

d!

d!rigenza medica

7 Focus precariato
La situazione in Piemonte
e Campania

15 Tutela lavoro
Università e Ssn:
"clinicizzazione",
una prassi illegittima

Il mensile dell'Anaa Assomed

ANAAO ASSOMED
ASSOCIAZIONE MEDICI DIRIGENTI



Lo scenario economico del rinnovo contrattuale

L'Anaa Assomed,
numeri alla mano,
spiega tutti i passaggi
che hanno portato
allo scippo.

Nelle aziende un tesoretto di centinaia di milioni di euro?

NOVITÀ
QR CODE

**UN LINK
TRA CARTA
STAMPATA
E WEB**



La possibilità di accedere ai contenuti digitali con un semplice clic dal proprio telefono mobile. Scarica la APP del QR CODE sul tuo dispositivo, segui le indicazioni quando trovi il codice

Pat Carra per l'Anaa Assomed



Guarda
tutte le vignette
nel video
Anaa Web TV



Apri il lettore QR
code del tuo
dispositivo e
inquadra il codice
con il display per
leggerne il
contenuto.

IL MENSILE DELL'ANAAO ASSOMED

**d!rigenza
medica**

Sede di Roma:
via XX Settembre, 68
Tel. 06.4245741
Fax 06.48.90.35.23

Sede di Milano:
via D. Scarlatti, 27

dirigenza.medica@anaao.it
www.anaao.it

Direttore
Costantino Troise

Direttore responsabile
Silvia Procaccini

Comitato di redazione:

Eleonora Albanese
Claudio Auriemma Aurigemma
Giorgio Cavallero
Gabriele Gallone
Filippo Gianfelice
Domenico Iscaro
Mario Lavecchia
Giuseppe Montante
Domenico Montemurro
Cosimo Nocera
Carlo Palermo
Maria Parmeggiani
Giuseppe Ricucci
Alberto Spanò

Coordinamento redazionale

Ester Maragò

Progetto grafico e impaginazione



Edizioni Health Communication srl
Edizioni e servizi di interesse sanitario

Editore

Edizioni Health Communication
Via Vittore Carpaccio 18
0147 Roma
email: redazione@hcom.it
Tel. 06.59.44.61
Fax 06.59.44.62.28

Stampa

STRpress, Pomezia (Rm)

Registrazione al Tribunale di
Milano n. 182/2002 del
25.3.2002. Sped. in abb. postale
D.L. 353/2003 (conv. in L.
27/02/2004 n. 46) art. 1,
comma 1, dcb Roma

Diritto alla riservatezza:
"Dirigenza Medica" garantisce la
massima riservatezza dei dati
forniti dagli abbonati nel rispetto
della legge 675/96

Costo a copia: euro 2,50

Finito di stampare
nel mese di ottobre 2016

Contratto sì, contratto no... la terra dei cachi

DARIO AMATI
Responsabile
Regione Piemonte
e Coordinatore
Area Nord
Settore
Anaaio Giovani

Ebbene sì, avevano proprio ragione il buon Elio e le Storie Tese a definire così il nostro paese. Del resto la vicenda del nostro Ccnl è l'emblema dello scarsissimo rispetto che la nostra classe dirigente, se così possiamo definirla, ha per la gente che lavora.

Ormai gli anni di vacanza contrattuale si perdono nel precedente decennio e nella nostra memoria. Serviva una sentenza della Corte Costituzionale (n. 178 del 2015) per considerare ingiustificato (e soprattutto incostituzionale) il blocco della contrattazione collettiva nazionale stabilito dalla legge finanziaria che ne disponeva la sospensione per motivi economici, sospensione che veniva addirittura prorogata. Tuttavia quello che potrebbe essere il lieto fine di un incubo, nasconde il solito vecchio gioco delle tre carte all'italiana: contratto sia, ma senza arretrati... "e io pago" direbbe Totò. E noi medici infatti paghiamo e paghiamo anche tanto, soprattutto i giovani medici che sono invecchiati aspettando Godot. Ora ad un anno dalla sentenza della Consulta, l'Aran, con una gran sollecitudine, convoca le organizzazioni sindacali per iniziare a pensare a quella cosa che.... si chiama contratto. Bene. O meglio benino perchè la prima battaglia seppur vinta, è stata quella sulle aree contrattuali... ci hanno provato. Grazie soprattutto ad Anaaio Assomed e alla CosMed la specificità è salva. Ma quali altre isidie si nasconderanno nella scalata alla definizione del contratto? Il ministro Madia comincia a mettere le mani avanti: ... "i tempi saranno lunghi" asserisce a maggio 2016. Poi dichiara: "... aumenti economici, ma con aumento dell'orario di lavoro". Beh quest'ultima se la poteva evitare, soprattutto nei confronti dei medici che lasciano sul piatto ogni anno centinaia di migliaia di ore regalate alla collettività... ma guarda un pò. Cosa ci si poteva aspettare da un governo che ha promesso la lotta ai vitalizi e ai privilegi e che al contrario li mantiene intatti, ma continua a perpetrare tagli alla sanità pubblica?

In questo desolante scenario, cosa può aspettarsi un giovane medico da contratto di lavoro? Innanzi tutto il contratto stesso che è tutt'altro che scontato. Sicuramente dopo questa affermazione pleonastica, va detto che i giovani medici dopo anni di pesci in faccia, precariato spinto, contratti atipici, blocchi ingiustificati del turn over, si aspettano un contratto che offra una continuità tra il faticoso ciclo di studio e specializzazione ed il mondo del lavoro. Un sistema che a mezzo di "tutele crescenti" (non proprio come le intende Renzi) permetta di rendere più lieve la gobba pensionistica da un lato e più efficiente il sistema d'entrata nel mondo della professione.

In secondo luogo molte sono ormai le evidenze di un eccessivo carico di lavoro tale da non essere sopportabile oltre che a livello psicologico, anche a livello fisico. Il contratto dovrà esplorare assolutamente il tema congiunto carico di lavoro/organico, in modo chiaro, serio e possibilmente scientifico... molto intuitivo quanto apparentemente impraticabile per la nostra giovane repubblica delle banane. Già il contratto in essere ha come spirito di fondo il merito e la crescita professionale del professionista, peccato che nella realtà dei fatti spesso la graduazione delle posizioni si sia trasformata in un "agremant" concesso dall'alto, che non corrisponde di fatto alle capacità messe in campo dai professionisti che operano nel sistema.

In ultimo, ma non per importanza, visto che "pecunia non olet" ma ci permette di campare, il nuovo contratto deve mettere sul piatto una seria rivalutazione dei tabellari alla luce di anni di impoverimento reale del potere d'acquisto.

È per questo che vorrei che questo nascento contratto non ci induca a cantare ancora che l'Italia è.... la terra dei cachi.



SCENARIO ECONOMICO
CONTRATTUALE

L'Anaao Assomed, numeri alla mano, spiega nello studio che segue, tutti i passaggi che hanno portato a un vero e proprio scippo

Nelle aziende un tesoro di centinaia di milioni

A tanto ammontano le risorse dei fondi contrattuali delle aziende sanitarie, sottratte da recenti leggi, ma anche da errori di applicazione e interpretazione da parte delle aziende stesse. Risorse che rappresenterebbero una boccata d'ossigeno per il rinnovo del contratto, che non può fare affidamento solo su quanto metterà a disposizione il governo nella legge di stabilità.



A cura di
**GIUSEPPE
MONTANTE**,
Vicesegretario
Nazionale
e Responsabile
politiche
contrattuali
Anaao Assomed





soretto oni di euro?

“

“

In prossimità dell'apertura del tavolo nazionale per il rinnovo del Contratto Nazionale della Dirigenza del Ruolo Sanitario è necessario conoscere le nuove risorse economiche messe a disposizione dal Governo e/o dalle Regioni senza dimenticare quelle proprie dei fondi contrattuali, ancorchè sottratte in questi anni da disposizioni legislative illogiche e/o errori interpretativi.

Nuove risorse economiche

Il dibattito politico degli ultimi giorni lascia ancora nel mistero lo stanziamento economico da parte del Governo per i dipendenti Statali, compresi i medici e i dirigenti sanitari, con la Legge di Stabilità 2017. Si passerebbe dalla cifra irrisoria di circa 300 milioni di Euro, prevista dal DPEF, a circa 2,5 miliardi di Euro (dichiarazioni Ministri Poletti e Padoan) - 2,0 miliardi (dichiarazioni del Presidente Renzi) - 1 miliardo secondo gli ultimi rumors della stampa. Ne deriverebbe uno stanziamento economico per il rinnovo dei contratti dei dipendenti delle Aziende Sanitarie (600.000) che oscilla fra circa 240 e 600 milioni di Euro, di cui 78 - 180 destinati ai dirigenti medici (massa salariale di questi pari a circa il 31% di quella complessiva di tutti i dipendenti delle Aziende Sanitarie Pubbliche). Con la Legge di Stabilità si vedrà se le parole si tramuteranno in fatti e in che misura.

Risorse dei fondi contrattuali

Nel valutare le risorse economiche utilizzabili per il rinnovo contrattuale, è necessario ricordare quelle previste dai meccanismi del CCNL vigente e sottratte da disposizioni legislative incoerenti e/o da errori interpretativi a livello aziendale. Il non tener conto di queste risorse equivarrebbe alla loro rinuncia, ad una implicita validazione di tali errori e di tali disposizioni legislative e ad una accettazione della metodologia amministrativa e legislativa che li ha generati.

Tre sono le azioni più importanti utilizzate per sottrarre risorse economiche ai fondi contrattuali della dirigenza medica:

- 1. errata attuazione** al livello aziendale della disposizione dell'art. 9, comma 2bis, ultimo periodo della Legge 122/2010.
 - 2. arbitraria estensione** alla dirigenza del ruolo sanitario delle disposizioni contenute nell'art. 1, comma 236, Legge 208/2015 (Legge di Stabilità 2016).
 - 3. attuazione** al livello aziendale della disposizione legislativa di cui all'art. 9 quinquies, Legge 125/2015.
- Esaminiamo ciascuna di queste tre azioni, calcolandone nei limiti del possibile gli effetti economici e valutandone le possibili conseguenze, preferendo una stima per difetto.

1. Errata attuazione al livello aziendale della disposizione presente nell'art. 9, co. 2bis, ultimo periodo, Legge 122/2010

La disposizione legislativa prevedeva per ogni anno compreso fra il 2011 ed il 2013 una riduzione percentuale dei fondi contrattuali componenti la retribuzione accessoria pari alla riduzione stabile della dotazione organica di dirigenti medici e veterinari formalmente in servizio, confrontata per ciascuno di questi anni con quella presente nel 2010. In base al dettato letterale della norma legislativa, la decurtazione per il fondo di posizione doveva essere a carico solamente della quota parte afferente alla retribuzione accessoria (mediamente pari a circa il 30% dell'intero fondo di posizione). Invece, nella stragrande maggioranza delle aziende sanitarie, il calcolo della decurtazione percentuale del fondo di posizione è stato operato, in difformità al dettato legislativo, sull'intero fondo di posizione e pertanto anche sulla quota parte maggioritaria (70% circa) afferente alla retribuzione fondamentale.

Gli effetti di tale disposizione, in conseguenza del dettato del primo periodo dell'art. 1, comma 456, Legge di Stabilità 2014, sono stati poi estesi anche al 2014. Lo stesso comma ha inoltre sancito la storicizzazione, dal 2015 in poi, delle riduzioni dei fondi contrattuali afferenti alla retribuzione accessoria operate nell'anno 2014 per effetto delle disposizioni presenti nell'art. 9, comma 2 bis, Legge 122/2010.

Conseguenze economiche

Questa errata attuazione ha determinato due conseguenze economiche negative:

- 1. decurtazione** di gran lunga superiore a quanto dovuto del fondo di posizione variabile aziendale degli anni compresi fra il 2011 ed il 2014;
- 2. decurtazione** perenne (dal 2015 in poi) del fondo di posizione variabile aziendale in conseguenza del dettato del secondo periodo del comma 456 dell'art. 1 della Legge di Stabilità 2014.

Nel complesso si è determinata una forte riduzione annuale perenne del fondo di posizione variabile aziendale.

Quantificazione economica annuale del danno

Dai dati statistici ufficiali risulta:

Importo pro capite medio fondo di posizione (fondamentale + accessorio) **€ 18.000 circa**

Importo pro capite medio quota parte accessoria fondo di posizione **€ 5.400 circa**

Riduzione stabile dirigenti medici periodo 2011-2014 **€ 6.000 circa**

Riduzione nazionale annuale corretta parte accessoria fondo di posizione **€ 32,4 mil. circa**

Riduzione nazionale annuale errata parte accessoria fondo di posizione **€ 89,1 mil. circa**

**Totale danno annuale complessivo:
€ 56,7 mil. circa**

2. Arbitraria estensione alla dirigenza del ruolo sanitario degli effetti delle disposizioni dell'art. 1, co. 236, Legge di Stabilità 2016

L'estensione ai dirigenti del ruolo sanitario degli effetti del comma 236 dell'art. 1 della Legge di Stabilità 2016, previsti per i dirigenti del pubblico impiego afferenti al ruolo unico, malgrado la stessa Legge 125/2015 li escluda, ha comportato il blocco al 2015 del valore economico dei fondi contrattuali afferenti alla retribuzione accessoria, e una riduzione percentuale annuale degli stessi fondi pari alla riduzione stabile annuale della dotazione organica di dirigenti rispetto al valore 2015. Questa lettura estensiva determina due tipologie di conseguenze economiche negative:

- **mancato incremento** del fondo di posizione variabile aziendale da parte della RIA, resa libera dai dirigenti del ruolo sanitario in quiescenza nel 2016 e negli anni successivi;

- **stessi effetti** negativi per il fondo di posizione variabile aziendale, precedentemente descritti dall'applicazione del secondo periodo, articolo 9, comma 2 bis, Legge 122/2010.

La quantificazione economica del danno nel 2016 e nel 2017, e forse negli anni successivi, a carico del fondo di posizione variabile aziendale, quantificabile è:

per l'anno 2016 = **€ 48,22 mil. circa;**

per l'anno 2017 = **€ 92,43 mil. circa.**

È interessante notare che il comma 2 bis della Legge 122/2010, che ha massacrato i fondi, in realtà venne definito (come peraltro il comma 236 della legge di stabilità 2016) privo di effetti economici certi.

3. Attuazione al livello aziendale dell'art. 9 quinquies, legge 125/2015

La disposizione legislativa, modificando a posteriore ed in modo unilaterale il dettato del CCNL dell'Area della Dirigenza del Ruolo Sanitario, sottrae per sempre le risorse legate alla retribuzione accessoria, liberate dalla riduzione operata nelle Aziende Sanitarie Pubbliche entro il 31.12.2015 del numero di Unità Operative Complesse e Semplici, in ottemperanza alla disposizione legislativa che dispone l'adeguamento del numero di tali strutture agli indicatori programmatori nazionali. Nello specifico, viene sottratto in modo definitivo dal fondo di posizione variabile aziendale il differenziale fra la retribuzione di posizione quota parte accessoria, attribuita al dirigente medico responsabile dell'unità operativa prima della sua chiusura, e la retribuzione di posizione accessoria attribuita allo stesso dopo la chiusura, in seguito all'affidamento di una nuova posizione di graduazione inferiore. La valutazione di questa disposizione porta a un giudizio negativo per illogicità ed incoerenza.

Illogicità

Negli ultimi anni è in atto una forte spinta da parte del legislatore Nazionale e

Regionale a riorganizzare ed innovare l'organizzazione sanitaria pubblica ospedaliera e territoriale secondo nuovi modelli miranti a ad ottimizzare la spesa sanitaria e nel contempo aumentare l'accessibilità alle strutture, migliorare la qualità ed efficacia della risposta e ridurre il rischio organizzativo e clinico. Per attuare questa profonda trasformazione, occorre non solo il concorso di professionalità già esistenti e consolidate, ma anche l'acquisizione e lo stimolo alla crescita di nuove a cui affidare nuove responsabilità. Dinanzi a questo scenario già in atto, con tale disposizione vengono decurtate in modo illogico le poche risorse economiche già stanziare e già facenti parte della massa salariale spendibile, libere da impegni vincolanti di spesa ed utili a stimolare in iso-risorse queste nuove professionalità e responsabilità. Il paradosso della vicenda è che il danno economico (ritardo del processo di trasformazione ed ammodernamento) generato da questa disposizione legislativa è maggiore del risparmio conseguibile.

Incoerenza

L'articolo 22, comma 4, lett. D del Pat-

Segue a pag. 6

Servono risorse per Ssn e contratto: Anaa proclama lo stato di agitazione e minaccia lo sciopero

La Direzione Nazionale dell'Anaa Assomed, riunita a Roma il 16 e 17 settembre 2016, approva la relazione del Segretario Nazionale

La Direzione Nazionale considera estremamente preoccupante lo stato di crisi del Ssn, costretto tra definanziamento progressivo, federalismo di abbandono, mortificazione dei professionisti, iniquità crescenti a danno dei cittadini. Il collasso annunciato di un servizio sanitario nazionale e pubblico trascina con sé la fine del diritto alla salute, uno, indivisibile, proprio della persona, e del ruolo professionale dei medici e dirigenti sanitari, alle prese con peggioramento delle condizioni di lavoro, marginalizzazione dai livelli decisionali, livelli retributivi incompatibili con il peso e il rischio di un lavoro chiamato a rendere esigibile un bene costituzionalmente protetto. Continuano a mancare politiche sanitarie che diano il segno di un futuro alla sanità pubblica ed il Presidente del Consiglio continua a non dire quale posto assegna alla sanità nella agenda del suo Governo.

Il finanziamento a disposizione del rinnovo del contratto di lavoro, simbolico come ha riconosciuto lo stesso Presidente del Consiglio, si accompagna ad una demolizione dei contratti precedenti operata ogni anno dalle leggi finanziarie, che ha fatto sì che la riduzione numerica del personale non apportasse alcun beneficio ai fondi contrattuali fino a rendere le risorse accessorie a disposizione nel 2016 inferiori a quelle concordate nel 2010. In un far west di regole, un fai da te applicativo che non riconosce valore nemmeno alla legge.

I medici ed i dirigenti sanitari, specie i giovani, hanno già pagato un alto prezzo al risanamento dei conti in termini di valore assoluto e potere d'acquisto delle loro retribuzioni nonché di crescente disagio lavorativo. L'innalzamento dell'età media, giunta al vertice mondiale, e il lavoro notturno

oltre i 65 anni, si accompagna ad un abuso di contratti atipici ed una precarizzazione del lavoro, privando una intera generazione di certezza di vita personale e professionale. Il fallimento del sistema formativo universitario ha creato una sacca di medici privi di sbocco lavorativo e di possibilità di accesso alla formazione post laurea, terreno di coltura per caporali pubblici privati, che li utilizzano per garantire i servizi ed assicurare un formale rispetto della direttiva europea sull'orario di lavoro.

La Direzione Nazionale ritiene che senza risorse ulteriori non esistano le condizioni per un rinnovo del Ccnl che non sia peggiorativo dell'esistente, viste anche le voci ricorrenti di ennesima elusione dell'impegno ad un sostanziale incremento del fondo sanitario, se non di ulteriori tagli.

Il combinato disposto di scarso finanziamento, statale o regionale, e di depredazione continua dei fondi accessori, frutto di leggi finanziarie punitive fino all'accanimento, e di esecesi opportunistiche delle Aziende e delle Regioni, che persevera grazie all'articolo 9-quinquies della L.125/2015 ed al comma 236 della finanziaria 2015, depaupera le risorse contrattuali destinate a premiare il merito, remunerare il disagio e restituire valore al lavoro dei professionisti. Il rinnovo contrattuale deve avere come punto di partenza i fondi aziendali 2010 e la salvaguardia della RIA a partire dal 2016, prevedendo anche per il pubblico impiego la defiscalizzazione del salario di produttività ed i benefici del welfare aziendale. L'aumento di produttività non può avvenire a costo zero, ed il cronico problema delle liste d'attesa può positivamente giovare degli strumenti contrattuali esistenti opportunamente defiscalizzati.

La Direzione Nazionale ritiene che il disagio lavorativo vada adeguatamente remunerato, e sottoposto a limiti di età e carico di lavoro, perché incide negativamente sulla sicurezza

delle cure per i cittadini e per gli operatori, come episodi recenti dimostrano e la letteratura internazionale evidenzia. Le eventuali deroghe alla normativa sull'orario di lavoro non possono essere disgiunte dalla valutazione del tasso di stabilizzazione dei precari e dei livelli occupazionali

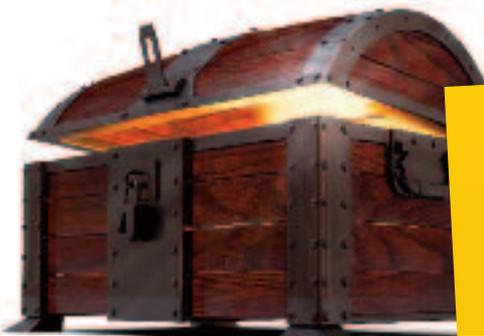
La Direzione Nazionale ritiene che possano costituire parole d'ordine della tornata contrattuale la valorizzazione del lavoro professionale, la limitazione del disagio lavorativo, l'estensione delle tutele a tipologie di lavoro diverse, la costituzione di profili di carriera professionale, che includano le esperienze da precari, pari a quelli gestionali.

La Direzione Nazionale ritiene necessario che la legge di stabilità si faccia carico delle esigenze di sostenibilità del Ssn e di un Ccnl che sia strumento di governo e di innovazione del sistema, oltre che di cambiamenti delle condizioni di lavoro che restituiscano dignità e sicurezza ai professionisti. A sostegno di tali esigenze dichiara lo stato di agitazione della categoria invitando le altre organizzazioni sindacali a concordare tutte le iniziative ritenute necessarie e mettendo a disposizione del Segretario Nazionale 72 ore di sciopero nazionale.

Infine, la Direzione Nazionale approva l'ordine del giorno (allegato) proposto dalle Segreterie regionali di Campania e Lazio e decide di avviare una campagna di iscrizione per i Medici e dirigenti sanitari dipendenti e specialisti ambulatoriali.



Apri il lettore QR code del tuo dispositivo e inquadra il codice con il display per leggerne il contenuto.



segue/ 3. Attuazione al livello aziendale dell'art. 9 quinquies, legge 125/2015.

to della Salute della Conferenza Stato Regione (luglio 2014) indica fra gli argomenti che dovranno essere definiti da una Legge Delega la: "Disciplina dello sviluppo professionale di carriera con l'introduzione di misure volte ad assicurare una maggiore flessibilità nei processi di gestione delle attività professionali e nell'utilizzo del personale nell'ambito dell'organizzazione aziendale". Il dibattito che si è sviluppato in merito ha poi sancito la necessità, condivisa da ambedue i Legislatori, di introdurre per i dirigenti del ruolo sanitario uno sviluppo di carriera prevalentemente professionale di pari dignità economica di quello già esistente a sviluppo prevalentemente gestionale. Gli effetti depressivi economici sui fondi contrattuali e sulle retribuzioni individuali determinati dal blocco dei contratti nazionali e della crescita della retribuzione individuale, nonché dalle disposizioni legislative sulla parte accessoria della retribuzione (co. 2 bis dell'art. 9 della Legge 122/2010), hanno determinato effetti negativi dal 2011 fino ad oggi su tutto il Pubblico Impiego, particolarmente pesanti però in valore percentuale e soprattutto assoluto per la Dirigenza del Ruolo Sanitario. Paradossalmente, le norme contrattuali innovative rispetto al resto del Pubblico Impiego, presenti nel CCNL di questa Dirigenza sono diventate moltiplicatori degli effetti depressivi economici.

In un contesto del genere, l'introduzione di norma legislativa mirata solamente ai dirigenti del ruolo sanitario come quella in discussione, viziata da forti dubbi di logicità e coerenza, ha il forte sapore di accanimento ideologico verso una categoria e di mancanza di equanimità

Conseguenze economiche

In concreto, il danno determina una significativa riduzione del fondo di posizione variabile aziendale. Le conseguenze dirette di un tale impoverimento del fondo sono:

- l'impossibilità a finanziare nelle aziende nuove posizioni di tipo professionali di elevata graduazione;
- la scomparsa della dinamica di carriera e quindi l'immobilismo.

Quantificazione economica del danno nel 2016

La quantificazione del numero di Unità Operative Complesse e Semplici abolite in Italia entro il 31 dicembre 2015, in applicazione aziendale degli indicatori è stimabile al 31.12.2015:

N. reale di U. O. C. abolite sul dato nazionale per effetto dell'indicatore 800 circa

N. stimato di U. O. S. abolite sul dato nazionale per effetto dell'indicatore 4.500 circa

Stima danno economico

Abolizione di U. O. C

L'abolizione di queste comporta la riduzione della quota parte del fondo di posizione aziendale afferente alla retribuzione accessoria delle seguenti voci:

Danno economico complessivo pro capite € 16.228 circa

Danno economico complessivo al livello nazionale € 13,0 mil. circa

Abolizione di U. O. S.

L'abolizione di queste comporta la riduzione della quota parte del fondo di posizione aziendale afferente alla retribuzione accessoria delle seguenti voci:

Danno economico complessivo pro capite € 9.038 circa

Danno economico complessivo al livello nazionale € 40,6 mil. circa

Danno economico complessivo

Danno complessivo annuale da abolizione 800 U. O. C. € 13,0 mil. circa

Danno complessivo annuale da abolizione 4.500 U. O. S. € 40,6 mil. circa

Totale del danno: € 53,6 mil. circa

Conclusioni

1. Le disposizioni legislative illogiche ed incoerenti e gli errori attuativi e interpretativi sopra ricordati hanno determinato una forte riduzione del fondo di posizione variabile, quantificabile per difetto in:

Anno 2016

Errata attuazione aziendale del dettato della disposizione dell'art. 9, co. 2bis, ultimo periodo della Legge 122/2010

€ 56,7 mil. circa

Errata estensione aziendale alla dirigenza del ruolo sanitario degli effetti delle disposizioni dell'art. 1, co. 236, Legge di Stabilità 2016

€ 48,22 mil. circa

Attuazione aziendale della disposizione art. 9 quinquies, Legge 125/2015

€ 53,6 mil. circa

Totale del danno € 158,52 mil. circa

Anno 2017

Errata attuazione aziendale del dettato della disposizione dell'art. 9, comma 2bis, ultimo periodo della Legge 122/2010

€ 56,7 mil. circa

Errata estensione aziendale alla dirigenza del ruolo sanitario degli effetti delle disposizioni dell'art. 1, co. 236, Legge Stabilità 2016

€ 92,43 mil. circa

Attuazione aziendale della disposizione art. 9 quinquies, Legge 125/2015

€ 53,6 mil. circa

Totale del danno € 202,73 mil. circa

2. Tale decurtazione del fondo di posizione variabile è aggiuntiva a quella conseguente all'attuazione corretta delle disposizioni legislative straordinarie di risparmio (art. 9, commi 1 e 2 bis della Legge 122/2010 e art 1, co. 456, Legge di Stabilità 2014) quantificabile per l'anno 2014 e seguenti in almeno 130 milioni annui e ne aggrava gli effetti sulla retribuzione accessoria.

3. Lo stanziamento economico per il rinnovo del CCNL, destinabile a regime alla dirigenza medica nelle 3 ipotesi (da 78 a 180 milioni annui circa) di cui si vocifera, risulterebbe inferiore alle risorse sottratte in modo unilaterale al loro fondo di posizione mediante disposizioni legislative illogiche ed errate attuazioni. Di questo, e soprattutto delle risorse sottratte in maniera arbitraria, si dovrà tenere conto nel nuovo CCNL della dirigenza del ruolo sanitario.



Campania

Intervista a Bruno Zuccarelli

“Difenderemo chi ha deciso di rimanere a lavorare in Regione”

Dopo la Calabria (DM n. 5/2016), l'Emilia Romagna, il Lazio e la Sicilia (DM n. 6/2016) è la volta di Campania e Piemonte.

In Campania, negli ultimi 10 anni con il blocco del turn-over sono nate le più svariate forme di precariato. Ma l'Anaaosì è battuta e si sta battendo per stabilizzare i tanti precari che hanno contribuito a portare avanti la sanità regionale.



BRUNO ZUCCARELLI
Segretario Regionale Anaaos
Assomed Campania

Dottor Zuccarelli quali sono gli scenari in Campania?

Il tema del precariato insieme a quello del sostegno ai giovani medici è stata la madre di tutte le battaglie che nostra Associazione ha portato avanti. Questo perché siamo partiti da un presupposto: chi ha deciso, con coraggio, di rimanere in Campania rinunciando alle sirene delle altre Regioni e di altri scenari internazionali, deve essere gratificato dalla nostra terra. In questi ultimi 10 anni con il blocco del turn-over abbiamo assistito alla nascita delle più svariate forme di precariato. Da un anno e mezzo abbiamo iniziato un percorso che avuto come obiettivo quello di non perdere nessuno dei precari attraverso un percorso step by step, graduale, proprio per arrivare a tesaurizzare queste esperienze inserite già da molto tempo nella rete assistenziale del Servizio sanitario regionale. Non dimentichiamo che, senza i tanti medici non stabilizzati, l'organizzazione, già deficitaria, andrebbe in tilt. Una situazione che la Campania non può permettersi. Questa Regione ha investito per formare nelle nostre Università tanti colleghi per poi perderli. Questo non è accettabile.

Ma quanti sono i precari in regione?

In base ad un'indagine dell'Anaaos-

somed Campania, fatta con ricognizione aziendale - il dato è quello aggiornato al 1 settembre dopo la stabilizzazione del dicembre dello scorso anno - ci sono poco meno di 1.500 medici precari. Il 12,5% circa sono borsisti presso Irccs-Aou, il 26,5% circa sono medici con avviso pubblico e a tempo determinato e il 61,5% circa hanno contratti con partita Iva.

Come è stato affrontato dall'Anaaos il tema della stabilizzazione?

Innanzitutto devo sottolineare che abbiamo voluto affrontare questo problema di intesa con tutte le altre Organizzazioni della Dirigenza. La logica del divide et impera poteva essere predominante con il rischio di aprire lotte fratricide fra aspettative diverse apparentemente con conseguenti ricorsi che avrebbero bloccato l'iniziativa. La capacità di questa Associazione è stata quindi quella di immaginare un percorso unitario sacrificando anche posizioni ed esigenze personali per far prevalere l'interesse unitario che è quello di dare risposte a pazienti ed ai colleghi. L'iter non è stato e non è facile, la tentazione di spaccature è sempre dietro l'angolo. La logica è stata quella di tenere la barra dritta, non perdere la calma ed avere chiaro di fare prevalere

l'interesse generale su quello del particolare. Abbiamo posto come obiettivo prioritario del progetto dell'Intersindacale quello della stabilizzazione dei precari, partendo da una circolare del nuovo Governatore, di intesa con gli uffici regionali. Ogni Azienda Sanitaria, con difficoltà enormi e con il rischio dei veti incrociati è stata impegnata a deliberare la stabilità di coloro che avevano i requisiti stabiliti dal Dpcm del 6 marzo 2015 con un'interpretazione estensiva dei diritti. Tutte le Aziende hanno deliberato in tal senso e abbiamo in questo modo cominciato a risolvere alcune grosse criticità. Il principio che abbiamo voluto applicare è stato: legittimità coniugata alla salvaguardia del sistema sanitario con risposte rapide

Prossime mosse?

Abbiamo chiesto ed ottenuto un tavolo regionale paritetico per proseguire nel percorso virtuoso iniziato. Cosa riusciremo ad ottenere? Questa è una variabile che dipende da tanti fattori, ma un obiettivo è chiaro: non vogliamo abbandonare nessuno dei colleghi che, sotto diverse forme di rapporto di lavoro ha creduto in questa Regione. I colleghi lo meritano, l'organizzazione non si può permettere il lusso di perdere storia e conoscenze.

Piemonte

Intervista a Mario Vitale

Un'isola felice

È una regione virtuosa il Piemonte, sul tema precariato sono state fatte scelte più oculate che altrove e la politica attuata, non ha privilegiato, come è avvenuto in altre Regioni, la stipula di contratti atipici più convenienti per le amministrazioni.



MARIO VITALE
Segretario
Regionale Anaaò
Assomed
Piemonte

Dottor Vitale, quali sono gli scenari in Piemonte?

Siamo particolarmente fortunati. Come ho potuto constatare proprio in occasione dell'ultima riunione della Conferenza permanente dei Segretari regionali dell'Anaaò, rispetto agli scenari di alcune Regioni dove lavorano svariate centinaia di medici precari con contratti non stabilizzati da molti anni, in Piemonte il fenomeno è decisamente ridotto. Il Dpcm del 6 marzo 2015 prevede procedure concorsuali riservate per il 50% personale del Comparto sanitario e della Dirigenza medico-sanitaria con un'anzianità superiore ai tre anni. La legge di stabilità 2016 ha ampliato la platea degli aventi diritto aggiungendo ai tempi determinati, anche i contratti atipici (co.co.co, co. co.pro. ecc.) e coloro che avevano maturato i tre anni di servizio utili anche non consecutivamente. In Piemonte i medici che potrebbero beneficiare di tale normativa, sono casi molto rari.

In numeri?

Secondo i dati forniti dall'Assessorato, alla fine del 2015, i dirigenti medici in servizio a tempo determinato erano, in tutta la Regione, 242 (222 a giugno del 2016). Nel 2015 gli assunti a tempo de-



terminato sono stati 221 (come a dire che quasi tutti hanno un'anzianità non superiore a un anno e si tratta quindi di coloro che effettuano sostituzioni di breve periodo e non rientrano nella categoria degli aventi diritto al concorso riservato previsto dal Dpcm). Per quanto riguarda i contratti cosiddetti atipici, non esistono invece dati ufficiali, ma dobbiamo considerare che il conto è complesso in quanto bisogna escludere i contratti a progetto o di studio definiti nel tempo e selezionare solo coloro che con contratti libero-professionali, svolgono da anni le mansioni degli strutturati. In ogni caso, rispetto ai tempi determinati, sembrano essere un numero ancora più limitato e in progressiva diminuzione.

Insomma siete sicuramente un'isola felice. L'Anaaò ha avuto un ruolo nel raggiungimento di questi obiettivi?

Negli incontri istituzionali con l'Assessorato alla sanità, sia in modo informale che ufficiale, non abbiamo mai cessato di insistere, anche prima del Dpcm, sulla necessità di sanare le posizioni di tutti i medici precari che svolgevano un'attività sovrapponibile a quella degli strutturati. E nella Deliberazione di Giunta del 25 maggio 2015 ab-

biamo letto con soddisfazione che: "... nella programmazione delle assunzioni le Aziende del Ssr dovranno attenersi ai seguenti criteri: ... privilegiare le assunzioni tese a ridurre le forme contrattuali atipiche nonché in coerenza con le disposizioni di cui al Dpcm 6/3/2015...". Ma devo sottolineare che, così come non si può negare l'impegno dell'Anaaò nella lotta al precariato medico, bisogna anche ammettere che nella nostra Regione, su questo argomento, sono state fatte scelte più oculate che altrove. Malgrado il Piemonte non sia ancora ufficialmente fuori dal piano di rientro (ogni volta andrebbe ricordato che il deficit della Sanità che ci relegò fra le regioni "spendaccione" derivò dal fatto che i fondi della Sanità vennero utilizzati per altri capitoli di spesa regionali, ma questa è un'altra storia...) la politica attuata, non ha privilegiato, come è avvenuto in altre Regioni, la stipula di contratti atipici più convenienti per le amministrazioni.

Ci sono altri obiettivi raggiunti?

A marzo del 2015 è stato annullato il blocco del turn over del personale sanitario che ora è consentito al 100% salvo il rispetto dei tetti di spesa. Questo ha aperto le porte a nuovi bandi concorsi (riservati o meno) e le posizioni dei precari sono state di solito stabilizzate. Mentre nel 2015 il numero di dirigenti medici è ancora diminuito, nel primo semestre del 2016, in Regione, sono stati assunti 203 medici a tempo indeterminato con un saldo attivo, di dirigenti medici in servizio, di 60 unità. Considerando che l'approvazione dei piani aziendali è avvenuta di recente, il trend positivo dovrebbe proseguire e, anzi, per un certo periodo di tempo, migliorare.

Ora a cosa puntate?

Ora i nostri obiettivi sono quelli di ricercare comunque quei casi, anche se rari, di mancata stabilizzazione della posizione dei dirigenti medici e sanitari in contrasto con le indicazioni del Dpcm. In ogni modo, su richiesta dell'Anaaò, i vertici della Direzione di Sanità dell'Assessorato, si sono mostrati disponibili a sottoscrivere un accordo con le Organizzazioni sanitarie impegnandosi a stabilizzare in maniera completa e definitiva i medici precari della Regione. Naturalmente quelli di vigilare affinché questa tendenza positiva non si inverta.

È inutile girarci attorno: la sfida per il Ssn, per il nostro welfare nel suo insieme, è in una parola: sostenibilità.

Questa sfida ci accomuna a tutti i Paesi evoluti che intendono conservare e garantire l'esistenza di un sistema sanitario che assicuri e migliori lo stato di salute individuale e collettivo di un Paese, come condizione per concorrere in misura determinante a sostenere anche la produttività e la stessa vitalità economica.

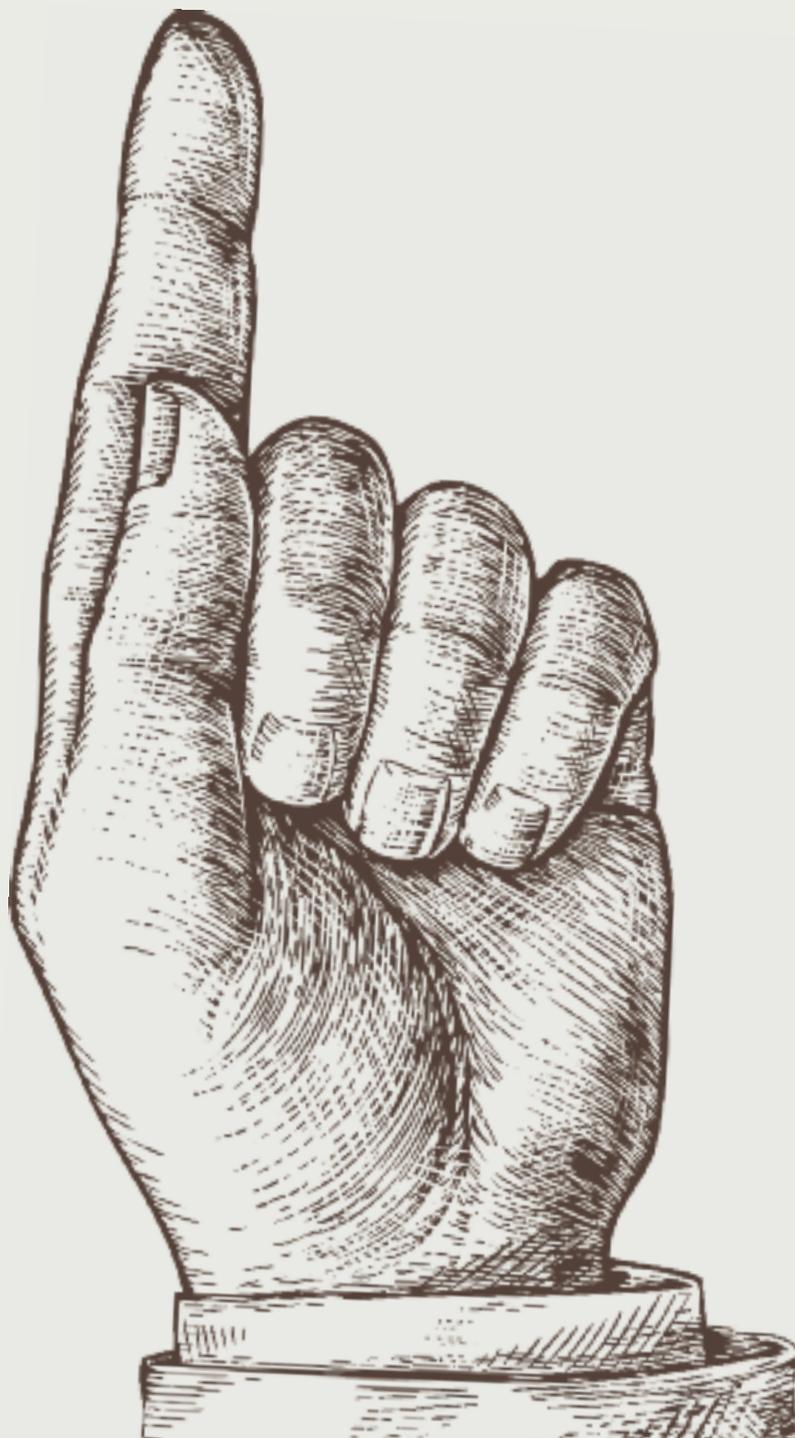
La sostenibilità del Ssn: un'iniziativa non rinviabile

L'Anaa ha avuto sempre la capacità di affrontare i problemi della categoria e della "dipendenza" in una visione globale; oggi, anche nell'obiettivo di garantire le condizioni politiche ed economiche necessarie per la qualificazione delle condizioni di vita e di lavoro dei propri associati, non può esimersi dall'approfondire e proporre nuovi modelli di organizzazione e gestione dei servizi sanitari nel loro insieme, per garantire con una visione strategica la sostenibilità del sistema e la disponibilità delle risorse per il comparto sanitario più sensibile: gli ospedali.

Del resto, non è solo un problema di quantità di risorse da destinare: nei Paesi evoluti la spesa sanitaria sta crescendo ad un ritmo doppio della crescita economica (1); nello stesso tempo desta meraviglia constatare che il livello di soddisfazione dei cittadini è spesso inversamente proporzionale all'incidenza della stessa spesa sanitaria sul Pil (2).

Soprattutto noi medici siamo consapevoli che la spesa per la sanità (al netto delle malversazioni e delle ruberie) si trova a dover far fronte costantemente a nuove condizioni patologiche che si accompagnano all'aumento della vita media con traguardi sempre più ambiziosi, all'incidenza di patologie croniche prevalentemente neurodegenerative e di smetaboliche, mentre la complessità delle tecnologie impiegate, l'immissione in terapia di farmaci innovativi e di costo elevato, le necessità assistenziali complesse delegate ai servizi del welfare richiedono disponibilità finanziarie ed economiche crescenti.

Questa crescente richiesta di prestazioni sanitarie e sociali, associata al rallentamento dello sviluppo economico e al necessario reclutamento di nuove risorse economiche richiede di ripensare alla sostenibilità del sistema prima che le necessità dei costi da tagliare, della razionalizzazione dei servizi e delle sirene che enfatizzano i vantaggi della parteci-



pazione diretta dei cittadini alla spesa sanitaria, finiscano per rendere sempre più difficile assicurare le risorse necessarie per garantire il dettato costituzionale.

Questo contesto richiede inevitabilmente a quanti hanno a cuore il valore e le conquiste dello stato sociale e della sanità in particolare di andare oltre le pur legittime rivendicazioni del proprio specifico (medicina di base/territoriale, ospedaliera, ecc.) per disegnare un nuovo modello assistenziale che, nel far salvi i principi e gli obiettivi di miglioramento della qualità dei servizi e delle prestazioni, garantisca gli effettivi bisogni di salute, che siano o meno compresi nei Lea. Dobbiamo cercare di approfondire i contenuti di un modello in grado di far leva su alcuni essenziali punti di riferimento intorno ai quali costruire una nuova modalità di erogazione della stessa assistenza sanitaria, sviluppando una iniziativa che faccia leva sul “decisore” pubblico per l’adozione delle misure necessarie attraverso un approccio diversificato.

La consapevole responsabilità dei cittadini per garantire la propria salute

È ampiamente riconosciuto che sono proprio gli stili di vita a favorire l’insorgenza e la cronicizzazione di una serie di patologie; la mancata adesione alle correnti indicazioni di prevenzione individuale e collettiva, oltre che agli screening sin dall’età infantile e adolescenziale, favoriscono l’insorgenza e la cronicizzazione di molte patologie.

Sulla base di dati recenti della Regione Europea, “circa il 60% del peso imposto da queste malattie prevenibili in termini di Daly (Disability Adjusted Life Years) può essere attribuito a sette principali fattori di rischio: pressione alta (12,8%), fumo (12,3%), alcool (10,7%), livelli elevati di colesterolo (8,7%), sovrappeso (10,7%), ridotta assunzione di frutta e verdura (4,4%) e scarsa attività fisica (3,5%)” (3). Anche nel nostro Paese non mancano indagini approfondite e simulazioni sulla possibile riduzione di spesa: tra queste, una recente ha calcolato una riduzione dei costi in termini reali di 8 miliardi di euro/anno attraverso interventi controllati di prevenzione rivolti soprattutto alla fascia di età dai 55 anni in su (4).

“La cura dei malati è una forma di assistenza molto costosa” (5); dobbiamo fare di tutto per rimodulare l’attività sanitaria spostandola su strategie assistenziali proattive, quali la prevenzione personalizzata, la previsione, la diagnosi/terapia precoce e la gestione delle patologie che può contribuire a creare e mantenere più sana la popolazione possibilmente ad un costo minore” (6).

Intorno a questo contesto dovrebbe essere riorganizzata l’attività della medicina e pediatria di base nella direzione di un potenziamento del livello territoriale di assistenza, e nella ricerca di indicatori di salute della popolazione assistita tali da attribuire indennità di risultato aggiuntive ai medici e ai pediatri, integrando la logica attuale di prestazioni aggiuntive, non finalizzate a risultati.

Questo livello di intervento sanitario dovrebbe coinvolgere in una visione sistemica i mezzi di informazione, la scuola, il mondo delle imprese, il comparto delle assicurazioni affinché stili di vita e outcome di salute diventino obiettivi dipendenti dalla consapevole responsabilità dei singoli utenti.

Questo intervento sistemico richiede una decisa e coerente volontà politica a livello nazionale e periferico, ma gli esempi positivi, anche nel nostro Paese, non mancano; basta fare riferimento al Progetto delle Health Cities lanciato dall’Oms e analizzare i progetti attuati dalle città italiane aderenti dove si sono realizzate forti sinergie fra le politiche del-



la salute e interventi strutturali e organizzativi delle Amministrazioni con risultati lusinghieri sulla qualità di vita e di salute delle comunità coinvolte.

La stessa Commissione delle Comunità Europee ha affermato che “le persone devono iniziare a prendersi cura attivamente della loro salute; la partecipazione ed il coinvolgimento dei cittadini e pazienti devono essere visti come valori chiave in tutte le attività legate alla sanità nella Comunità Europea” (7).

Questo coinvolgimento attivo dei cittadini/utenti richiede la messa a punto di una serie di indicatori di salute e deve prevedere meccanismi, anche di tipo economico, per stimolare la partecipazione attiva e consapevole alla salvaguardia della propria salute e alla prevenzione delle patologie croniche e delle loro conseguenze.

La qualità del lavoro degli operatori sanitari e sociali e la percezione del valore fornito dagli stessi medici e operatori sanitari

Accanto ai cittadini/utenti, gli altri protagonisti decisivi di questo new deal sono i Medici e gli Operatori sanitari che devono essere consapevoli del ruolo-chiave loro affidato: far percepire ai cittadini/utenti il valore della salute e la qua-



GIANFRANCO VISCI
Consigliere
Nazionale Anaao
Assomed

lità insostituibile del Ssn.

Se non lo faranno loro, saranno tutti quei servizi sanitari e operatori, già presenti in altri Paesi (“retail clinic”, centri chirurgici ambulatoriali, medicine complementari, ecc.) che, grazie anche ad una “accorta” capacità di promozione e di “consenso informato” contribuiranno a “ridimensionare” il valore del nostro welfare e, con esso, delle sue disponibilità economiche e finanziarie.

Gli operatori, con le loro competenze professionali, con la vicinanza e la qualità delle relazioni con gli utenti e con gli altri operatori a fare la differenza e a rendere i modelli assistenziali qualificati e adeguati alle aspettative dei pazienti/utenti.

Perché questo si realizzi, occorre intervenire con decisione su alcuni programmi:

- la formazione e l'aggiornamento professionale devono essere costanti e qualificati;
- pretendere ed utilizzare quanto la tecnologia informatica oggi già consente in ordine alla conoscenza del profilo sanitario degli assistiti e in ordine alla possibilità di assicurare la relazione con gli stessi;
- restituire agli operatori e alle loro rappresentanze competenze organizzative e decisionali, superando la subordinazione alle onnipresenti tecnostutture economico-finanziarie, i cui limiti sono sotto gli occhi di tutti.

Tutto questo richiede l'adozione di modelli organizzativi funzionali alle attività da svolgere e agli utenti da assistere, l'introduzione di criteri di valutazione dell'attività svolta (non di tipo punitivo, ma orientati a risolvere con modelli di “debriefing” gli aspetti deficitari e a promuovere e riconoscere i risultati ottenuti): tutto l'intervento deve essere orientato a stimolare il costante miglioramento con previsione certa di riconoscimenti professionali ed economici.

Del resto, resta sempre valida l'affermazione di Edwards che affida il successo di una organizzazione per l'85% alla qualità della stessa organizzazione e solo per il 15% alle competenze dei singoli professionisti.

Un capitolo non trascurabile da affrontare è quello degli “errori medici”: non possiamo ignorare che gli errori medici costituiscono in alcuni Paesi avanzati come gli Stati Uniti, la terza causa di morte, con conseguenze significative sul grado di “affidamento” degli stessi cittadini, oltre che una causa rilevante di contenziosi giudiziari e di oneri finanziari a carico dello stesso bilancio sanitario che potrebbero essere ridotti con beneficio per le disponibilità del Ssn (8).

Un modello organizzativo che utilizzi efficacemente le risorse disponibili e qualifichi le prestazioni attraverso indicatori di esito efficaci e trasparenti

In molte Regioni del nostro Paese ritroviamo servizi sanitari e strutture che si sono date “pagelle” di eccellenza in modo autoreferenziale, condizionando spesso l'allocazione di risorse umane ed economiche che non corrispondono efficacemente alle competenze vantate e alle capacità di riso-

“

I medici devono tornare ad essere i protagonisti del rapporto con i cittadini /utenti attraverso le loro competenze e la capacità di indurre comportamenti proattivi per la salute e per stili di vita positivi per la vita presente e futura

luzione delle malattie.

Accanto alla programmazione dei Servizi territoriali ed ospedalieri devono essere utilizzati e pubblicizzati “indicatori di esito” consultabili in rete in modo costante e trasparente e tali da favorire la scelta consapevole del luogo di cura da parte del cittadino/utente.

Questo è un criterio ineludibile per rilanciare la qualità delle prestazioni erogate ed evitare il ricorso a strutture e professionisti “non controllati” diffusi e pubblicizzati sulla rete e tali da determinare molto spesso spese sanitarie out of pocket e domani convenzioni e costi a carico del SSN.

Inoltre, come già accade per molti centri clinici del nostro SSN, Servizi e Strutture con “esiti di salute” qualificati e controllati potranno anche beneficiare di convenzioni e finanziamenti aggiuntivi, anche da parte di organizzazioni finanziarie private.

Ritengo che l'Anaa debba preservare il Ssn, qualificarlo e salvaguardarne la sostenibilità anche nel prossimo futuro, studiando nello stesso tempo le condizioni per assicurare le risorse per il “core” del Ssn e dello stato sociale; i medici, a loro volta, devono tornare ad essere i protagonisti del rapporto con i cittadini /utenti attraverso le loro competenze e la capacità di indurre comportamenti proattivi per la salute e per stili di vita positivi per la vita presente e futura.

Ma questi sono anche percorsi per essere protagonisti della politica sanitaria!



NOTE

1. Oecd health data 2005
2. Oecd health data 2007
3. da Aa.Vv. La prevenzione come elemento per la sostenibilità del Ssn. Fondazione Farmafactoring, 20124
4. Studio su dati HS-SISSI in Aa.Vv. La prevenzione come elemento per la sostenibilità del Ssn. Fondazione Farmafactoring, 20124
5. Oms 2005, Ginevra; “Preventing chronic disease: a vital investment”
6. Lohr Kn: A strategy for quality assurance. Washington DC, National Academy Press, 1990
7. Together for health: A strategic approach for the EU 2008-2013; oct 23, 2007
8. The Bmj 2016; 353: i2139 :Medical error-the third leading cause of death in the US

PNEI/epigenetica

Un diverso approccio medico legale per fare fronte alla rapida evoluzione scientifica nelle scienze della vita

La collaborazione tra la Commissione medico legale e la Commissione salute e sicurezza negli ambienti di lavoro e di vita dell'Ordine dei Medici ed Odontoiatri di Torino ha condotto (il 15 settembre 2016 presso Villa Raby, sede Omceo di Torino) alla organizzazione di un partecipato seminario che portava un titolo complesso ed articolato: "Modello epigenetico di interpretazione del rapporto genoma ambiente e approccio PsicoNeuroEndocrinoImmunologico (Pnei) sulla salute: i risvolti medico legali".

L'approccio Pnei alla salute, *inteso come approccio olistico all'essere umano non più separato in Corpo e Mente*, e le crescenti scoperte dell'Epigenetica, *intesa come diversa modulazione fenotipica del genoma a fronte di diversi stimoli ambientali di varia natura*, hanno acquisito negli ultimi anni sempre maggiori evidenze scientifiche e sono diventate la premessa ed il substrato sia clinico sia preventivo sia comportamentale di una rapida metamorfosi culturale e scientifica nell'ambito delle scienze della vita.

Sulla base di questa premessa è diventato urgente ed indifferibile un'analisi dei risvolti medico legali di tali novità.

Tra i medici legali, ma non solo, è diffusa la sensazione che la criteriologia del rapporto causale per tradizione nelle aule di tribunale sia diventato uno strumento storico nato nel secolo scorso e mantenuto per finalità prevalentemente didattiche che non assorbe la rapida evoluzione del sapere scientifico.

Esistono ormai altre evidenze scientifiche ed interpretative della patogenesi e della nosologia, in quanto l'attenzione dello studioso verte sempre più non già sulla malattia e sulla sua organizzazione nosologica riduzionista per apparati e sistemi, ma: sul malato inteso come unicum inscindibile di mente e corpo e sulle alterazioni della sua omeostasi intesa come delicato equilibrio Pnei/epigenetico.

Da sottolineare che tale presunta novità concettuale non deve intendersi come una creazione moderna, giacché fin dal XIX e dal XX secolo nella discussione giuridica e medico forense del danno si parla di riduzione della "integrità psico-fisica", senza separazioni qualitative e quantitative.

Stiamo quindi parlando di una sorta di "Ritorno al futuro" che deve però essere inquadrato tenendo conto del radicale, e per molti versi ineludibile, cambiamento economico, sociale, culturale e politico che stiamo vivendo a livello globale. In questa ottica, come è ormai evidente anche ai non addetti ai lavori, il modello scientifico-culturale (riduzionista, organica-sta, meccanicista), funzionale al modello di sviluppo "finan-



RICCARDO FALCETTA

Medico del Lavoro
Coordinatore
Commissione
ambientali di lavoro
e di vita Omceo -
Torino

Gli atti del convegno sono pubblicati sul sito <http://www.torinomedica.org/torinomedica/wp-content/uploads/2016/09/Seminaro-PNEI.pdf>

zcapitalista" (direbbe il compianto Luciano Gallino), attualmente egemone, per quanto in grave crisi, diventa assolutamente inadeguato.

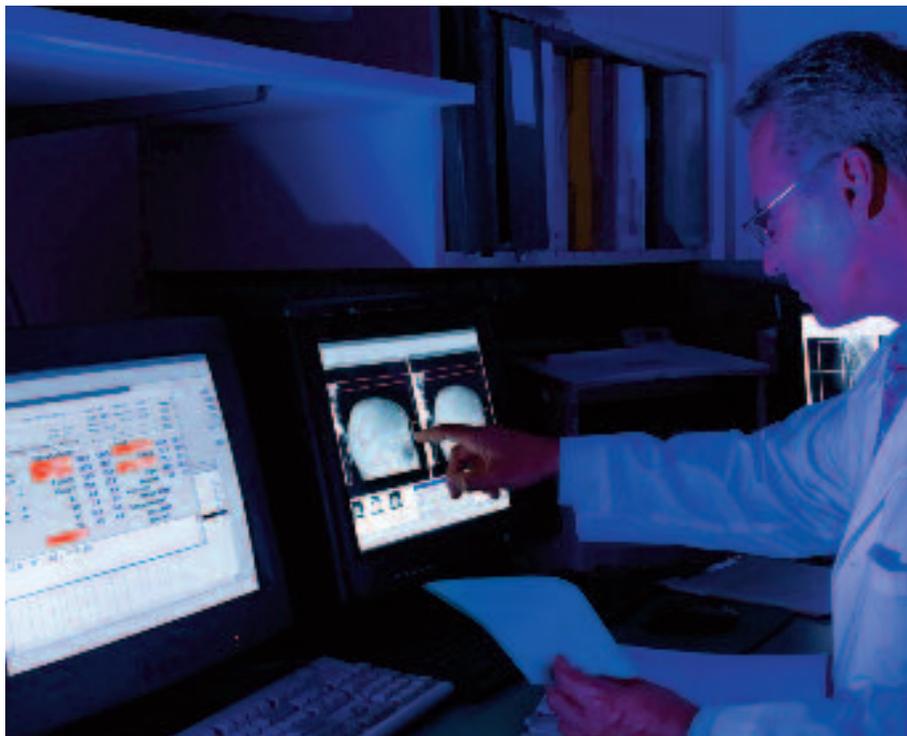
La logica mercatista della domanda e dell'offerta ha condotto alla omnimerificazione di tutta la realtà che ci circonda. Lo stesso concetto di salute, *che resta intesa come integrità psichica, fisica e sociale dell'essere umano*, è stato risucchiato dalla cultura scientifica medica dominante nel tritacarne della corsa indiscriminata alla prestazione tecnologica, frequentemente inefficace ed inappropriata, che coincide con l'attuale modello privatistico ed aziendalista della sanità.

Tale modello vede il prevalere delle ragioni meramente speculative, al limite della teologia dogmatica, della finanza e la sostanziale distruzione del concetto di essere umano, *inteso dalla finanza meramente come individuo atomizzato, scollegato dall'ambiente in cui vive*.

Per converso, l'essere umano, uguale a se stesso da alcune decine di migliaia di anni sul versante neuroendocrinologico, trova invece il proprio senso, la propria dimensione, la propria motivazione, la propria essenza ed il proprio ruolo, cioè, in sintesi, il proprio equilibrio psico fisico che, in ultima analisi, chiamiamo salute, nella comunità empatica di appartenenza. Occorre quindi sottolineare con decisione che i termini "Salute" e "Sanità" non sono sinonimi.

Emblematico che proprio il concetto di lavoro (*inteso come insieme di attività e di occupazioni non solo indirizzate alla produzione di merci, ma anche alla riproduzione ed alla ricreazione della vita comunitaria nel suo complesso*) sia stato ferocemente sbranato negli ultimi trent'anni, con conseguente ed importante sofferenza psico fisica della stragrande maggioranza delle persone che, di quel lavoro, vivono (o vivevano, verrebbe da osservare).

Per questi motivi si è ritenuto opportuno proporre un momento di ragionamento documentato tra specialisti che contribuisse a fare il punto sulle dissonanze ormai evidenti tra il vigente corpus di canoni medico legali e assicurativi e la rapida evoluzione del sapere scientifico a disposizione degli operatori sanitari. Tale evoluzione richiede fin da subito cambiamenti concettuali e adeguamenti normativi, in particolare in ambito assicurativo privato, nel settore previdenziale ed assistenziale della tutela al diritto alla salute.



Organizzazione

“

Appare necessario ridisegnare l'istituto della pronta disponibilità in base all'evoluzione tecnologica che è avvenuta dal 1983 a oggi



BRUNO NICORA,
Dirigente Medico
Asst - Provincia
di Pavia

Pronta disponibilità ed evoluzione tecnologica

L'istituto della reperibilità con contrattazione centrale e decentrata deve crescere allo stesso ritmo di risk management e telecomunicazione

La realtà amministrativa della sanità, con le sue esigenze, si trova a gestire la coperta strettissima del personale medico e si adottano strategie organizzative cercando di mantenere i servizi a "isorisorse". Un potenziale obiettivo, di tale condotta della gestione, potrebbe essere l'Istituto della reperibilità, che è materia di contrattazione decentrata, prestando il fianco a conflitti con le linee guida del risk management.

Il Dpr del 25/06/1983, redatto in tempi in cui la crisi economica era imprevedibile, traccia agli articoli ventiquattro e venticinque la pronta disponibilità considerandola un dispositivo provvisorio (in attesa di climi socioe-

conomici più favorevoli) e auspicando, di fatto, la presenza solo di guardie attive. L'art 24 (del suddetto Dpr) recita: "La presenza medica in ospedale ed in particolari servizi, commisurata alle effettive esigenze di servizio deve essere assicurata nell'arco delle 24 ore e per tutti i giorni della settimana mediante una opportuna programmazione dei servizi e una funzionale e preventiva articolazione degli orari e dei turni di lavoro mediante servizi di pronta disponibilità, integrativa di servizio medico di guardia attiva o sostitutiva di detto servizio, in attesa del superamento dell'istituto della pronta disponibilità stessa con le rideterminazioni degli organici in un rinnovato quadro socio-economico del Paese".

L'articolo 17 del Ccnl 2002/2005 al comma 1 ridefinisce l'applicazione della pronta disponibilità nel modo seguente: "Il servizio di pronta disponibilità è caratterizzato dalla immediata reperibilità del dirigente e dall'obbligo per lo stesso di raggiungere il presidio

nel tempo stabilito con le procedure cui all'art. 6, comma 1, lett. B), nell'ambito del piano annuale adottato dall'azienda o ente per affrontare le situazioni di emergenza in relazione alla dotazione organica ed agli aspetti organizzativi delle strutture". Si evince il concetto (non specificato in modo netto nel testo) che un medico in pronta disponibilità è dedicato a un solo presidio. Quindi nessuna azienda, in virtù di un risparmio, può con un medico duplicare contemporaneamente su due presidi la pronta disponibilità.

Finendo appare necessario ridisegnare l'istituto della pronta disponibilità in base all'evoluzione tecnologica che è avvenuta dal 1983 a oggi. La proposta potrebbe essere una trattazione separata disciplina per disciplina, a livello centrale, indicando le soluzioni operative più praticabili in "modo remoto" che potrebbero, legalmente e operativamente, coinvolgere un solo dirigente medico per più presidi. Il risparmio ottenuto andrebbe a incrementare il personale per le specialità che richiedono un'attività "bed side".

Un esempio: la promozione, in maniera uniforme, su tutto il territorio nazionale della radiodiagnostica. Tale attività medica, in regime di urgenza, è praticabile a distanza grazie all'informaticizzazione: utilizzando il sistema di lettura dell'immagine e produzione del referto validato elettronicamente (Dl 7 marzo 2005 n. 82 "Codice dell'amministrazione digitale").

Le Aziende Sanitarie, che hanno più presidi disposti su una geografia critica e con un flusso importante di accesso al pronto soccorso, avrebbero uno strumento valido che soddisfa la gestione del personale e la necessità clinica di diagnosi strumentale. La tecnologia corre velocissima e la contrattazione della Pronta Disponibilità centrale e decentrata deve necessariamente stare al passo con i tempi.

Riferimenti bibliografici:

Rapporti Istisan 10/44, Dpr 25 giugno 1983, n. 348, Ccnl 2002/2005

Ricerca

La ricerca no-profit: legislazione e compiti dei Comitati etici

Il rapporto Aifa sulle sperimentazioni cliniche sui farmaci, aggiornato al 2015, indica che il numero di studi promossi da istituzioni no-profit ha presentato una sensibile riduzione negli ultimi 5 anni.

La ricerca indipendente rappresenta una risorsa per il Ssn e ha lo scopo, da una parte, di offrire opportunità aggiuntive alle prospettive terapeutiche dei pazienti, dall'altra, di incrementare il rapporto costo/efficacia del Ssn. Il Dm 17 dicembre 2004, che rappresenta la normativa di riferimento per la sperimentazione *no-profit*, ha l'obiettivo di regolamentare l'esecuzione di studi clinici condotti senza fini di lucro, disponendo il possesso dei requisiti che consentano di qualificare la sperimentazione come *no-profit*. Oltre a richiamare la definizione generale di sperimentazione definisce le finalità non lucrative e di miglioramento della pratica clinica, stabilendo alcune caratteristiche che il promotore deve inderogabilmente possedere. A più di 10 anni dalla sua emanazione il Dm 17 dicembre 2014 potrebbe essere oggetto di revisione per quanto riguarda alcuni principi in esso contenuti, anche alla luce della nuova regolamentazione europea per la sperimentazione clinica che non prevede indicazioni specifiche per la ricerca non commerciale, se non un richiamo agli Stati Membri ad operare per incentivarla.

In tale contesto si ritiene che nel Decreto possa essere rivisto l'aspetto relativo alle finalità di utilizzo dei risultati, rimodulando la lettera d), comma 2, art. 1: "la sperimentazione non sia finalizzata né utilizzata allo sviluppo industriale del farmaco o comunque a fini di lucro". Infatti, in considerazione delle risorse investite nonché della partecipazione consapevole dei pazienti, non



sembra corretto che un risultato clinicamente rilevante ottenuto attraverso uno studio classificato come *no-profit* non possa essere utilizzato ai fini dello sviluppo industriale del farmaco. Alla luce di tali considerazioni, si dovrebbe privilegiare la definizione di "ricerca con Promotore *no-profit*" rispetto a quella di "ricerca *no-profit*", a sottolineare che l'elemento distintivo dovrebbe essere rappresentato dalle caratteristiche del Promotore piuttosto che dalla utilizzazione dei risultati della stessa. Il ruolo rivestito dal Ce nella classificazione di una sperimentazione come spontanea si evince chiaramente dalla lettera e) del comma 2, art. 1 del Dm del 2004: perché uno studio possa essere qualificato come *no-profit*, è necessario che il Ce competente ricono-

sca la rilevanza clinica della sperimentazione. L'Allegato 1 del Decreto prevede, non a caso, alla lettera C una serie di "verifiche necessarie da parte dei Ce per la connotazione di uno studio finalizzato al miglioramento della pratica clinica quale parte integrante dell'assistenza sanitaria e non finalizzato a scopi commerciali relativi ai medicinali sperimentati". Va da sé che un'errata valutazione da parte del Ce in merito ad una sperimentazione in realtà priva dei requisiti previsti dall'art. 1, comma 2 del Dm 17 dicembre 2004 comporta effetti non indifferenti: basti pensare alle spese e agli oneri sostenuti dall'Azienda Sanitaria, a quelle per il farmaco sostenute dal Ssn, al mancato pagamento del *fee* spettante al Ce per la valutazione dello studio, all'aumento dei possibili eventi risarcibili e dunque dei rischi se questi risultassero coperti dalla polizza aziendale, alla responsabilità del Promotore per la dichiarazione della natura *no-profit* non riconducibile alle condizioni e prescrizioni del Decreto *de quo*. Risultano invece notevoli i vantaggi per il Promotore collegati al riconoscimento della natura *no-profit*: a) l'esenzione dal pagamento della tariffa per l'esame della sperimentazione da parte del Ce; b) la possibilità di ricomprendere i rischi della sperimentazione nella copertura assicurativa dell'Azienda "prevista per l'attività clinica in generale o di ricerca della struttura" nei casi in cui l'Azienda abbia provveduto ad integrare in tal senso la copertura aziendale; c) le spese per i farmaci autorizzati all'immissione in commercio (Aic) ed utilizzati nell'ambito di tale autorizzazione che restano a carico del Ssn; d) le spese aggiuntive che gravano sul "fondo per le sperimentazioni" sempre se istituito dall'Azienda sanitaria. Da quanto sopra espresso risulta evidente quante siano le criticità che il Ce si trova ad affrontare nella valutazione degli studi *no profit*: la difficile identificazione dell'effettiva finalizzazione al miglioramento della pratica clinica di molti studi, studi di fase I/II su molecole nuove dal manifesto interesse industriale, la difficile interpretazione dell'art. 6 del Decreto che rimuove dai connotati dello studio quello del miglioramento della pratica clinica quale parte integrante dell'assistenza sanitaria, le erogazioni di sostegno finanziario da parte di aziende farmaceutiche mediante contratti recanti vincoli e condizioni in contrasto con il carattere indipendente dello studio, i costi per le polizze assicurative spesso difficilmente sostenibili da Promotori *no-profit*.



ARIANNA POMPEI
Esperto in
Giurisprudenza



ANTONIO FRITELLA
Farmacista



PAOLA GRAMMATICO
Direttore Uoc
Laboratorio di
Genetica Medica,
Università La
Sapienza,
Ao San Camillo
Forlanini

PNEI/epigenetica

Un diverso approccio medico legale per fare fronte alla rapida evoluzione scientifica nelle scienze della vita

La collaborazione tra la Commissione medico legale e la Commissione salute e sicurezza negli ambienti di lavoro e di vita dell'Ordine dei Medici ed Odontoiatri di Torino ha condotto (il 15 settembre 2016 presso Villa Raby, sede Omceo di Torino) alla organizzazione di un partecipato seminario che portava un titolo complesso ed articolato: "Modello epigenetico di interpretazione del rapporto genoma ambiente e approccio PsicoNeuroEndocrinoImmunologico (Pnei) sulla salute: i risvolti medico legali".

L'approccio Pnei alla salute, *inteso come approccio olistico all'essere umano non più separato in Corpo e Mente*, e le crescenti scoperte dell'Epigenetica, *intesa come diversa modulazione fenotipica del genoma a fronte di diversi stimoli ambientali di varia natura*, hanno acquisito negli ultimi anni sempre maggiori evidenze scientifiche e sono diventate la premessa ed il substrato sia clinico sia preventivo sia comportamentale di una rapida metamorfosi culturale e scientifica nell'ambito delle scienze della vita.

Sulla base di questa premessa è diventato urgente ed indifferibile un'analisi dei risvolti medico legali di tali novità.

Tra i medici legali, ma non solo, è diffusa la sensazione che la criteriologia del rapporto causale per tradizione nelle aule di tribunale sia diventato uno strumento storico nato nel secolo scorso e mantenuto per finalità prevalentemente didattiche che non assorbe la rapida evoluzione del sapere scientifico.

Esistono ormai altre evidenze scientifiche ed interpretative della patogenesi e della nosologia, in quanto l'attenzione dello studioso verte sempre più non già sulla malattia e sulla sua organizzazione nosologica riduzionista per apparati e sistemi, ma: sul malato inteso come unicum inscindibile di mente e corpo e sulle alterazioni della sua omeostasi intesa come delicato equilibrio Pnei/epigenetico.

Da sottolineare che tale presunta novità concettuale non deve intendersi come una creazione moderna, giacché fin dal XIX e dal XX secolo nella discussione giuridica e medico forense del danno si parla di riduzione della "integrità psico-fisica", senza separazioni qualitative e quantitative.

Stiamo quindi parlando di una sorta di "Ritorno al futuro" che deve però essere inquadrato tenendo conto del radicale, e per molti versi ineludibile, cambiamento economico, sociale, culturale e politico che stiamo vivendo a livello globale. In questa ottica, come è ormai evidente anche ai non addetti ai lavori, il modello scientifico-culturale (riduzionista, organica-sta, meccanicista), funzionale al modello di sviluppo "finan-



RICCARDO FALCETTA

Medico del Lavoro
Coordinatore
Commissione
ambienti di lavoro
e di vita Omceo -
Torino

zcapitalista" (direbbe il compianto Luciano Gallino), attualmente egemone, per quanto in grave crisi, diventa assolutamente inadeguato.

La logica mercatista della domanda e dell'offerta ha condotto alla omnimerificazione di tutta la realtà che ci circonda. Lo stesso concetto di salute, *che resta intesa come integrità psichica, fisica e sociale dell'essere umano*, è stato risucchiato dalla cultura scientifica medica dominante nel tritacarne della corsa indiscriminata alla prestazione tecnologica, frequentemente inefficace ed inappropriata, che coincide con l'attuale modello privatistico ed aziendalista della sanità.

Tale modello vede il prevalere delle ragioni meramente speculative, al limite della teologia dogmatica, della finanza e la sostanziale distruzione del concetto di essere umano, *inteso dalla finanza meramente come individuo atomizzato, scollegato dall'ambiente in cui vive*.

Per converso, l'essere umano, uguale a se stesso da alcune decine di migliaia di anni sul versante neuroendocrinologico, trova invece il proprio senso, la propria dimensione, la propria motivazione, la propria essenza ed il proprio ruolo, cioè, in sintesi, il proprio equilibrio psico fisico che, in ultima analisi, chiamiamo salute, nella comunità empatica di appartenenza. Occorre quindi sottolineare con decisione che i termini "Salute" e "Sanità" non sono sinonimi.

Emblematico che proprio il concetto di lavoro (*inteso come insieme di attività e di occupazioni non solo indirizzate alla produzione di merci, ma anche alla riproduzione ed alla ricreazione della vita comunitaria nel suo complesso*) sia stato ferocemente sbranato negli ultimi trent'anni, con conseguente ed importante sofferenza psico fisica della stragrande maggioranza delle persone che, di quel lavoro, vivono (o vivevano, verrebbe da osservare).

Per questi motivi si è ritenuto opportuno proporre un momento di ragionamento documentato tra specialisti che contribuisse a fare il punto sulle dissonanze ormai evidenti tra il vigente corpus di canoni medico legali e assicurativi e la rapida evoluzione del sapere scientifico a disposizione degli operatori sanitari. Tale evoluzione richiede fin da subito cambiamenti concettuali e adeguamenti normativi, in particolare in ambito assicurativo privato, nel settore previdenziale ed assistenziale della tutela al diritto alla salute.

clicca qui

per leggere gli atti del convegno sono pubblicati sul sito <http://www.torinomeditica.org/torinomedica/wp-content/uploads/2016/09/Seminario-PNEI.pdf>

Avv. Francesco Maria Mantovani
Consulente legale
Anaao Assomed

Università e Ssn “Clinicizzazione”, una prassi illegittima

La deroga al divieto di clinicizzazione costituisce quindi una previsione eccezionale, la cui portata applicativa non può essere estesa in via interpretativa al di là dei casi espressamente previsti e, quindi, non può diventare la modalità ordinaria ed indiscriminata di travaso dei docenti universitari nel Ssn

Nel nostro Paese si registra l'avanzare della prassi della cosiddetta “clinicizzazione”, attraverso cui l'Università, ormai satura e carente di risorse, soddisfa le aspettative di carriera del personale docente, ricollocandolo alla direzione delle strutture delle Aziende sanitarie, con palese ed ingiustificato danno per i medici ospedalieri. Tale palese pregiudizio è stato riconosciuto dalla stessa giurisprudenza, che ha sottolineato come la prassi della clinicizzazione determini “una sperequazione a favore del personale docente, che si trova in evidente posizione di favore, una volta acquisito lo status di direttore di una divisione o di un servizio ospedaliero, dato che tale personale rimane preposto alle funzioni di direzione, senza il superamento di qualsivoglia concorso e regole di progressione di carriera, a tutto detrimento dei medici che hanno sempre svolto funzioni nell'ambito della struttura, cui rimangono definitivamente precluse le aspettative di conseguire le funzioni apicali” (così, il Consiglio di Stato). L'illegittimità della clinicizzazione emerge chiaramente dalla normativa di ri-

ferimento, vale a dire dal D.lgs. 517/1999, il quale prevede che “la collaborazione tra Servizio Sanitario Nazionale e Università si realizza, salvo quanto previsto ai commi 4, ultimo periodo e 5, attraverso le aziende ospedaliere universitarie, aventi autonoma personalità giuridica, le quali perseguono le finalità di cui al presente articolo” (articolo 2, comma 1) e che “nell'atto aziendale di cui all'articolo 3 del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502 e successive modificazioni, sono altresì disciplinati, sulla base dei principi e dei criteri stabiliti nei protocolli d'intesa tra regione e università, la costituzione, l'organizzazione e il funzionamento dei dipartimenti ad attività integrata e sono individuate le strutture complesse che li compongono, indicando quelle a direzione universitaria” (articolo 3, comma 2).

In altri termini, la direzione, da parte dei docenti, di determinate strutture all'interno delle Aziende ospedaliere universitarie, necessariamente esclude che l'Università possa estendere il proprio bacino di attività nelle Aziende sanitarie, atteso che, in caso contrario, le disposizioni in esame avrebbero previsto l'ordinaria possibilità di costituzione di strutture complesse a direzione universitaria anche in queste ultime. Viceversa, la possibilità di estendere la collaborazione tra Università e Servizio sanitario nazionale anche alle Aziende sanitarie è limitata sempre dal D.lgs. 517/1999 esclusivamente al caso in cui “nell'azienda di riferimento non siano disponibili specifiche strutture essenziali per l'attività didattica” (art. 4, ultimo comma), ossia è subordinata alla circostanza oggettiva e rigorosa di una comprovata incapacità delle Aziende ospedaliere universitarie a soddisfare le esigenze didattiche ed assistenziali. Al riguardo, è stato chiarito che il divieto di clinicizzazione non è per nulla smentito da quest'ultima disposizione derogatoria che consente di “concordare l'utilizzazione di altre strutture pubbliche in caso di indisponibilità di specifiche strutture idonee nelle aziende suddette. E ciò per diverse ragioni: da un punto di vista letterale si osserva che il cita-

to comma V dell'art. 5 richiama espressamente le strutture individuate come complesse con l'atto aziendale di cui all'art. 3 comma II che si riferisce anch'esso alle aziende ospedaliere - universitarie di cui all'art. 2 ed alla loro organizzazione, e prevede l'espressa indicazione delle strutture a direzione universitaria” (in tal senso, ancora il Consiglio di Stato).

Eppure, la più recente giurisprudenza è orientata in senso diametralmente opposto.

Si giustifica la clinicizzazione delle Aziende sanitarie sull'altare delle esigenze di “efficienza e buona amministrazione” e si afferma che l'integrazione tra Università ed Aziende ospedaliere “rientra nella discrezionalità tecnica, di carattere organizzativo” delle Amministrazioni (così una recente pronuncia del Consiglio di Stato).

Viceversa, è un dato incontestabile che la discrezionalità tecnica delle Amministrazioni debba essere esercitata entro i limiti di legge. Affinché sia legittimo l'esercizio della discrezionalità tecnica, devono essere quindi rispettati i vincoli posti dalla legge e, più nello specifico, dal D.lgs. 517/1999.

Sempre, secondo la giurisprudenza in esame, il D.lgs. 517/1999 ammetterebbe in via generale la possibilità che la cooperazione tra Università e Servizio sanitario nazionale si realizzi anche presso le Aziende sanitarie.

Tale conclusione sovverte sostanzialmente il senso e lo scopo del D.lgs. 517/1999, il quale, come detto, consente l'affidamento, al personale docente universitario, dell'incarico di direzione di strutture operative ospedaliere solo in caso di assenza nell'Azienda ospedaliero universitaria di specifiche strutture essenziali per l'attività didattica.

La deroga al divieto di clinicizzazione costituisce una previsione eccezionale, la cui portata applicativa non può essere estesa in via interpretativa al di là dei casi espressamente previsti e, quindi, non può diventare la modalità ordinaria ed indiscriminata di travaso dei docenti universitari nel Servizio sanitario nazionale.



Pronto, avvocato?
Risponde l'ufficio legale Anaa Assomed

Sono un dirigente medico con contratto a tempo indeterminato. Ho vinto un concorso per un incarico a tempo determinato in altra Regione, ma la mia Azienda mi ha negato l'aspettativa. È legittimo?

In generale, la normativa contrattuale (art. 10, comma 8, lett. b, Ccnl 10.2.2004) riconosce al dirigente assunto a tempo indeterminato, il diritto ad un'aspettativa senza retribuzione per tutta la durata del contratto a tempo determinato presso altra pubblica Amministrazione. Dal tenore letterale dell'articolo ("è concessa...a domanda") si potrebbe dedurre che la suddetta aspettativa non abbia natura discrezionale, ma costituisca un vero e proprio diritto sog-

gettivo del dirigente, con conseguente obbligo per l'azienda di concederla al verificarsi delle condizioni previste dalla norma (tesi questa sostenuta anche dall'Aran). Ciò posto, tuttavia, va preso atto di un recente orientamento della giurisprudenza della Cassazione, successivamente ripreso anche da una parte della giurisprudenza di merito, secondo cui l'azienda sanitaria può legittimamente negare la richiesta di aspettativa del dipendente per svolgere un incarico a termine presso un'altra pubblica Amministrazione, ove dimostri che sussistano ragioni aziendali incompatibili con l'assenza temporanea del lavoratore. Di contro, qualora il diniego dell'azienda non fosse fondato su reali ed oggettive esigenze organizzative, la mancata concessione dell'aspettativa assumerà rilevanza sotto il profilo dell'inadempimento contrattuale, con possibilità per il dirigente di agire in giudizio al fine di ottenere un risarcimento dei danni subiti, anche a titolo di perdita di chance.



Le guardie a gettone devono essere considerate ai fini del computo della durata massima dell'orario di lavoro e del riposo giornaliero?

Le prestazioni richieste dall'azienda al dirigente allo scopo di acquisire attività aggiuntive integrative dell'attività istituzionale e/o per ridurre le liste d'attesa, tra cui le c.d. guardie "a gettone" (art. 55, comma 2 e 2bis, Ccnl 8.6.2000), devono essere considerate ai fini del computo della durata massi-

ma dell'orario di lavoro e del riposo giornaliero, in quanto, se pur formalmente di natura libero professionale, tali prestazioni sono strettamente correlate alle funzioni istituzionali dell'Ente e costituiscono, nella sostanza, una prosecuzione della normale attività dei dirigenti medici.

L'Azienda ha bandito un concorso riservando il 50% dei posti a disposizione alla stabilizzazione dei medici; per il restante 50% dei posti, può invece concorrere qualunque specialista. Il concorso è stato pubblicato senza aver espletato bandi di mobilità. È legittimo?

Il principio del previo esperimento delle procedure di mobilità rispetto al reclutamento di nuovo personale, previsto nell'ordinamento dall'art. 30 del d.lgs. 30 marzo 2001 n. 165, trova applicazione con riferimento alle procedure di concorso ordinario, ma non per quelle forme di reclutamento speciale dirette alla stabilizzazione del personale precario della pubblica amministrazione (sul punto, cfr. Circ. Funz. Pubb. n. 5/2013 e Consiglio di Stato n. 3513 del 14.7.2015). In altri termini, l'esigenza amministrativa di sanare l'utilizzo improprio di personale precario, attraverso specifiche procedure concorsuali di stabilizzazione, prevale rispetto al principio del previo esperimento delle procedure di mobilità, costituendone un deroga ammessa dall'ordinamento.



Professione & lavoro

Dall'assunzione alla pensione.
Istruzioni per l'uso della professione di medico e dirigente sanitario tra leggi e contratto.

Il concorso pubblico, i contratti di lavoro, l'orario, l'aspettativa, la mobilità, la pensione: una bussola per orientarsi nel percorso lavorativo con slide e brevi clip affidate al consulente legale dell'Associazione che spiega in video i passaggi più delicati.

Cos'è un concorso e come si svolge? Cosa c'è da sapere prima di firmare un contratto di lavoro? E se voglio cambiare azienda quali sono le regole per la mobilità? E quelle dell'orario di lavoro? E infine, quali sono i termini per andare in pensione?

Domande di routine per chi deve affrontare un percorso lavorativo, alle quali l'Anaao Assomed cerca di dare risposta nel lavoro che proponiamo in questa sezione: brevi e semplici slide suddivise per argomenti selezionati tra quelli di maggiore interesse, arricchiti anche da clip affidate al nostro consulente legale per spiegare in video i passaggi più delicati.

Apri il lettore QR code del tuo dispositivo e inquadra il codice con la fotocamera per accedere ai contenuti di Professione&lavoro



SISMA CENTRO ITALIA: DONA UN'ORA DI LAVORO

L'Anaao Assomed ha aderito alla raccolta promossa dalla Fnomceo.

Gli iscritti all'Associazione possono versare il valore economico di un ora di lavoro (30€) sul conto corrente attivato dalla Federazione

IBAN IT59M0200805240000104430752
causale **SISMA CENTRO ITALIA 2016.**

I fondi raccolti saranno utilizzati per ripristinare la regolare assistenza sanitaria nei territori colpiti dal sisma sulla base delle indicazioni che i Presidenti OMCeO delle province coinvolte forniranno.





anaao.news

**APPOSTA
PER TE!**

**IL MONDO ANAAO
NELLE TUE MANI.**

**SCARICA L'APP
SU APP STORE
O SU GOOGLE PLAY.**



Google Play and the Google Play logo are trademarks registered by Google Inc. in the United States and other countries. Apple and the Apple logo are trademarks of Apple Inc., registered in the United States and other countries. App Store is a trademark of Apple Inc.

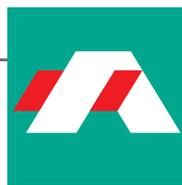
Apri il lettore qr code del tuo dispositivo
e inquadra il codice con il display per
scaricare la APP ANAAO



www.anaao.it



ANAAO
ASSOCIAZIONE



ASSOMED
MEDICI DIRIGENTI