



*Maturazione delle ferie durante la malattia: le ferie non godute si possono fruire al rientro in servizio?*

**Sono rientrato da una lunga malattia, per poco non ho superato il comporta: adesso ho 40 giorni di ferie residui ma il datore non vuole concederli, ha ragione?**

Anche se la **maturazione delle ferie** è collegata all'effettiva prestazione di lavoro, queste possono maturare non solo in costanza dell'attività lavorativa, ma anche durante le assenze che sono equiparate al servizio effettivo, dalla legge o dai contratti collettivi. Questo principio è stato affermato da un'importante sentenza delle Sezioni Unite della Corte di Cassazione, riferita proprio alla maturazione delle **ferie durante la malattia**, che avviene regolarmente.

Per quanto riguarda, invece, la **fruizione delle ferie**, se la malattia del dipendente è breve non si verificano particolari problemi, mentre la situazione è più complessa nel caso in cui si verifichi una patologia che perdura nel tempo.

### Fruizione delle ferie

Bisogna innanzitutto considerare che la legge (il cosiddetto Decreto sull'orario di lavoro) stabilisce un minimo di **4 settimane** di ferie, delle quali due settimane devono essere obbligatoriamente godute entro l'anno, possibilmente di seguito e le restanti settimane devono essere fruite entro 18 mesi. I **contratti collettivi** possono prevedere disposizioni integrative e di miglior favore, come il CCNL Aran, per il comparto pubblico, che prevede la fruizione di **15 giornate** nel **periodo estivo** (1 giugno-30 settembre), riguardo alle ferie maturate nell'anno.

### Mancata fruizione delle ferie

Quando non è possibile rispettare il periodo minimo di **2 settimane** di ferie (o il diverso periodo previsto dalla contrattazione collettiva) nell'anno di maturazione per cause imputabili esclusivamente al lavoratore (come nel caso di assenze prolungate per maternità, malattia o infortunio), il datore di lavoro non può essere ritenuto **responsabile** per la mancata fruizione.

In queste ipotesi il datore deve concedere al lavoratore le 2 settimane di ferie minime nell'**anno di maturazione**, se il dipendente rientra entro l'anno stesso (se rientra nell'ultima settimana, ne concederà, ovviamente, una settimana soltanto, o l'eventuale minor numero di giornate). Nel caso in cui la ripresa del servizio avvenga nell'anno successivo, la parte di ferie per cui non è possibile il godimento infra-annuale deve essere accorpata alle due settimane ulteriori e fruita quanto prima, non oltre i **18 mesi successivi** o il diverso termine stabilito dalla contrattazione collettiva: è stato chiarito dalla Risposta ad un noto Interpello del Ministero del Lavoro.

## Sospensione del termine per il godimento delle ferie

Il termine di **18 mesi** per il godimento delle ferie residue, però, è **sospeso**, nel caso in cui si verifichi un'interruzione del rapporto di lavoro dovuto a malattia, infortunio o maternità: la durata della sospensione è pari al periodo di impedimento del lavoratore.

Il termine per il godimento ricomincia a decorrere dal giorno in cui il lavoratore **riprende l'attività** lavorativa (come chiarito da un noto messaggio dell'Inps).

Se, una volta terminata la malattia, è stato superato il **termine massimo** entro cui godere delle ferie, il diritto alla loro fruizione retribuita **non si estingue**: il lavoratore, difatti, ha comunque diritto a fruire delle ferie maturate una volta terminato il periodo di malattia. Lo ha confermato una famosa sentenza della Corte di Giustizia Europea.

Pertanto, quando si verifica una lunga assenza per malattia e successivamente il lavoratore riprende servizio, non vi sono dubbi riguardo al diritto alle **ferie residue**: il datore di lavoro è dunque tenuto alla **concessione immediata** delle assenze non godute.

## Conversione della malattia in ferie

È invece differente il caso in cui la ripresa del servizio non ci sia ed il lavoratore domandi di convertire l'assenza da malattia a ferie, per non superare il **periodo di comporto** (cioè il periodo entro il quale si ha diritto alla conservazione del posto).

In questa ipotesi il periodo di comporto può essere **interrotto** per effetto della richiesta del lavoratore di godere delle ferie già maturate (come confermato da diverse sentenze della Cassazione [6]), ma è necessario inoltrare la domanda al datore di lavoro prima che il periodo di comporto sia definitivamente scaduto e sorga in capo a quest'ultimo il diritto di recedere dal rapporto. Peraltro, il datore, anche se deve tenere in debita considerazione l'interesse del dipendente al posto di lavoro, non ha l'obbligo di convertire d'ufficio l'**assenza per malattia in ferie**, perché è libero di scegliere il periodo di ferie secondo le esigenze dell'azienda. Inoltre non esiste una regola di **automatico prolungamento** del periodo di comporto corrispondente ai giorni di ferie non goduti.

## Diniego delle ferie

Pertanto, anche se, a seguito del rientro in servizio dopo lunga patologia, sono negate le ferie, è sconsigliabile **riassentarsi** per malattia: si rischia, difatti, di oltrepassare il periodo di comporto.

Poiché, invece, si ha pieno diritto a fruire delle ferie, che sono **irrinunciabili** e non monetizzabili, è possibile **denunciare** l'illegittimo rifiuto della loro concessione. Il **diniego illegittimo**, difatti, non solo è sanzionato in via amministrativa, ma può anche provocare anche un **danno non patrimoniale** che il datore è tenuto a risarcire, collegato alla finalità delle ferie, cioè reintegrare le energie psicofisiche e partecipare alla vita familiare e sociale.

Il dipendente deve tuttavia dimostrare l'esistenza e l'entità del **danno** da usura psico-fisica e il collegamento fra questo e la **mancata fruizione** del periodo di ferie.

**UN LAVORATORE INFORMATO E' UN LAVORATORE TUTELATO**

**F.S.I.**

Federazione Sindacati Indipendenti

ROMA (00155) viale E. Franceschini, 73

Tel 06.42013957 Fax 06.42003671

[www.fsinazionale.it](http://www.fsinazionale.it)[info@fsinazionale.it](mailto:info@fsinazionale.it)

# Sanità24

Il Sole 24 ORE

[Dal governo](#)

## **Crea Sanità/ Performance dei Ssr: Veneto in testa al gruppo con Trento, Toscana e Piemonte. Campania maglia nera**

I Servizi sanitari di Veneto, Pa di Trento, Toscana, Piemonte con Performance nell'area dell' "eccellenza", Liguria, Valle d'Aosta, Abruzzo, Sardegna, Sicilia, Molise, Puglia, Calabria, Campania con Performance "critiche" e le restanti nell'area "intermedia". Sono i risultati presentati nella quarta edizione del ranking dei Servizi sanitari regionali, elaborata nell'ambito del progetto "Una misura di Performance dei Ssr", condotta dal Crea Sanità, il consorzio per la Ricerca economica applicata in Sanità dell'Università degli studi di Roma "Tor Vergata". Il progetto ha come obiettivo quello di contribuire alla valutazione della performance dei servizi sanitari e, parallelamente, anche allo sviluppo di metodologie di valutazione innovative. Si tratta, infatti, di un metodo di valutazione multi-dimensionale, che "media" le prospettive di cui i diversi stakeholder del sistema sono portatori. Il metodo di valutazione si avvale del competente contributo di un panel qualificato di rappresentanti di diversi stakeholder: "Utenti", "Management aziendale", "Professioni sanitarie", "Istituzioni" e "Industria medica". Oltre che della partnership, e al contributo incondizionato, offerto da un gruppo di aziende del settore medicale. Quest'anno il panel di esperti è stato ulteriormente ampliato fino a contare 83 componenti, così come il set di indicatori da cui son stati selezionati quelli ritenuti dal panel maggiormente rappresentativi della Performance dei Ssr. **Il metodo di ricerca 2016.** Il panel, che si è riunito il 22 giugno scorso, ha selezionato 12 indicatori, partendo da un set iniziale di 144, prescelti dal team di ricerca del Crea Sanità per le loro caratteristiche di standardizzabilità e rilevanza, poi ridottosi a 22 dopo una prima selezione effettuata a distanza dalla quale sono stati preselezionati quelli votati da almeno il 20% dei membri del panel. I singoli componenti del panel, adjuvati da un sistema informatico web-based sviluppato ad hoc dal Crea Sanità, hanno successivamente partecipato a un processo di elicitazione, prima delle preferenze in tema di utilità/valore attribuito ai livelli dei vari indicatori; quindi della potenziale "sostituibilità" del contributo che gli outcome prodotti dai diversi indicatori portano al risultato finale. Ogni membro del panel ha effettuato le valutazioni singolarmente, utilizzando procedure computer assisted; le risposte sono state elaborate da un applicativo (Logical decision®) che, mediante l'implementazione di funzioni di utilità multi-attributo, permette di produrre una sintesi, espressa da una misura unica di performance. Cinque indicatori erano stati già scelti nell'edizione precedente, quattro nella seconda e sei nella prima; "Spesa sanitaria totale pro-capite standardizzata" e "Quota ricoveri ospedalieri ordinari in acuzie con Drg inappropriati" sono indicatori ritenuti rappresentativi della performance in tutte le edizioni del progetto. Novità e conferme. Confrontando i risultati con quelli della precedente

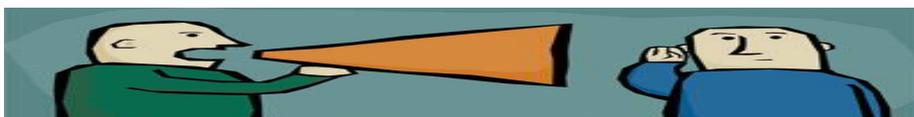
annualità, in questa quarta edizione, pur confermandosi l'importanza della Dimensione Sociale, si è osservata una riduzione del suo contributo, che è sceso al 24,4% (dal 27,6%). Di contro è continuato ad aumentare il contributo della Dimensione Esiti (27,0%) e quella Economico-Finanziaria che ha raggiunto il 24,1% (dal 20,5% nell'ultima edizione). Infine la Dimensione Appropriatezza passa al 25,2% dal 24,9% della precedente edizione. Per la categoria degli Utenti, Esiti e Appropriatezza contribuiscono per quasi il 55% alla misura della performance del sistema sanitario (30,2% e 23,6% rispettivamente); la Dimensione Sociale e quella Economico-Finanziaria, rispettivamente il 23,5% e il 22,7 per cento. Degna di nota la grande attenzione che in questa edizione gli Utenti hanno attribuito alla dimensione Esiti, che rispetto alla precedente ha guadagnato ben il 12 per cento. Le Professioni sanitarie danno importanza soprattutto al Sociale (27,5%), all'Appropriatezza (25,9), agli Esiti (23,9%) e, infine, dalla Dimensione Economico-Finanziaria (22,7%). Per il Management aziendale è la Dimensione Esiti che contribuisce in maggior misura alla Performance (26,8%), seguita dal Sociale (24,8%), dalla Dimensione Economico-Finanziaria (24,7%) e dall'Appropriatezza (23,8%). I rappresentanti delle Istituzioni sembrano invece attribuire maggior importanza alla Dimensione Appropriatezza, il 27,4%, poi agli Esiti con il 27,2%, alla Dimensione Economico-Finanziaria che ha raggiunto il 24,3% a fronte del 15,4% della precedente edizione). La dimensione Sociale contribuisce per il 21,1 per cento. Gli appartenenti all'Industria, analogamente a quanto espresso nelle edizioni precedenti, mantengono un atteggiamento di sostanziale neutralità fra le varie Dimensioni, attribuendo loro pressoché lo stesso peso. Analizzando i risultati negli anni, emerge chiaramente come il contributo delle singole Dimensioni vari nel tempo: come tendenza generale osserviamo che, a eccezione della categoria Industria, che ha mantenuto una attribuzione di neutralità alle dimensioni sin dall'inizio, per le altre stiamo assistendo a una progressiva riduzione delle differenze di peso attribuite alle diverse Dimensioni. Dalla seconda edizione in poi, riscontriamo come la Dimensione Sociale e quella Economico-Finanziaria abbiano ridotto il loro peso, cedendolo progressivamente a Esiti e Appropriatezza. In particolare gli Utenti hanno spostato negli anni la loro attenzione dal Sociale verso gli Esiti: fenomeno probabilmente associato allo sviluppo dell'empowerment dei pazienti. Per i Professionisti sanitari, Sociale e Appropriatezza si sono confermate essere le Dimensioni più importanti, a parte la parentesi, probabilmente attribuibile all'introduzione del decreto sulla Spending Review, che aveva spostato l'attenzione (anche dei Professionisti) sulla Dimensione Economico-Finanziaria (edizione del 2014). Il peso di tale Dimensione si è poi ridotto, probabilmente in parallelo alla luce della riduzione dei disavanzi economico-finanziari dei sistemi sanitari regionali, mantenendosi comunque al di sopra del 22% nelle ultime due edizioni. Per il Management aziendale è aumentata negli anni l'attenzione per il Sociale e gli Esiti: fenomeno, il primo, che proviamo a spiegare con l'ormai evidente difficoltà delle famiglie ad accedere alle prestazioni sociali, spesso a pagamento; difficoltà che il Management di un'azienda sanitaria si trova a dover comunque "gestire"; il secondo fenomeno è certamente legato alla sempre maggior presenza di sistemi di valutazione degli Esiti, che a cascata vengono ribaltati sugli obiettivi che il Management è tenuto a raggiungere. I rappresentanti delle Istituzioni hanno invece spostato negli anni la loro attenzione su Appropriatezza ed Esiti, riducendo quella per il Sociale; il fenomeno è probabilmente spiegabile con l'acquisizione di una crescente consapevolezza da parte delle Istituzioni della possibilità che l'intervento su quelle due aree automaticamente "liberi" risorse, riducendo così le problematiche sociali di rinuncia alle cure e gli elevati carichi sulle famiglie in termini di spesa sanitaria privata out of pocket. Gli appartenenti alla categoria Industria invece hanno coerentemente mantenuto negli anni un atteggiamento abbastanza neutrale, equi-pesando le quattro dimensioni della Performance dei Ssr. Posta pari a 1 la performance "ottimale", convenzionalmente definita come quella di un'ipotetica Regione capace di registrare i migliori livelli di performance individuati dal panel in tutti gli indicatori prescelti, l'indice complessivo di performance oscilla da un massimo di 0,63 del Veneto a un minimo di 0,33 della Campania. Si conferma anche in questa edizione un atteggiamento "prudenziale" da parte dei componenti del panel nella valutazione delle performance attuali, che porta a valutare il risultato migliore nell'ordine del

60% della performance “ideale”. Eccellenze. A quattro Ssr (l’area “dell’eccellenza”) è associato una misura di performance sensibilmente superiore al 57%, con modeste variazioni intra gruppo (Veneto, Pa di Trento, Toscana, Piemonte); seguono altre 8 (Friuli Venezia Giulia, Pa di Bolzano, Lombardia, Basilicata, Umbria, Emilia Romagna, Marche, Lazio), con livello abbastanza omogeneo e prestazioni nel range 52-55 per cento. Area flop. Per le ultime 9, convenzionalmente l’area “critica”, (Liguria, Valle d’Aosta, Abruzzo, Sardegna, Sicilia, Molise, Puglia, Calabria, Campania) si intravede uno “scalino” (negativo) della Performance, registrando valori che scendono progressivamente fino allo 0,33 dell’ultima. I gruppi non sono “nuovi”, ma è interessante notare che, ad esempio, una Regione gravata da un grave deficit come il Lazio, mediando le varie Dimensioni si ritenga abbia performance migliori di altre finanziariamente più “sane”. Date le differenti prospettive di cui sono portatori i differenti stakeholder, le valutazioni delle performance dei Ssr sono da considerarsi “medie” di valutazioni che si modificano a seconda della Categoria. Si noti che per alcuni Ssr la “posizione” rimane stabile indipendentemente dalla prospettiva della Categoria; per altri la posizione varia a seconda della Categoria presa in analisi, rimanendo però più o meno sempre nella stessa “area di merito”. Per questa ragione possiamo giudicarle valutazioni quantitativamente diverse, ma con un giudizio complessivo qualitativamente omogeneo. Dal punto di vista “Utenti”. Rispetto alla classifica generale, per gli Utenti il Ssr di Bolzano scavalca la Toscana, entrando nell’area d’eccellenza, e facendo passare quest’ultima nell’area intermedia. Il FriuliVG perde una posizione diventando sesta; il Ssr pugliese ne recupera due, non uscendo però dall’area “critica”. Restano invece invariate le ultime due posizioni di Calabria e Campania. Per le Professioni sanitarie le modifiche nel ranking risultano sostanzialmente “inter-area”. Rispetto alla classifica generale, la Pa di Bolzano perde tre posizioni, restando sempre nell’area intermedia, come anche la Lombardia che perde quattro posti e diventa undicesima. Per il Management aziendale si confermano la prima e ultima posizione; si registrano invece modifiche di posizioni, ma per nessun Ssr cambia l’area di afferenza. Per i rappresentanti delle Istituzioni, il Veneto mantiene la prima posizione, seguita poi da Trento e dalla Toscana. Il Ssr friulano perde due posizioni rispetto alla valutazione complessiva, restando comunque nell’area intermedia, e quello lucano ne perde cinque raggiungendo la tredicesima posizione ed entrando così nell’area “critica”. Nelle ultime tre posizioni, si registra un cambiamento nella terz’ultima posizione, con il Molise che prende il posto della Calabria, che balza al diciassettesimo posto. Un cambiamento rilevante riguarda il Lazio, che recupera ben sette posizioni, restando sempre nell’area intermedia ma in una posizione prossima all’area dell’eccellenza. La Basilicata recupera sei posizioni diventando seconda, mentre la Pa di Trento abbandona l’area di “eccellenza” entrando in quella intermedia. La Lombardia perde una posizione restando comunque nell’area intermedia. Complessivamente quindi il ranking dei Ssr varia, a seconda della prospettiva adottata, ma in maniera più significativa per le Regioni che occupano le posizioni centrali: Valle d’Aosta, Basilicata, Umbria e Marche. Fra le migliori il Veneto, che conserva la prima posizione in tutte le prospettive, mentre fra le ultime la Campania cede la posizione alla Calabria solo nella prospettiva dell’Industria. La Pa di Trento segue in generale il Veneto, anche se perde qualche posizione secondo le prospettive dell’Industria e delle Professioni sanitarie (che hanno dato più peso agli indicatori di spesa sanitaria che, com’è noto, registrano valori elevati nella Pa di Trento). La valutazione sulla Basilicata è notevolmente migliore secondo le prospettive dell’Industria e delle Professioni sanitarie. Le Marche sono valutate meglio della media dalle Istituzioni, le Professioni sanitarie e gli Utenti. Non possiamo non sottolineare come anche il diverso contributo delle varie Dimensioni di Performance si dimostri variabile nel tempo: dinamica coerentemente legata all’evoluzione del contesto istituzionale e politico. Quest’ultimo non sembra, invece, influenzare l’andamento della funzione valore dei singoli indicatori, ovvero del valore relativo attribuito alle determinazioni numeriche degli indicatori, che rimane stabile in quasi tutti gli indicatori (quattro su cinque di quelli confermatasi nelle varie annualità). In altri termini, rimane stabile il “valore” attribuito ai singoli indicatori, mentre è “dinamico” il peso relativo ad essi attribuito nella determinazione della Performance complessiva. Negli anni continuiamo ad assistere a un processo di

progressivo spostamento dell'“interesse” dall'efficienza tecnica verso le dimensioni dell'efficienza allocativa e della qualità. Il fenomeno è associato tanto alla crescente consapevolezza a livello politico del complessivo risanamento finanziario operato negli ultimi anni, in particolar modo nelle Regioni in piano di rientro, quanto alla crescente mole di informazioni disponibili sugli esiti e in generale sulla qualità dei servizi, che sensibilizza tutti gli stakeholder verso temi legati alla qualità delle risposte del sistema sanitario pubblico. In conclusione, giunti ormai alla quarta edizione, possiamo affermare come lo strumento implementato consenta una misura coerente e significativa delle Performance dei Ssr, che tiene conto tanto delle diverse “opinioni” dei diversi stakeholder del sistema, quanto dei cambiamenti indotti dalle modificazioni del contesto politico, ovvero delle priorità che lo stesso stabilisce. Nonostante i limiti, sostanzialmente legati all'impossibilità ad oggi di “coprire” alcune aree di assistenza, per effetto di una carenza dei flussi informativi, si conferma che la misura di Performance proposta può rappresentare uno strumento finalizzato ad incentivare il miglioramento e la crescita delle Istituzioni sanitarie, nonché a orientare gli interventi di politica sanitaria, ben rappresentando le multidimensionalità dei giudizi, le diverse prospettive degli stakeholder e la dinamica del contesto politico-istituzionale.

## **ASL SALERNO**

***Vi portiamo a conoscenza:***



**AVVISO IMPORTANTE**

**A TUTTI I LAVORATORI ASL-SALERNO**

**GRAN BAZAR FSI VALLO DELLA LUCANIA**

**RUBRICA ANNUNCI VARI**

**VENDESI/FITTASI MANSARDA ABITABILE A VALLO DELLA LUCANIA 60 MQ CON GARAGE – COMPOSTA DA INGRESSO CON ANGOLO COTTURA, DUE CAMERE E BAGNO, TERMOAUTONOMA CON CAMINO E CALDAIA A GAS. PER INFO: 3334614880**

**RADIO PUNTO NUOVO RICERCA RAPPRESENTANTI PER IL CILENTO, PER INFORMAZIONI CHIAMARE IL NUMERO: 337900122;**

# LA VIGNETTA DEL MESE





## SENTENZE LAVORO



In questa sezione troviamo prevalentemente le sentenze che riguardano il processo del lavoro. Ogni sentenza è accompagnata da una nota di commento che evidenzia i principali aspetti tecnico-giuridici delle singole fattispecie; per ogni provvedimento vengono richiamati alcuni precedenti giurisprudenziali di merito e legittimità, nonché gli eventuali progetti o disegni di legge sulla materia.

# Cassazione: diritto alla retribuzione anche per le festività non lavorate

Pubblicato il 25 Ott 2016



Con la sentenza n. **21209** del **19 ottobre 2016**, la Corte di Cassazione ha affermato che in caso di rifiuto, da parte del lavoratore, a prestare la propria attività lavorativa durante un giorno festivo, spetta, comunque, la normale retribuzione senza alcuna maggiorazione prevista in caso di lavoro (es. straordinario).

I giudici della Suprema Corte hanno evidenziato come il diritto del lavoratore ad astenersi dall'attività lavorativa in caso di festività sia pieno e generale, in quanto stabilito dalla legge, e non rilevano le ragioni che hanno determinato l'assenza di prestazione. In virtù di ciò, il trattamento economico ordinario è dovuto e non può essere negato da una disposizione di natura contrattuale.

## Secondo lavoro compatibile con assenza per malattia Licenziamento per giustificato motivo soggettivo e per giusta causa

La Corte di **Cassazione** conferma: l'assenza per **malattia** non compromette la possibilità di svolgere un **secondo lavoro** presso terzi, purché si possa dimostrare che questo è compatibile con lo stato di malattia e che non comprometta la guarigione, ovvero non ritardi il suo reinserimento nell'attività lavorativa principale (provocando un danno al datore di lavoro).

La sentenza n. 15989/2016 si pone in linea con precedenti pronunce della stessa Corte, ad esempio la [n. 23365/2013](#) con la quale era stato definito **illegittimo il licenziamento** di un lavoratore che, posto in malattia, aveva trovato un secondo lavoro che però non pregiudicava la guarigione.

**F.S.I.**

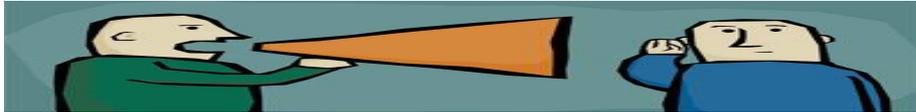
Federazione Sindacati Indipendenti

ROMA (00155) viale E. Franceschini, 73  
Tel 06.42013957 Fax 06.42003671

[www.fsinazionale.it](http://www.fsinazionale.it)

[info@fsinazionale.it](mailto:info@fsinazionale.it)

**ASL SALERNO**  
**Vi portiamo a conoscenza:**



**AVVISO IMPORTANTE**

**A TUTTI I LAVORATORI ASL-SALERNO**

**RENDICONTO ATTIVITA' RSU OTTOBRE 2016**

PRIMO INCONTRO CON LA DELEGAZIONE I PARTE PUBBLICA IL 19/10/2016 PER COMINCIARE A SVISCIARE TUTTI I PUNTI IN SOSPESO; PER IL DEFINITIVO REGOLAMENTO DELL'ORARIO DI LAVORO IL TAVOLO TECNICO SI E' RIUNITO IL 26/10/2016 ED HA EFFETTUATO UN ULTERIORE PASSO AVANTI VERSO IL COMPLETAMENTO DEL LAVORO.

PER L'ART. 44 COMMA 4, IL DR. AVITABILE AFFERMA DI INVIARE SUBITO L'ENNESIMA INTERPRETAZIONE AUTENTICA; PER LA FASCIA, IL SEGRETARIO CISL PROPONE DI ASSEGNARE LA FASCIA AL 01/01/2017, AI POCHI COLLEGGI CHE MATURANO L'ANZIANITA' DEI DUE ANNI DI SERVIZIO ENTRO IL 2016 ED A QUELLI CHE SONO STATI REGOLARIZZATI NEL 2016.

ATTENDIAMO INVECE, DOPO AVER SOLLECITATO ANCHE CON LA DR.SSA TROPIANO, LA RIPRESA DELL'ACCESSO NELL'ASL SALERNO DEGLI ART. 42/BIS, SOSPESI ORMAI DA PIU' DI UN ANNO.

TUTTO VIAGGIA MOLTO A RILENTO E NON CAPIAMO COME MAI!

**Il Segretario Territoriale**  
*Maria Teresa Esposito*

**ADERISCI ALLA:**  
**FEDERAZIONE SINDACATI INDIPENDENTI**

Per ulteriori chiarimenti o informazioni contattare il dirigente sindacale di riferimento presso la nostra Azienda Sanitaria Locale -Salerno o la :

SEGRETERIA DI VALLO DELLA LUCANIA

*Esposito Maria Teresa tel. 3334614880*

Moscatiello Loredana (P.O.Vallo)  
Castaldo Carmen (P.O. Sapri)  
Minghetti Massimo (D.S. Agropoli)  
Adinolfi Antonio (D.S. Cava de' Tirreni)  
Ronca Roberto (P.O. Vallo) - 3398366787

Brunetti Mimmo (D.S. 70 Agropoli)  
Mazzarella Maurizio (Psaut Agropoli)  
Grasso Concetta (U.O.S.M. Vallo)  
Buonadonna Andrea (D.S. 70 Agropoli)  
Luongo Pina (U.O.S.M. Salerno)