Dirigenza Medica - Anno XV - n. 4 - 2016 - Poste Italiane Spa - Sped. in Abb. Postale D.l. 353/2003 (Conv. in l. 27/02/2004 n. 46) art. 1, comma 1, dr Commerciale Business Roma - www.anaao.it

Numero 4 - 2016

d!rigenza medica

6 **Indagine Anaao**
SOS sui turni notturni

10 **Dirigenza sanitaria**
Il fisico medico e le competenze digitali in sanità

14 **Tutela lavoro**
Libertà sindacale: il ricorso alla Corte Europea

Il mensile dell'Anaao Assomed

ANAAO ASSOMED
ASSOCIAZIONE MEDICI DIRIGENTI

Rinnovo del contratto

Intervista Massimo Garavaglia

Atto di indirizzo entro giugno, ma le risorse sono limitate

Il commento di Costantino Troise

Il rinnovo del Ccnl non sarà un pranzo di gala

Pat Carra per l'Anaao Assomed

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 maggio 2016

Intervista a Massimo Garavaglia
presidente del Comitato di settore Sanità delle Regioni

Atto di indirizzo. Arriverà al massimo entro giugno, ma le risorse sono limitate

"**Ritengo** che il mese di giugno possa essere individuato come termine massimo per l'elaborazione dell'atto di indirizzo". Parola del presidente del Comitato di settore Sanità delle Regioni e assessore all'Economia della Lombardia, **Massimo Garavaglia** che in quest'intervista affronta il tema dei rinnovi contrattuali e altro ancora. Sul tappeto ci sono questioni impellenti da risolvere che rendono indispensabile la tempestiva apertura delle trattative a partire dalla "ridefinizione della materia dell'orario di lavoro". Ma per il presidente del Comitato di settore bisogna "pervenire ad una nuova disciplina contrattuale che introduca le necessarie deroghe alle disposizioni contenute nel D.lgs 66/2003 pur nel rispetto dei principi della protezione e della sicurezza dei lavoratori". E ancora, serve una definizione più semplificata del salario accessorio e degli stessi fondi contrattuali, sia nella fase di erogazione che in quella precedente di costituzione delle risorse per lo stesso salario accessorio". È anche necessario effettuare la revisione del sistema degli incarichi e delle responsabilità per dare "una sistematica risposta contrattuale ad alcune 'contraddizioni' che si sono manifestate nel tempo a causa di una stratificazione di interventi contrattuali, del legislatore e della evoluzione delle professionalità". Certo, avverte Garavaglia "le risorse disponibili sono limitate e occorrerà trovarne utilizzando dei margini di riconversione di costi già in essere".

Assessore Garavaglia l'accordo firmato all'Aran sui Comparti e le Aree apre la strada al rinnovo dei contratti dopo circa 7 anni di blocco. Che tempi si prospettano per la stesura definitiva dell'Atto di indirizzo e per la convocazione delle Organizzazioni sindacali?

L'ipotesi di accordo firmata con le Organizzazioni sindacali lo scorso 5 aprile è ora al vaglio dei competenti comitati di settore per il parere previsto dal D.lgs 165. Come comitato Regioni –Sanità renderemo il parere il prossimo 4 maggio, segnalando, se gli altri colleghi del Comitato condivideranno, alcuni punti di criticità, da attenzionare nella prossima fase di avvio della contrattazione. Una volta esauriti i passaggi previsti dalla Legge, l'accordo sarà ufficiale e il Governo dovrebbe varare il Dpcm previsto dalla Legge di stabilità 2016 per la definizione del monte salari, dando così avvio alla contrattazione che consentirà ai Comitati di settore, per le par-

Il commento di Costantino Troise

"Il rinnovo del Ccnl non sarà un pranzo di gala"

L'intervista che ha rilasciato al mensile dell'Anaao Assomed Massimo Garavaglia, presidente del Comitato di Settore cui spetta emanare l'atto di indirizzo per il rinnovo del Ccnl, è istruttiva. Sia perché conferma la irrisorietà delle risorse economiche messe a disposizione del comparto sanità, e quindi del medici e dirigenti sanitari dipendenti, sia perché espone in pillole il pensiero ed il programma del Comitato che presiede.
Programma che appare decontestualizzato, fuori dal tempo, come se non venissimo da 7 anni di vuoto contrattuale che hanno taglieggiato le retribuzioni di Medici e dirigenti sanitari, da un blocco feroce del turnover che ha aumentato la loro età media al punto da costringerli, unici al mondo, al lavoro notturno fino a 70 anni, da milioni di ore di eccedenze del debito orario contrattuale non retribuite, grazie alle quali è stato impedito il collasso dei servizi sanitari e la migrazione di massa dei malati verso paesi stranieri, come fa l'Inghilterra. Esplicito nei cambiamenti da chiedere quanto oscuro sui cambiamenti da dare, Garavaglia esprime una logica unilaterale dello scambio contrattuale che affida ai rapporti di forza la soluzione dei problemi sul tappeto.

Segue

Intervista a Massimo Garavaglia
presidente del Comitato di settore Sanità delle Regioni

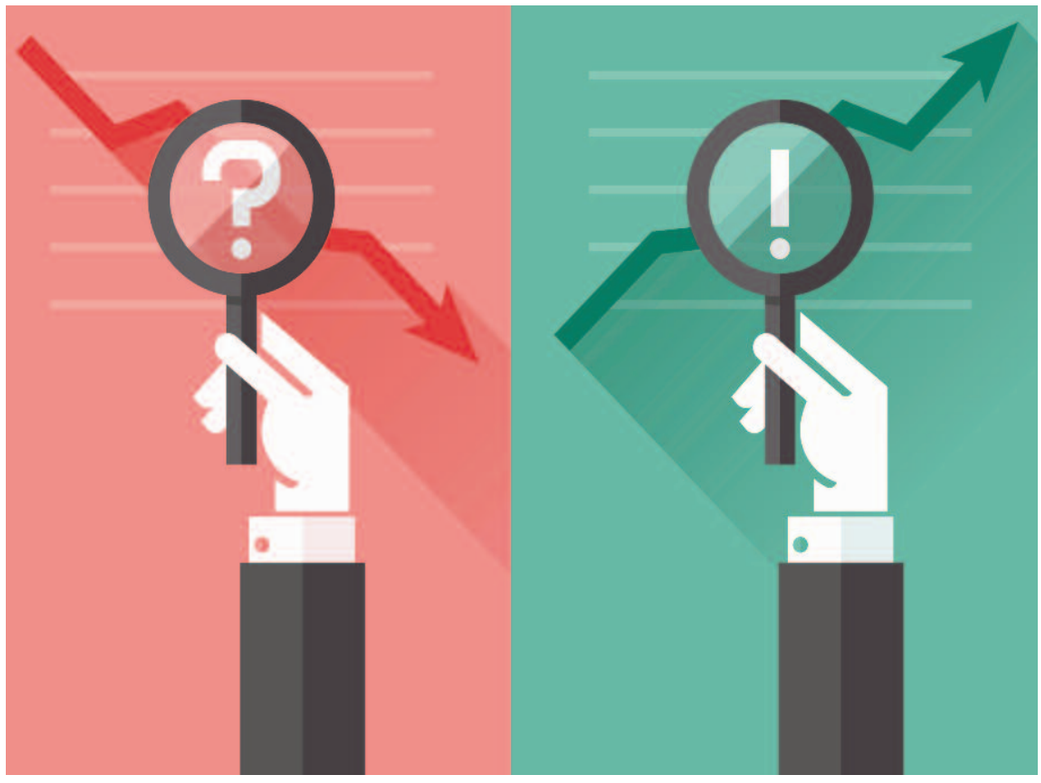
ti di competenza, di avviare formalmente l'istruttoria per l'elaborazione degli atti di indirizzo. Per quanto ci riguarda, per Regioni e Sanità, abbiamo già avviato una prima verifica tecnica delle problematiche e delle principali questioni da esaminare. Ritengo che il mese di giugno possa essere individuato come termine massimo per l'elaborazione dell'atto di indirizzo.

Il recente Def non sembra prevedere risorse economiche aggiuntive per il rinnovo dei contratti rispetto a quanto già finanziato nella Legge di stabilità. Un incremento medio dello 0,2% della massa salariale di circa 3,3 milioni di pubblici dipendenti non rischia di limitare la trattativa sul recupero di efficienza e produttività del settore? È difficile pensare all'innovazione e alla retribuzione del merito con così scarse risorse.

Non posso che confermare l'incremento previsto dalla Legge di stabilità, che il Governo sta definendo con il Dpcm attuativo della Legge di stabilità - ricordo deciso dal Governo - fissato in misura tale da non consentire, probabilmente, incrementi di efficienza e produttività del settore. Tenteremo di inserire delle misure di differenziazione maggiori nella distribuzione di risorse incentivanti il merito, fermo restando comunque il limite finanziario stabilito dal Governo, che comunque non può essere superato in sede di contrattazione collettiva nazionale né tantomeno da quella decentrata.

Sempre a proposito del Def, cosa pensa del ribaltamento sulla sanità pubblica di gran parte del contributo di Regioni e Pa alla manovra? Si prevede un taglio di 3,5 miliardi nel 2017 e di 5 miliardi dal 2018. La spesa sanitaria pubblica sul Pil scenderà al 6,5% nel 2019, un livello di allarme per l'Oms perché si associa ad un peggioramento della salute della popolazione e dell'aspettativa di vita.

A fronte delle disposizioni di cui al comma 680 art. 1 della Legge di stabilità 2016, che ha previsto per le Regioni un contributo alla finanza pubblica pari a 3.980 milioni di euro per il 2017 e 5.480 milioni di euro per ciascuno degli anni 2018 e 2019, è stata siglata l'intesa in Conferenza Stato –Regioni l'11 febbraio 2016 nella quale sono state stabilite le modalità di conseguimento degli obiettivi di finanza pubblica per un importo pari a 3.500 milioni di euro per l'anno 2017 e di 5.000 milioni di euro per l'anno 2018, rinviando la definizione del riparto del contributo residuo di 480 milioni di euro- su beni e servizi- a successive intese. Ai fini del raggiungimento del predetto contributo, ripartito tra le Regioni a statuto ordinario e a statuto speciale, il fabbisogno Sanitario Nazionale è stato rideterminato, sulla base della quota d'accesso definita in sede di riparto per l'anno 2015, in 113.062 milioni di euro per l'anno 2017 e in 114.998 milioni di euro per l'anno 2018. Ora stiamo definendo all'interno della Conferenza il contributo delle Regioni a statuto speciale. Pertanto, sebbene vi sia comunque un incremento del Fondo di 2 miliardi rispetto all'anno precedente, emerge chiaramente una progressione quasi geometrica degli tagli sui bilanci pluriennali regionali. Ai contributi alla finanza pubblica previsti dalla Legge di stabilità 2016, si sommano infatti anche i tagli derivanti dalle precedenti manovre pari a 4.202 milioni (di cui 2.000 milioni coperti con la riduzione del Fsn). Le Regioni e le Province autonome hanno rappresentato al Governo la necessità e l'importanza di proseguire la relazione istituzionale con il Parlamento e con il Governo per definire, innanzitutto, sul bilancio pluriennale (2017 - 2018 - 2019), in vista della prossima legge di stabilità, un approfondimento sulla effettiva sostenibilità dei tagli che sono ritenuti difficilmente sopportabili (poco realistici anche nella tempistica e modalità) e definire un programma di risparmi non lineare attraverso l'introduzione dei costi standard per tutti i livelli di governo (es: per la scuola; la giustizia; il fisco; le amministrazioni centrali e periferiche) e non solo per gli enti territoriali. I risparmi derivanti dai costi standard per l'esercizio delle funzioni regionali (es: sanità; trasporti; ecc.) devono essere mantenuti all'interno del comparto Regioni per lo sviluppo degli investimenti e della competitività. I recenti dati del Rapporto OsservaSalute mettono in risalto la diretta correlazione fra i minori finanziamenti ed i minori investimenti nella prevenzione e nelle campagne di screening oncologici; situazione, peraltro, differenziata fra le Regioni. L'impegno comunque delle Regioni resta sempre quello di garantire l'erogazione dei Lea.



> *Tenteremo di inserire delle misure di differenziazione maggiori nella distribuzione di risorse incentivanti il merito, fermo restando comunque il limite finanziario stabilito dal Governo, che comunque non può essere superato in sede di contrattazione collettiva nazionale né tantomeno da quella decentrata*

La Legge 161/2014 ha ripristinato per i dirigenti medici e sanitari italiani il diritto al riposo e al tempo massimo di lavoro settimanale. Secondo l'Anaao Assomed sono necessarie almeno 6mila nuove assunzioni di dirigenti medici per poter garantire l'orario europeo. La Legge di stabilità 2016 fa riferimento a risparmi regionali per trovare le risorse necessarie per le assunzioni ed il DEF 2017-2019 di fatto individua negli acquisti di beni e servizi e nel personale i settori dove effettuare i risparmi. Come ne usciamo?

Faccio rilevare, che a nostro avviso, c'è una incongruenza tra i risparmi individuati nel Def 2017/2018 rispetto alle esigenze correlate al ripristino al diritto al riposo giornaliero e al tempo massimo di lavoro settimanale previsto dalla legge 161 del 2014. Per garantire, infatti, le turnazioni ospedaliere, correlate a quelle disposizioni sarebbe ne-

cessario incrementare le unità di personale coinvolte nelle turnazioni. Dunque, il conseguimento dei risparmi a livello regionali, da destinare a tale scopo, dovrebbe essere incentrato maggiormente alle procedure e alle modalità di acquisto di beni e servizi che necessariamente devono essere sempre più centralizzate a livello regionale, con le modalità, peraltro, previsto dal nuovo codice degli appalti varato qualche settimana fa dal Governo.
Sicuramente andranno individuate anche soluzioni alternative alle assunzioni, nei nuovi contratti, prevedendo anche fattispecie di deroga ai riposi con le modalità peraltro già fissate dalla normativa europea e recepite nel D.lgs 66/2013.

Per quanto riguarda la questione degli orari di lavoro?

Le Regioni ed i Ministeri della Salute e dell'Economia hanno predisposto una circolare sulle indicazioni operative. È stato condiviso fra le Regioni di inviare le informazioni sul personale necessarie all'applicazione delle legge n. 161/2014 con particolare riferimento alle aree dell'emergenza urgenza e della terapia intensive suddivise per qualifica e profilo professionale.
Inoltre, sempre d'intesa con il Ministero della Salute è stato concordato di anticipare la definizione degli standard per il personale ospedaliero e territoriale al prossimo mese di maggio.
Le Regioni non si sono mai sottratte ad un percorso iniziato da anni, e da ultimo sostenuto nell'Intesa Stato Regioni del 2 luglio 2015 e nella legge di stabilità 2016, di razionalizzazione della spesa, di efficientamento del sistema e di appropriatezza delle cure.
L'individuazione concertata di leve e misure quali gli acquisti di beni e servizi, per i quali nella legge di stabilità 2016 si prevede l'avvalimento delle centrali di committenza regionali o della Consip; una stringente applicazione del Regolamento sugli standard ospedalieri, con la previsione della riorganizzazione della rete di offerta assistenziale con la riduzione di strutture complesse e di strutture semplici, di un efficientamento della spesa del personale: queste le azioni principali già in atto nelle Regioni.
I risparmi derivanti dalla manovra sui beni e servizi serviranno alle Regioni per far fronte anche all'erogazione dei nuovi Lea (800 milioni), dei farmaci innovativi (500 milioni), del Piano vaccini (300 milioni), del rinnovo del contratto del comparto sanità e della medicina convenzionata.
Il Ministro Lorenzin in un recente incontro con la Conferenza delle Regioni e delle Province autonome si è comunque impegnata a reperire con il Ministro Madia le risorse per il personale.

Al tavolo di trattativa le Regioni intendono chiedere deroghe agli articoli 4 e 7 del D.lgs 66/2003?

Come detto in precedenza ribadisco l'intenzione di poter confermare le deroghe già previste dalla normativa europea. Recentemente il Comitato di settore ha varato un Atto di indirizzo per l'attuazione dell'art. 14 comma 1 della l.n.161/2014, sostenendo che l'abrogazione delle deroghe legislative alla durata del periodo minimo di riposo e la contestuale decadenza di tutte le previsioni dei contratti collettivi in materia di riposi può rendere problematico se non impossibile in molte Enti del Ssn assicurare con il personale in servizio le prestazioni assistenziali e, in particolare, garantire i turni di lavoro ad invarianza di spesa come stabilito dal disposto legislativo, anche dopo l'attivazione delle misure dirette alla ottimizzazione delle risorse umane ed alla riorganizzazione e razionalizzazione delle strutture.
Ciò rende indispensabile la tempestiva apertura delle trattative tra l'Aran e le organizzazioni sindacali al fine di pervenire ad una nuova disciplina contrattuale che introduca le necessarie deroghe alle disposizioni contenute nel D.lgs 66/2003 pur nel rispetto dei principi della protezione e della sicurezza dei lavoratori. Risulta altresì opportuno che la contrattazione nazionale individui le ragioni che consentono di elevare, in sede di contrattazione integrativa, da quattro mesi a sei o a dodici mesi il periodo di riferimento per il calcolo della durata massima settimanale di quarantotto ore dell'orario di lavoro di cui all'articolo 4 del D.lgs 66/2003.

Quali altri aspetti normativi sono prioritari per il Comitato di Settore?

Ancora siamo in fase di analisi, certamente tra i primi argomenti la ridefinizione della materia dell'orario di lavoro a cui si aggiunge una definizione più semplificata del salario accessorio e degli stessi fondi contrattuali, sia nella fase di erogazione che in quella precedente di costituzione delle risorse adibite allo stesso salario accessorio.
Inoltre è necessario effettuare la revisione del sistema degli incarichi e delle responsabilità sia per l'area della dirigenza che per quella del comparto, con particolare riguardo alla indispensabilità di dare una sistematica risposta contrattuale ad alcune "contraddizioni" che si sono manifestate nel tempo a causa di una stratificazione di interventi contrattuali, del legislatore e della evoluzione delle professionalità. Questa operazione è diventata necessaria anche se le risorse disponibili sono limitate e occorrerà trovarne utilizzando dei margini di riconversione di costi già attualmente in essere. All'interno di questa logica va trovata la strada contrattuale per dare risposta anche a nuovi profili e professionalità emerse in questo lungo periodo di vacanza contrattuale (si pensi all'area socio sanitaria, ai ricercatori...).
Infine, accogliendo la proposta lanciata dal Ministro della Salute agli Stati generali della Ricerca sanitaria, lavoreremo insieme al Governo per definire un nuovo percorso professionale per i ricercatori, che rappresentano una figura chiave per il nostro Servizio sanitario nazionale.

Il commento di Costantino Troise

Segue

Per rispondere alle esigenze dettate dalla normativa europea sull'orario di lavoro, si preannunciano, con buona pace dei giovani, invece che nuove assunzioni, richieste di deroghe per prorogare un modello organizzativo fondato sull'uso intensivo del lavoro dei professionisti, come se fosse l'unico che le Regioni sono in grado di reggere. Oltre all'elenco dei tagli inferti dal Governo, e puntualmente scaricati sulla sanità pubblica, ed alla mitologia dei costi standard, lascia intravvedere Regioni impegnate nel solito piano di centralizzazione degli acquisti e di taglio delle strutture semplici e complesse, tutte rigorosamente del Ssn, che si guardano bene dall'effettuare il riordino della rete ospedaliera, necessario ma costoso sul piano elettorale.
Lo scenario che ci prospetta è una legittimazione del presente, fatto di deregulation imperante, assenza di relazioni sindacali, poche risorse economiche aggiunte e molte sottratte ai fondi contrattuali, cassa continua di Regioni non paghe di una applicazione ultra legem dei provvedimenti di Tremonti, un arricchimento illecito a scapito delle condizioni di lavoro dei dipendenti e dei diritti dei cittadini. E fiumi di parole su merito, produttività ed efficienza che vuol dire "zitti e lavorate".
Se il buongiorno si vede dal mattino, il rinnovo del Ccnl non sarà una passeggiata. E si capisce come e perché le Regioni, dopo avere normalizzato il costo della mitica siringa, si accingano a fare lo stesso con quello del lavoro dei professionisti, inseguendo uno standard di personale al ribasso e con meno tutele, con in mente l'idea di ospedali come caserme o catene di montaggio.
No, il rinnovo del Ccnl non sarà un pranzo di gala.

Firmato l'Accordo quadro su aree e comparti

Un contratto distinto per la Dirigenza medica e sanitaria

L'area autonoma della Dirigenza medica e sanitaria disporrà di un proprio contratto distinto. Saranno quindi quattro le aree contrattuali per i comparti della PA: Funzioni centrali, Funzioni locali, Istruzione e ricerca, e Sanità.
È questo il principale risultato ottenuto con la firma, avvenuta il 4 aprile scorso, dell'ipotesi di accordo quadro per la definizione delle aree e dei comparti, adempimento preliminare per la riapertura di tutti i contratti di categoria.
"È stata accolta la richiesta fondamentale della Cosmed e di tutte le sigle che la compongono con il riconoscimento della specificità della Dirigenza medica e sanitaria – ha commentato il Segretario Generale della Confederazione, **Giorgio Cavallero** – una lunga battaglia parlamentare e sindacale finalmente conclusasi positivamente. Adesso non ci sono più alibi o ostacoli normativi per la riapertura della stagione negoziale, fermo restando la necessità di adeguare le disponibilità economiche per i rinnovi contrattuali. È stata scongiurata la paralisi negoziale ed è prevalso il senso di responsabilità". Continueranno a far parte del contratto della Dirigenza sanitaria del Ssn anche i medici e i dirigenti sanitari delle Arpa. La Dirigenza delle professioni sanitarie è riconfermata nella Dirigenza sanitaria nei termini delle disposizioni di legge e dell'ultimo contratto normativo della Dirigenza sanitaria. Con nota a verbale Cosmed ha ribadito che in nessun modo l'accordo siglato può costituire ampliamento del perimetro di questa componente rispetto al dettato normativo e contrattuale vigente. Viceversa la Dirigenza tecnica, professionale e amministrativa del Ssn trova adeguata collocazione nell'area della Dirigenza delle Regioni e delle autonomie locali; le sigle della Dirigenza amministrativa di Regioni e Ssn mantengono la loro rappresentatività e tutte le loro prerogative negoziali in uno specifico e distinto contratto.
È stata ribadita la collocazione nelle aree dirigenziali dei medici e dei sanitari del Ministero della salute e degli enti pubblici (Aifa, Cri) nonché dei medici e dei sanitari che operano negli Enti pubblici non economici (Inail e Inps). Tutti questi soggetti faranno parte della Dirigenza delle Funzioni Centrali.

La mappa dei comparti e delle aree

Gli articoli dell'ipotesi di accordo per il triennio 2016-2018 per la sanità

Articolo 6
Comparto della Sanità

1. Il comparto di contrattazione collettiva della Sanità, comprende il personale non dirigente dipendente da:
   - Aziende sanitarie, Ospedaliere del Servizio sanitario nazionale;
   - Aziende ospedaliero-universitarie diverse da quelle indicate all'art. 5, comma 1, punto III;
   - Istituti zooprofilattici sperimentali di cui al decreto legislativo 30 giugno 1993, n. 270 e s.m.i.;
   - Istituti di ricovero e cura a carattere scientifico di cui al decreto legislativo 16 ottobre 2003, n. 288;
   - Azienda ospedaliera Ordine Mauriziano di Torino; Ente ospedaliero Ospedali Galliera di Genova; Aziende pubbliche di servizi alla persona (ex Ipab), che svolgono prevalentemente funzioni sanitarie; Residenze sanitarie assistite a prevalenza pubblica - Rsa; Agenzie regionali per la protezione ambientale - Arpa; Agenzia per i servizi sanitari regionali - Age.Na.S; Istituto nazionale per la promozione della salute delle popolazioni Migranti e per il contrasto delle malattie della Povertà - Inmp.

Articolo 7
Aree dirigenziali

1. I dirigenti delle amministrazioni pubbliche di cui all'art. I, comma I, disciplinati dai contratti collettivi nazionali relativi al rapporto di lavoro pubblico, ivi compresi quelli di livello dirigenziale generale, ove previsti dai relativi ordinamenti, sono aggregati, fermo restando quanto stabilito dall'art. 74, comma 3 del d.lgs. 150 del 2009, nelle seguenti autonome aree di contrattazione collettiva:
   A) Area delle Funzioni centrali;
   B) Area delle Funzioni locali;
   C) Area dell'Istruzione e della ricerca;
   D) Area della Sanità.
2. L'area delle Funzioni Centrali comprende i dirigenti delle amministrazioni del comparto delle Funzioni Centrali di cui all'art. 3, ivi inclusi i dirigenti delle professionalità sanitarie del Ministero della Salute di cui all'art. 2 della legge 3 agosto 2007 n. 120, e dai professionisti degli enti pubblici già appartenenti alla VI area dirigenziale.
3. L'area delle Funzioni Locali comprende i dirigenti delle amministrazioni del comparto delle Funzioni Locali di cui all'art. 4, i dirigenti amministrativi, tecnici e professionali delle amministrazioni del comparto Sanità di cui all'art. 6, nonché, in relazione a quanto previsto dalla legge n. 7 agosto 2015, n. 124, i segretari comunali e provinciali.
4. L'Area dell'Istruzione e della Ricerca comprende i dirigenti delle amministrazioni del comparto Istruzione e ricerca di cui all'art. 5.
5. L'area della Sanità comprende i dirigenti medici, veterinari e sanitari delle amministrazioni del comparto Sanità di cui all'art. 6, ivi compresi i dirigenti delle professioni sanitarie di cui all'art. 6 della legge 10 agosto 2000, n. 251, con esclusione dei dirigenti amministrativi, tecnici e professionali di cui al comma 3.

Nota a verbale Cosmed
Per dirigenti delle professioni sanitarie di cui alla legge 251/2000 si intendono, nel pieno rispetto delle vigenti disposizioni di legge e dei Contratti collettivi nazionali di lavoro, esclusivamente i vincitori di specifici concorsi dirigenziali svolti da soggetti in possesso dei requisiti di studio previsti dalla normativa per l'accesso alla Dirigenza.

Medici condannati a Bergamo

Cinque medici dell'ospedale Papa Giovanni di Bergamo sono stati condannati alla pena della reclusione di un anno per omicidio colposo. Una vicenda che si profila come un attacco al lavoro dei medici e in cui giudici e consulenti si alleano contro la professione.
È urgente che il Parlamento approvi in via definitiva il Ddl sulla Responsabilità professionale con le opportune correzioni chieste dall'Intersindacale

Il 14 marzo cinque medici dell'ospedale Papa Giovanni di Bergamo sono stati condannati alla pena della reclusione per un anno per omicidio colposo con una sentenza che, pur con il rispetto dovuto, lascia nello sconcerto il lettore.
Ciò che di questa sentenza colpisce, al di là dell'esito, a giudizio di chi scrive, ingiusto, sono i toni, a tratti sopra le righe e la severità inusuale con cui il Giudice arriva alla condanna. Non sono state concesse agli imputati né la sospensione della pena né le attenuanti generiche, che pure di solito accompagnano la condanna di un incensurato.
Ricordiamo brevemente la vicenda. Nel 2009, in seguito ad un trauma avvenuto per investimento di pedone, il paziente, poi successivamente deceduto , si reca al Pronto Soccorso degli allora Ospedali Riuniti di Bergamo, da cui viene dimesso il giorno successivo dopo essere stato sottoposto, tra l'altro, a una radiografia del rachide cervicale e ad una Tc di completamento per i metameri C6-D1 non visibili. Le dimissioni sono giustificate dagli esiti negativi degli accertamenti effettuati. La notte successiva il paziente torna per dispnea e viene nuovamente visitato e dimesso dopo essere stato sottoposto ad una radiografia del torace e ad esami di laboratorio, risultati negativi. Due giorni dopo torna nuovamente e viene ricoverato, ancora asintomatico dal punto di vista neurologico, dopo che ad una Tc del collo eseguita su richiesta dell'otorino per un senso di "disfagia alta" viene diagnosticata una lussazione di C5 su C6. Nei giorni successivi sviluppa una paraplegia che si estende sostanzialmente con una tetraplegia incompleta fino al decesso per infezione polmonare a distanza di tre mesi.
Dopo aver ripercorso le risultanze dei consulenti del Pubblico Ministero e del Gip, che concludevano, non senza significative esitazioni, per un nesso di causa tra le inadempienze dei colleghi, il Giudice si produce in giudizi davvero inusitati: "La negligenza è talmente grave, quasi da sconfinare nell'ignoranza, da condurre ad eseguire una Rx con il collare, quando era noto a tutti che con il collare la Rx non consentiva di dare all'esame un esito attendibile". Quindi non solo il Giudice da degli ignoranti ai colleghi ma, facendo tesoro delle discutibili asserzioni dei consulenti, giunge a concludere che è notorio che nei traumi la radiografia o la Tc cervicale si fanno senza collare.

STEFANO MAGNONE
Anaao Assomed Lombardia

In un altro passo della sentenza, quando vengono negate sia la sospensione della pena che le attenuanti generiche, si legge che "i profili di colpa sono talmente gravi da rendere impossibile una prognosi positiva sulla mancata futura commissione di reati colposi conseguenti alla ignoranza ed alla superficialità di questi medici".
Nel finale della sentenza il Giudice afferma che "l'imprudenza e la negligenza sono gravissime per dei medici del Pronto Soccorso. Il caso non era difficile, sarebbe stato sufficiente agire con buona fede applicando le notissime regole dell'arte medica". Chi scrive non è un esperto di diritto penale. Agli occhi di un profano è tuttavia impossibile non evidenziare i profili di un vero e proprio accanimento contro i colleghi. È particolarmente doloroso leggere giudizi sul proprio lavoro, qualificato come facile stando seduti ad una tastiera, da parte di chi non ha lontanamente idea di cosa significhi lavorare in un Pronto Soccorso che attualmente conta centomila accessi all'anno. Soprattutto sfugge dove stia il concetto di terzietà che dovrebbe contraddistinguere il Giudice dalle parti. In questa vicenda non sembra di vedere nulla di terzo ma un'unica linea di attacco contro il lavoro dei medici: giudici e consulenti si alleano contro i medici. Non si può, a questo riguardo, non far notare che tra tutti i consulenti solo quello di parte è un medico che "visita" i pazienti. Tutti gli altri, radiologi o medici legali, svolgono la loro attività davanti ad uno schermo o dietro una scrivania, con tutto il rispetto per la nobile arte della Radiologia e della Medicina Legale.
Nell'augurare ai colleghi una rapida e meritata assoluzione in Appello questa vicenda non può sfuggire per rinnovare il pressante invito al Parlamento perché approvi in via definitiva, con le opportune correzioni che l'Intersindacale ha chiesto, il Ddl sulla Responsabilità Professionale. I medici hanno il diritto di lavorare serenamente per curare i pazienti con tutti gli strumenti a disposizione, primo fra tutti la certezza di avere dalla propria parte giudici imparziali

Indagine Anaao Assomed

Turni di lavoro notturni.

I medici ospedalieri lanciano un Sos

Un medico del Belpaese, over 50 può arrivare a svolgere 5 turni notturni al mese nelle regioni meridionali. Se vive al nord, la media si ferma a 3. Gestisce circa 50 pazienti per ogni turno di notte, ma può arrivare a 200 e oltre, specie se lavora nel nord-ovest. La quasi totalità dei medici in turno notturno si è trovata con una certa frequenza a dovere fronteggiare contestualmente due urgenze cliniche

I numeri consegnati all'Anaao Assomed dall'indagine appena conclusa su un campione di oltre 1000 camici bianchi, descrivono un quadro allarmante, di rischio e di fatica, in cui il medico vive ogni giorno e ogni notte nell'esercizio della professione.
Non hanno nulla di virtuale, infatti, le conseguenze di anni di definanziamento della sanità, di blocco del turnover, di taglio dei posti letto. E quello che più preoccupa è toccare con mano il livello di in-sicurezza che deriva dai provvedimenti scellerati: dall'indagine è infatti emersa prepotente la scarsa considerazione delle strutture aziendali per la gestione del rischio clinico. Avere in affidamento oltre 100 pazienti per turno di guardia, con punte superiori ai 200, non può che diminuire la sicurezza delle cure, il rischio sia per il medico che per il paziente, mettendo a repentaglio anche la qualità dell'assistenza.
Alla domanda se l'aumento di mortalità denunciato dall'Istat nei mesi scorsi sia percepito da chi opera in ambito ospedaliero, il 49% ha risposto negativamente, il 37% non ha saputo rispondere e solo il 14% si è espresso in maniera affermativa. Analizzando nel dettaglio la risposta affermativa, si nota che i medici che hanno avuto maggiormente questa percezione operano nei presidi di medie-piccole dimensioni e che essa è prevalente nei medici sottoposti ad uno sfavorevole rapporto numerico medico/pazienti e ad un maggior carico di lavoro.
L'indagine ha messo in evidenza che, nonostante l'entrata in vigore della norma sul rispetto dell'orario di lavoro, il 44.7% degli intervistati supera il limite settimanale delle ore lavorative previsto dalla legge, e più della metà lavora extra orario senza alcuna remunerazione. L'entrata in vigore della Legge 161/2014 non è stata preceduta né accompagnata da necessari processi di riorganizzazione e di adeguamento della dotazione organica.
Numeri preoccupanti anche quelli che si riferiscono ai posti letto. I tassi di occupazione sono elevatissimi (nel 92% delle risposte) e l'appoggio del paziente in setting non appropriati è oramai un dato strutturale (rilevato nel 73% delle risposte). Le dimissioni dei pazienti sono spesso affrettate (59% delle risposte) e con scarso coordinamento ospedale/territorio, testimoniato in maniera emblematica, dal non aver ricevuto notizie dopo averlo dimesso, dell'avvenuta morte di un paziente terminale da parte della famiglia e/o del medico di medicina di generale. Il 45.38% non ha ricevuto mai alcuna informazione, il 39% raramente e solo il 15,61% ha risposto affermativamente. Filtrando i dati per specialità, si osserva come solo nei reparti oncologici si evidenzi un elevato feedback (70%) da parte dei familiari e/o dell'assistenza territoriale, rispetto per esempio ai reparti di Geriatria (19% circa) e di Medicina Interna (12%), nonostante anche qui vi siano frequentemente dimissioni di malati terminali.
Per quanto riguarda il tempo di evasione di un ordine di farmaci e/o devices il 45% afferma di avere il dispositivo entro le 24 ore, il 27.5% entro una settimana e solo il 22% in meno di 12 ore. La situazione peggiore si osserva nelle Regioni del Centro dove la percentuale degli ordini evasi entro la settimana è dichiarata da quasi il 40% dei responders. Il ritardo nella fornitura dei farmaci/devices è indice di inefficienza organizzativa e di elevato rischio di compromissione della qualità dell'assistenza, per il conseguente ritardo nelle cure al paziente.
Sono numeri che dovrebbero far riflettere chi Governa e che ha il compito di intervenire per cambiare verso, commenta il Segretario Nazionale dell'Anaao Assomed Costantino Troise, ad una sanità pubblica avviata, anche attraverso il peggioramento delle condizioni di lavoro dei suoi Medici, lungo un piano inclinato che la porterà a curare i poveri destinando gli abbienti le magnifiche sorti del sistema privato ed assicurativo.

I dati sono stati elaborati da: Chiara Rivetti (Segreteria Anaao Assomed Piemonte), Andrea Rossi (Responsabile Anaao Giovani Veneto), Gabriele Romani (Anaao Giovani Emilia Romagna), Fabio Ragazzo (Direttivo Nazionale Anaao Giovani), Salvatore Donatiello (Anaao Giovani Emilia Romagna), Maurizio Cappiello (Consigliere Nazionale Anaao Giovani), Ilaria Vescarelli (Anaao Assomed Umbria), Silvia Romano (Anaao Assomed Veneto), Claudia Pozzi (Responsabile Anaao Giovani Toscana), Tania Serri (Consigliere Aziendale Anaao Assomed Emilia Romagna), Tiziana Attardo (Anaao Assomed Sicilia), Paola Gnerre (Direttivo Nazionale Anaao Giovani), Domenico Montemurro (Responsabile Nazionale Anaao Giovani), Carlo Palermo (Vice Segretario Nazionale Vicario Anaao Assomed)

Turni di lavoro notturni

Grafico 1. Quanti pazienti sono affidati alle tue cure in un turno di guardia notturno?

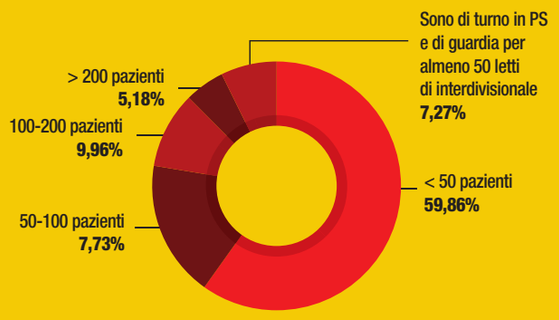


Grafico 2. Il tuo orario di lavoro medio settimanale supera il limite di 48 ore previsto dalla normativa europea sull'orario di lavoro in vigore dal 25 Novembre 2015?

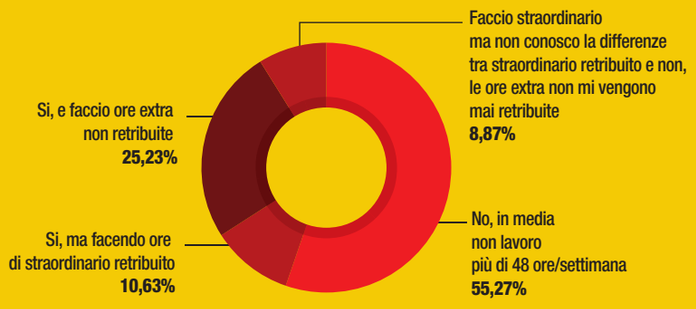


Grafico 3. Ti capita di dover ricoverare i pazienti in appoggio fuori reparto?

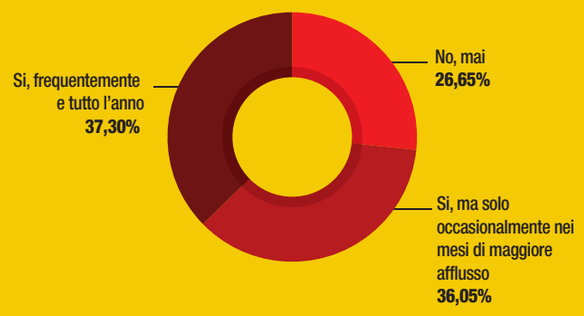


Grafico 4. Nel tua Unità Operativa accade che vi sia più del 10% del totale dei letti libero ed inutilizzato per oltre 24 ore?

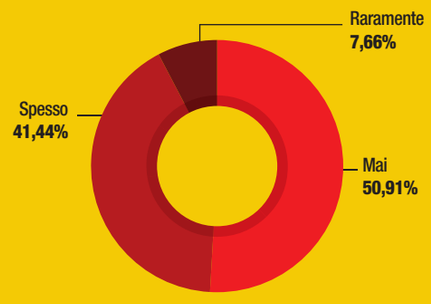


Grafico 5. Ti è mai capitato di non eseguire o delegare al medico di famiglia accertamenti diagnostici che ritenevi utili perché la struttura dove lavori è priva del servizio necessario?

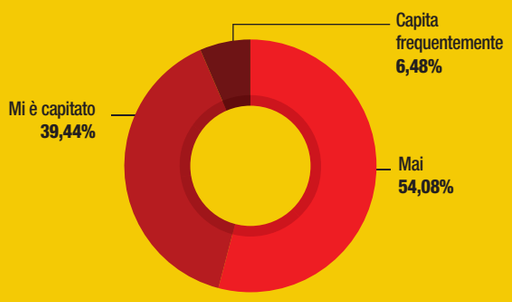


Grafico 6. Ti è mai capitato di dimettere in Dimissione Protetta dalla tua Unità Operativa un paziente stabilizzato ma in gravi condizioni ("fine vita") e di ricevere informazioni dell'avvenuta morte da parte della famiglia e/o dell'assistenza primaria di base?

Grafico 7. Tenuto conto di quanto pubblicato nei dati ISTAT di mortalità riferiti ai primi 8 mesi 2015 nei quali si rileva un verosimile aumento della mortalità per l'anno 2015 in Italia rispetto al 2014, secondo la tua esperienza lavorativa ritieni di esserti trovato nella condizione di aver accertato, nella tua Unità Operativa, più decessi nel 2015 rispetto al 2014?

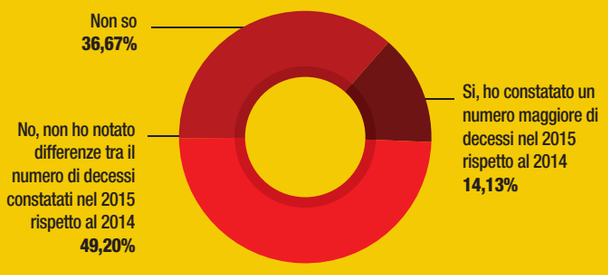
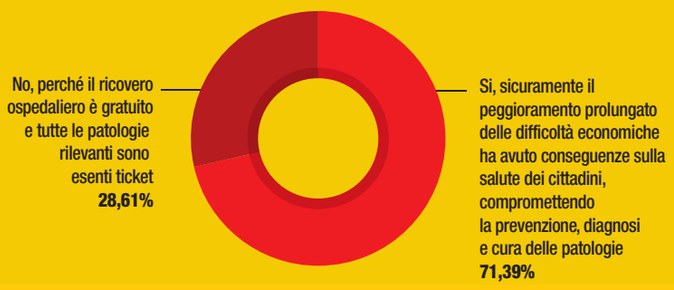


Grafico 8. In Italia la percentuale di persone a rischio di povertà è aumentato vistosamente a partire dal 2010. I dati parlano di 6 milioni di italiani che rinunciano alle cure per motivi economici. Credi che il peggioramento delle condizioni economiche possa aver influito sull' aumento della mortalità registrato dall' ISTAT nel 2015?



Procedimenti disciplinari ecco quello che dobbiamo sapere

A tutela di tutti alcune precisazioni sulla vessata quaestio dei procedimenti disciplinari.
La legge 190/2012 tutela ulteriormente il dipendente che segnala illeciti sul posto di lavoro

Un procedimento disciplinare è sempre legittimo? Dovremmo dire di sì, per la sua natura intrinseca, ma la materia è alquanto spinosa per le delicate implicazioni che richiama e gli allarmismi che suscita nei potenziali "incolpati".
L'introduzione del Codice di comportamento del dipendente pubblico (Art. 54 D.lgs 65/2001 e art. 1 Dpr 62/2013) nonché la regolamentazione dei procedimenti disciplinari con l'art. 55 del D.lgs. 165/2001 modificato dal D.lgs 150/2009, e la successiva Circolare n.14/2010 del Dipartimento della Funzione Pubblica firmata dal ministro Renato Brunetta volta a "fornire dei chiarimenti su alcuni aspetti problematici di interpretazione o applicazione della disciplina" (che invito a leggere con attenzione), hanno fissato dei paletti indelebili nella nostra attività lavorativa, completando il nostro ricco elenco di responsabilità (civile, penale, amministrativa, disciplinare e deontologica), a cui aggiungo la quota di stress generata dalla rilevanza delle nostre attività (che può arrivare al noto *burn-out*), ma che affiancherei in modo più rassicurante alla massima del nostro Vice segretario nazionale Giuseppe Montante, che ricorda sempre ai corsi di formazione alla fine di ogni relazione: "Sapere per capire, per decidere, per essere liberi".
Il procedimento disciplinare – anzi la cosiddetta "contestazione di addebito" – giunge al dipendente in seguito a un'azione o a un'omissione e pertanto dovrebbe essere uno strumento potente per garantire l'efficienza di un servizio pubblico e di un sistema organizzativo complesso. Un esempio per tutti il recente potenziamento dell'iter sanzionatorio contro gli oramai famosi furbetti del cartellino.
Tale strumento, per tutti e a maggior ragione per i medici per la peculiarità del loro lavoro, non può però prescindere dal dovere di un'applicazione saggia e motivata da parte dei superiori gerarchici e dell'Ufficio procedimenti disciplinari (Upd), per garantire il diritto e la tutela del lavoro e delle garanzie relative all'efficienza del servizio (per entrambe le parti, utenza e dipendenti), per cui le contestazioni non possono rappresentare ovviamente uno strumento di minaccia e intimidazione sul dipendente stesso, rischiando di minarne ingiustamente la carriera. Interpretare una norma è una cosa, altro è inventare (specie quando si presumono immaginari vuoti normativi), altrimenti quale tipo di rapporto col lavoratore – anzi dirigente – e che clima di lavoro si vuole creare? Di tensione o di collaborazione? Quale fiducia nel datore di lavoro e nelle Istituzioni si dovrebbe avere?
Nella complessità del nostro sistema lavorativo, il rispetto di tutte le norme da parte di tutti garantisce già di per sé una certa qualità di vita. Purtroppo la frequente preoccupazione del lavoratore su cosa potrebbe accadere "se faccio", "se dico", "se protesto", "non mi conviene", ecc., in contesti di disagio, porta quasi sempre a situazioni di autocensura, opportunismo o remissione a danno del benessere organizzativo (termine, quest'ultimo, appropriatamente citato nel codice di condotta).
Quando però qualcuno a qualsiasi livello gerarchico non rispetta qualche principio, non si può sapere quale catena di eventi e reazioni potranno derivare. In poche parole, se le premesse alla base di un fatto sono errate, le conseguenze possono essere inimmaginabili, a danno di molti.

MIRKO SCHIPILLITI
Dirigente medico Anaao Assomed - Anaao Giovani Veneto

L'altra faccia della medaglia: la tutela dei nostri diritti – perché vi sono diritti e doveri di tutti – è fondamentale e basilare, soprattutto in situazioni dove rischiamo di incorrere in negligenza, imperizia, imprudenza.
Non si può nemmeno dire sempre sì, chinare sempre il capo, né si può sempre dire no. Ma alzare i toni in situazioni di malessere persistente e a lungo perpetrato, non più tollerabile, può essere doveroso. In tali casi l'assistenza del sindacato è fondamentale, per ogni azione di protesta e rivalsa sul posto di lavoro.
Conoscere il Ccnl, le norme legislative e i principali regolamenti ci aiuta profondamente nello svolgimento del nostro lavoro quotidiano nella maniera più serena. Di seguito ricordiamo le disposizioni più importanti.
In primis, consideriamo una legge poco ricordata, la cosiddetta Legge anti-

corruzione 190/2012, che modifica e integra ulteriormente il D.lgs. 165/2001: "*Il pubblico dipendente che denuncia all'autorità giudiziaria o alla Corte dei conti, ovvero riferisce al proprio superiore gerarchico condotte illecite di cui sia venuto a conoscenza in ragione del rapporto di lavoro, non può essere sanzionato, licenziato o sottoposto ad una misura discriminatoria, diretta o indiretta, avente effetti sulle condizioni di lavoro per motivi collegati direttamente o indirettamente alla denuncia*" (art. 1, comma 51).

Lascio a voi le considerazioni che ne derivano: l'arbitrio, l'anarchia, l'omertà, il menefreghismo, l'indifferenza e l'ignoranza devono sempre essere combattuti, serenamente, a testa alta.

Ricordiamo inoltre come la denuncia di illeciti è già tutelata anche in ambito sindacale dallo "Statuto dei lavoratori"(Legge 300/1970): "*È nullo qualsiasi patto od atto diretto a: [...] b) licenziare un lavoratore, discriminarlo nella assegnazione di qualifiche o mansioni, nei trasferimenti, nei provvedimenti disciplinari , o recargli altrimenti pregiudizio a causa della sua affiliazione o attività sindacale ovvero della sua partecipazione ad uno sciopero*" (art. 15) anche perché "*per attività sindacale non deve intendersi solo quella esercitata da chi sia formalmente investito del ruolo di rappresentanza dalle rispettive organizzazioni, bensì da chiunque ponga in essere rivendicazioni nei confronti del datore volte a tutelare i dipendenti in relazione al rapporto di lavoro*" (Cass. 19 marzo 1996, n. 2335).

> ***"L'iter del procedimento disciplinare prevede una difesa, dove la presenza del sindacato è determinante, mentre il termine dei 60 giorni in cui va concluso il procedimento, permette ampiamente di raccogliere ogni elemento utile per la decisione finale.***

Altrettanto importanti sono le norme che regolamentano l'iter disciplinare.

In caso di notifica di contestazione d'addebito per l'apertura di un procedimento disciplinare è obbligatorio seguire l'iter di legge che è imperativo e non ammette deroghe: "*le disposizioni di cui agli artt. da 55 a 55 octies costituiscono norme imperative ai sensi e per gli effetti degli artt. 1339 e 1419 secondo comma, c.c.*", mentre "*la violazione di una norma di legge imperativa comporta la nullità della sanzione irrogata, come riconosciuto anche recentemente dalla giurisprudenza della Corte di cassazione, Sezione lavoro (Cass., Sez. lav., 5 febbraio 2004, n. 2168; Cassazione civile, Sez. lav., 30 settembre 2009, n. 20981)*" (Circolare 14/2010).

Un esempio paradigmatico dell'inderogabilità dell'iter è dato dalla scadenza dei 20 giorni entro cui può esclusivamente essere notificata la contestazione: è un limite invalicabile a tutela del presunto incolpato. Spesso i procedimenti decadono proprio per il superamento del termine per cui la legge impone l'annullamento, non l'archiviazione.

Non solo, la scadenza temporale decorre dal primo momento in cui l'ufficio riceve notizia del fatto oggetto di contestazione poiché "*l'ufficio si attiva non solo nei casi in cui pervenga tale segnalazione, ma anche nelle ipotesi in cui lo stesso abbia altrimenti acquisito notizia dell'infrazione. [...] si ancora la decorrenza del termine per la contestazione dell'addebito dalla ricezione degli atti o dall'acquisizione aliunde della notizia dell'infrazione*" (Circolare 14/2010).

Altro esempio paradigmatico riguarda il soggetto che deve avviare il procedimento. A seconda della gravità presunta dell'infrazione contestata vi sono ruoli ben specificati, che non possono essere scavalcati, pena l'omissione di atti d'ufficio da parte di chi dovrebbe fare ma non ha fatto. Peraltro, chi omette, ritarda o archivia in modo infondato è pure sanzionabile (art. n. 55-sexies, comma 3, D.lgs. 165/2001), ovvero, leggendo la norma da un'altra prospettiva, la denuncia di un illecito da parte del dipendente implica che chi la riceve dovrà prendere una posizione, a suo rischio.

Altro punto fondamentale, oltre alla forma, è la sostanza: la contestazione ha motivo di essere fondata o può essere anche pretestuosa? È stata espletata la cosiddetta "istruttoria" per approfondire i termini della contestazione, anche prima della sua notifica? La risposta a questi quesiti la si ritrova in modo chiaro ed inequivocabile in un altro passaggio della circolare 14/2010: "*Una volta investito correttamente della procedura da parte del dirigente, l'Upd sarà tenuto a svolgere il procedimento sulla base dell'istruttoria*".

Inoltre, la legge tutela l'incolpato, in modo perentorio: "*La responsabilità civile eventualmente configurabile a carico del dirigente in relazione a profili di illiceità nelle determinazioni concernenti lo svolgimento del procedimento disciplinare è limitata, in conformità ai principi generali, ai casi di dolo o colpa grave*" (art. n.55-sexies, comma 4, D.lgs. 165/2001), mentre in caso di violazione della Legge anticorruzione 190/2012 "*l'adozione di misure discriminatorie è segnalata al Dipartimento della funzione pubblica, per i provvedimenti di competenza, dall'interessato o dalle organizzazioni sindacali maggiormente rappresentative nell'amministrazione nella quale le stesse sono state poste in essere*" (art. 1, comma 51).

L'iter del procedimento disciplinare prevede una difesa, dove la presenza del sindacato è determinante, mentre il termine dei 60 giorni in cui va concluso il procedimento, peraltro "dopo l'espletamento dell'eventuale ulteriore attività istruttoria" (art. 55bis, comma 2, D.lgs. 165/2001), permette ampiamente di raccogliere ogni elemento utile per la decisione finale.

Vige del resto un caposaldo: a prescindere dalla difesa, deve essere sempre garantito un processo "giusto" e legittimo, e un giudizio imparziale, principi generali sanciti dall'art. 111 della Costituzione. Infatti, le conseguenze per infondati procedimenti e sanzioni (di fatto "temerari"), da parte dell'incaricato di pubblico servizio, lo sottoporrebbero – in caso di impugnazione della sentenza con ricorso presentato dal sanzionato – non solo al giudizio della magistratura in tutte le sedi opportune, ma eventualmente anche alla valutazione del Dipartimento della funzione pubblica, con le conseguenze di legge, compreso l'abuso d'ufficio.

Non dobbiamo pensare che siamo pedine di un gioco, ognuno ha un ruolo che deve tutelare, ma il rispetto reciproco e la collaborazione sono fondamentali, perché i procedimenti disciplinari sono una questione seria.

Tempi duri quelli attuali, in cui l'appoggio del sindacato è determinante per la difesa dei nostri diritti e per impedire gli abusi derivanti dall'uso improprio come arma del codice disciplinare.

Il Fisico Medico e le Competenze Digitali in Sanità

Premessa

Negli ultimi mesi il Governo ha più volte sottolineato l'importanza della Sanità digitale, c'è una sostanziale convergenza tra decisori, operatori del settore ed esperti nel ritenere che, senza una sostanziale trasformazione digitale, il nostro sistema socio sanitario non potrà reggere alle sfide del cambiamento e aumento della domanda di salute (invecchiamento, cronicità, fragilità) e alla pressante necessità di contenimento della spesa pubblica.

Questa consapevolezza si sta finalmente traducendo in una spinta riformista da parte del Governo, delle Regioni e delle Aziende sanitarie stesse, prova ne è che da diversi anni ormai il percorso di digitalizzazione della Pubblica Amministrazione è uno dei temi principali di qualsiasi discussione incentrata sulla ricerca di maggiore efficacia ed efficienza dell'azione amministrativa, un percorso che oltre ad essere di natura tecnico-informatica presenta risvolti amministrativi e giuridici rilevanti. La continua informatizzazione dei dati clinici ed extra-clinici a seguito della repentina evoluzione delle tecnologie digitali ci porta quindi verso orizzonti nuovi anche nel mondo della sanità.

ALBERTO PANESE
Segretario Generale Associazione italiana di fisica medica (Aifm) Anaao Assomed Settore Dirigenza Sanitaria

C'è da dire che per molto tempo l'iter di digitalizzazione si è sviluppato su una base normativa incompleta rappresentata dal Codice dell'amministrazione digitale c.d. Cad (D.lgs 82/2005, aggiornato in virtù delle prescrizioni del D.lgs 235/2010) il quale però in molti dei suoi aspetti cruciali rimaneva lettera morta a causa della mancanza delle "Regole tecniche" attuative delle linee di indirizzo tracciate dal Codice stesso. Tale situazione di "limbo normativo" ha generato reazioni molto diverse rispetto alla digitalizzazione dei documenti amministrativi e dei documenti clinici, oltre che dei procedimenti ad essi connessi, riferibili alle strutture sanitarie e socio-sanitarie, reazioni oscillanti tra due estremi:

- incentivazione dell'iter di conversione digitale dei documenti, seppur in carenza di un quadro normativo definito, con una attenzione principalmente concentrata sull'aspetto tecnologico dei documenti, sottovalutando i profili giuridici ed archivistici (scelta principalmente applicata alla documentazione clinica);
- blocco dell'iter di conversione digitale in attesa della definizione del quadro normativo (scelta in questo caso applicata soprattutto alla documentazione amministrativa). Questa "situazione di fatto" si è trovata nel breve volgere di alcuni mesi a doversi confrontare con una repentina accelerazione del percorso normativo di emanazione delle regole tecniche del Codice dell'amministrazione digitale, il quale si è sostanzialmente concluso con la fine del 2014, nel corso del 2015 sono poi stati pubblicati inoltre il Dpcm del 29 settem-

bre 2015 , n. 178 "Regolamento in materia di fascicolo sanitario elettronico" (Fse) e il Dpcm del 14 novembre 2015 "Prescrizioni farmaceutiche in formato digitale" (Ricetta dematerializzata) riguardanti quindi esclusivamente il contesto sanitario. L'ordinamento giuridico riconosce da tempo la possibilità di utilizzare la tecnologia informatica per la gestione e la conservazione dei documenti e il quadro delle disposizioni che regolano la materia è articolato in funzione dei differenti profili che la caratterizzano. Il Cad oltre ad avere il pregio di recare la definizione di "documento informatico" – come rappresentazione informatica di atti, fatti o dati giuridicamente rilevanti e di converso quella di documento analogico – sancisce che tutti i documenti, che per legge o regolamento devono essere conservati, possono essere conservati digitalmente con piena validità (a tutti gli effetti di legge) qualora la relativa digitalizzazione sia effettuata secondo processi che garantiscano l'integrità, l'immodificabilità e la certezza della provenienza dei singoli documenti. Le disposizioni del Cad definiscono i requisiti generali di un sistema di conservazione digitale e rimandano alla normativa tecnica per la regolamentazione di tutte le fasi del ciclo di vita del documento informatico, a oggi contenuta nel:

- Dpcm 3/12/2013 – "Regole tecniche in materia di sistema di conservazione ai sensi degli articoli 20, commi 3 e 5 bis, 23 ter comma 4, 43 commi 1 e 3, 44, 44 bis e 71 comma 1, del Codice dell'amministrazione digitale di cui al decreto legislativo n. 82 del 2005."
- Dpcm 13/11/2014 – "Regole tecniche in materia di formazione, trasmissione, copia, duplicazione, riproduzione e validazione temporale dei documenti informatici nonché di formazione e conservazione dei documenti informatici delle pubbliche amministrazioni ai sensi degli articoli 20, 22, 23 bis, 23 ter, 40, comma 1, 41 e 71, comma 1 del Codice dell'amministrazione digitale di cui al Decreto legislativo n. 82 del 2005."
- Dpcm 22/02/2013 – "Regole tecniche in materia di generazione, apposizione e verifica delle firme elettroniche avanzate, qualificate e digitali, ai sensi degli articoli 20, comma 3, 24 comma 4, 28 comma 3, 32 comma 3, lettera b), 35 comma 2, 36 comma 2, e 71."
- Dpcm 3/12/2013 – "Regole tecniche per il protocollo informatico ai sensi degli articoli 40 bis, 41, 47, 57 bis e 71 del Codice dell'amministrazione digitale di cui al Decreto legislativo n. 82 del 2005."

Oltre alle disposizioni del Cad e della normativa tecnica occorre tener conto delle regole in materia di fatturazione (artt. 21 e 39 del Dpr 633/1972) nonché di quelle relative agli obblighi fiscali, anch'esse rivisitate recentemente con il Dm del 17 giugno 2014 - Modalità di assolvimento degli obblighi fiscali relativi ai documenti informatici ed alla loro riproduzione su diversi tipi di supporto - articolo 21 comma 5, del Decreto legislativo n. 82/2005.
La definizione del quadro normativo ha quindi portato le strutture sanitarie a doversi interrogare sul come avviare l'iter di digitalizzazione dei documenti amministrativi, sostanzialmente ancora "al palo" o quasi, e a esaminare il processo di conversione digitale della documentazione clinica ed extra clinica già avviato, al fine di valutare la congruità con le nuove prescrizioni non solo in termini tecnologici ma anche sotto l'aspetto giuridico.

I documenti coinvolti

All'interno delle strutture sanitarie i servizi clinici che per primi sono stati investiti dal processo di digitalizzazione sono stati senza dubbio i dipartimenti di diagnostica per immagini, già a partire dai primi anni 2000, oggi la produzione di immagini radiologiche digitali è una realtà che copre quasi totalmente il territorio nazionale.
I Pacs (Picture Archiving and communication system) hanno anticipato quel processo di digitalizzazione della pubblica amministrazione che oggi, incentivato dalla normativa, va diffondendosi in diverse altre realtà.
Dagli anni 2000 in poi, i sistemi di digitalizzazione ed archiviazione delle immagini digitali anche grazie alle necessità di integrazione e condivisione delle informazioni, prima rivolte all'interno delle stesse strutture sanitarie e poi tra esse e quelle extra-territoriali hanno fatto si che, non solo i servizi di diagnostica per immagini, ma anche la diagnostica di laboratorio, la diagnostica cardiologica, quella gastroenterologia, ecc. potessero disporre di informazioni condivise.
Si diffondono quindi i sistemi di gestione delle informazioni cliniche e non legate al paziente come i Ris (Radiological information system), i Lis (Laboratory information system), Cis (Cardiology information system) ecc.

Queste prime esperienze di digitalizzazione e di informatizzazione di immagini e dati sanitari hanno portato molti servizi presenti nelle strutture a dover affrontare e risolvere problematiche di natura tecnico organizzativa, tra questi sicuramente un ruolo rilevante lo hanno avuto le Strutture di Fisica sanitaria, i Servizi di diagnostica per immagini e laboratorio, i Sistemi Informativi ove presenti.
Di recente abbiamo assistito alla realizzazione di alcuni progetti di informatizzazione di estremo rilievo come ad esempio il Fascicolo sanitario elettronico (Fse) il quale si basa sul tradizionale concetto di documento che, grazie alla tecnologia, diventa digitale. Questa trasformazione non riesce però, da sola, a superare i limiti di una documentazione che scaturisce da un'organizzazione della sanità ancora basata sulla frammentazione degli eventi clinici, degli interventi assistenziali e delle informazioni che ne derivano. Ecco allora che il Fse, estensione del dossier ospedaliero in chiave digitale, presenta la stessa poca efficienza nel fornire un quadro clinico esaustivo di un paziente. La sua storia clinica, i suoi bisogni assistenziali e la sua salute sono "spezzettati" e suddivisi in un numero, talvolta molto ampio di documenti. L'indice, contenuto nel registro del Fse, non aiuta il medico in questa operazione e questi deve consultare più documenti per ricostruirne il quadro clinico, mancano, nei Fse fin qui realizzati, funzioni che permettano di aggregare le informazioni a livello elementare (ad esempio la glicemia), rappresentarle in forma grafica, metterle in relazione ad esempio con altri aspetti (ad esempio la terapia).
Altro progetto è il caso della ricetta dematerializzata la sua implementazione è avvenuta digitalizzando gli stessi identici processi che utilizzavamo con la ricetta rossa. È cambiato il media, ma sono rimasti tutti gli stessi limiti che l'organizzazione basata sulla carta aveva. Si è persa l'occasione di informatizzare la terapia farmacologica nel suo insieme. La ricetta dematerializzata, che oggi abbiamo, è il documento amministrativo con cui il paziente può acquistare e ritirare il farmaco. Non abbiamo informazioni sulla terapia che l'ha generata, ad esempio la sua durata, la posologia, l'efficacia, la presenza o meno di controindicazioni o di effetti avversi.

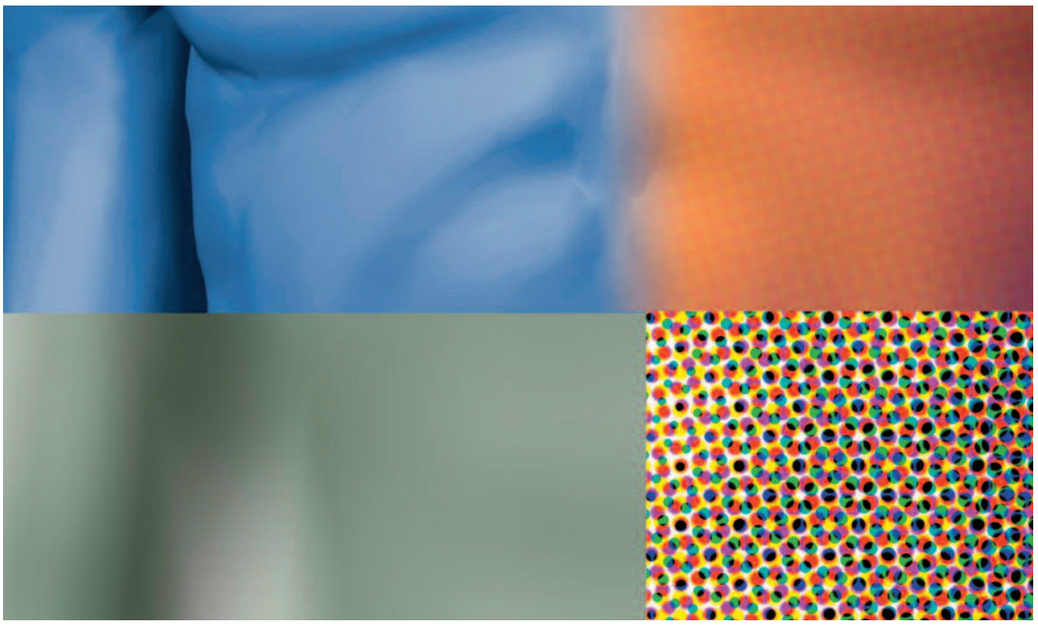
> *"Volendo essere propositivi, possiamo riflettere su quanto avvenuto per ripensare questi progetti e re-indirizzarli in modo da essere strumentali al processo di cambiamento in atto in sanità*

Ma volendo essere propositivi, possiamo riflettere su quanto avvenuto per ripensare questi progetti e re-indirizzarli in modo da essere strumentali al processo di cambiamento in atto in sanità. In altre parole possiamo da un lato sfruttare le opportunità che la digitalizzazione oggi consente, dall'altro reingegnerizzare le infrastrutture in modo da estenderne l'uso, a patto però di ripensare i processi clinici e assistenziali.
La ricetta digitalizzata, pur con i suoi limiti, può consentire, a differenza di quella di carta, l'implementazione di sistemi per la valutazione del rischio farmacologico e l'appropriatezza clinica. Il Fascicolo sanitario elettronico, se alimentato da documenti strutturati, può diventare una sorta di Cartella clinica integrata di reale utilità per i medici.
Per fare questo però occorrono idee, Competenze Digitali e figure professionali capaci, per facilitare la diffusione efficace dell'e-health e dei servizi digitali al cittadino, nonché la volontà di cambiare e le risorse adeguate, la sanità ha bisogno di innovazione di valore; l'innovazione tecnologica, fine a sé stessa, è uno spreco che non possiamo permetterci.

Il Fisico Medico come professionista della governance digitale

Diventa quindi necessario disporre dei professionisti della digitalizzazione che si devono occupare di questa gestione in ogni realtà sanitaria. La Pa deve dare grande attenzione verso l'implementazione di processi innovativi e l'esigenza che si faccia chiarezza sulle misure organizzative delle risorse umane e strumentali da adottare, per tradurre in soluzioni concrete ed efficaci quelli che altrimenti continuerebbero a essere meri tentativi di adempiere ai dettami normativi. Serve quindi una figura di coordinamento dei professionisti della digitalizzazione documentale le cui conoscenze e abilità siano individuate in un professionista della governance digitale. Il professionista della governance diviene quindi una figura apicale e strategica all'interno dei processi di digitalizzazione che vedono coinvolte amministrazioni ed enti pubblici, di fatto sovrintende e coordina la realizzazione tecnica e fattuale degli strumenti informatici inerenti alla digitalizzazione dei processi di gestione informativi e documentali e di tutti i processi a essi associati o riferibili. Il professionista della governance digitale svolge un ruolo di supervisione e coordinamento di tutti i flussi informativi e documentali, sia in entrata che in uscita, è in grado di attuare l'intero processo della gestione di informazioni, dati e documenti. In funzione di questa attività si occupa della razionalizzazione in termini procedurali dei flussi informativi e documentali informatici, favorendo le comunicazioni e la condivisione della conoscenza tra i diversi servizi/uffici e il coordinamento dei diversi responsabili; egli gestisce i flussi di documenti e/o dati e/o informazioni (dalla produzione, all'eventuale comunicazione o pubblicazione, sino alla corretta conservazione nel tempo) e ne favorisce la "stabilizzazione informatica", anche ai fini di una loro validità giuridica, coordinandosi con le diverse figure coinvolte nel processo; si occupa, inoltre, di garantire il corretto trattamento di tutti i dati personali presenti nei flussi informativi e documentali di una Pa, di coordinare l'implementazione delle procedure per il controllo, l'accesso, il trattamento e la comunicazione dei dati personali e di vigilare sulla corretta applicazione di tali procedure, suo compito è quindi quello di coordinare e garantire in termini organizzativi e tecnici il raggiungimento del maggior livello possibile di riservatezza e sicurezza dei dati personali, con strumenti elettronici e non. È una figura strategica manageriale che occupa una posizione di supporto all'alta direzione, coordinandosi con tutti i principali ruoli organizzativi e occupandosi della riorganizzazione e ottimizzazione dei processi di produzione, di conservazione e di distribuzione dei documenti digitali clinici ed extra clinici, questa figura, dunque, svolge un ruolo estremamente delicato, anche in ragione del moltiplicarsi delle informazioni, dei dati, dei documenti e delle tipologie di utilizzo degli stessi determinato dall'avvento delle tecnologie digitali.

Ambiti di intervento del professionista della governance digitale



Considerata l'elevata trasversalità di questa figura, e le sue specifiche competenze e responsabilità nei vari ruoli che può coordinare, il professionista della governance digitale può sovrintendere e coordinare l'intero processo informativo e documentale oppure assumere operativamente diversi ruoli e così operare d'intesa con i vari addetti e/o incaricati dei singoli aspetti del sistema informativo e del flusso documentale, egli pertanto deve essere in grado di coordinare e gestire l'intero processo di gestione informativo e documentale attraverso capacità manageriali di natura organizzativa, operativa e di controllo, svolgendo un ruolo di coordinamento con i processi paralleli già esistenti e le diverse aree di competenza; lo stesso deve coordinarsi con tutti i profili tecnici incaricati che operano nei diversi passaggi dell'intero processo di digitalizzazione informativo e documentale, come ad esempio il Responsabile della formazione e gestione elettronica dei documenti, il Responsabile del trattamento dei dati personali nei sistemi di gestione documentale, il Responsabile della conservazione digitale, il Responsabile dei sistemi informativi legati ai sistemi di gestione documentale e di conservazione.

Come può contribuire il Fisico Medico alla governance digitale?

È necessario un ripensamento totale dei processi, quindi, iniziando a produrre documenti nativi digitali, intervenendo sulla formazione digitale obbligatoria degli operatori, soprattutto della dirigenza, la quale va fortemente sensibilizzata sul tema delle competenze e delle necessarie attitudini all'e-leadership. Dal punto di vista tecnico bisognerebbe far dialogare i sistemi di gestione e conservazione documentale seppur separandoli logicamente e attivare procedure informatizzate, procedendo per priorità, il professionista della governance digitale, quindi può sovrintendere e coordinare l'intero processo informativo e documentale oppure assumere operativamente diversi ruoli e così operare d'intesa con i vari addetti e/o incaricati dei singoli aspetti del sistema informativo e del flusso documentale

Con specifico riferimento alle amministrazioni pubbliche il ruolo del professionista della governance digitale tra i suoi compiti ha:

- la riorganizzazione strutturale e gestionale delle pubbliche amministrazioni volta al perseguimento degli obiettivi di efficacia ed efficienza, anche attraverso il migliore e più esteso utilizzo delle tecnologie dell'informazione e della comunicazione nell'ambito di una strategia coordinata che garantisca il coerente sviluppo del processo di digitalizzazione;
- la razionalizzazione e semplificazione dei procedimenti amministrativi, delle attività gestionali, dei documenti, della modulistica, delle modalità di accesso e di presentazione delle istanze da parte dei cittadini e delle imprese, assicurando che l'utilizzo delle tecnologie dell'informazione e della comunicazione avvenga in conformità alle prescrizioni tecnologiche definite nelle regole tecniche di cui all' articolo 71 del Cad;
- la valutazione dei progetti di investimento in materia di innovazione tecnologica, tenendo conto degli effettivi risparmi derivanti dalla razionalizzazione, nonché dei costi e delle economie che ne derivano;
- la quantificazione annuale, ai sensi dell'articolo 27, del decreto legislativo 27 ottobre 2009, n. 150, dei risparmi effettivamente conseguiti.

Il professionista della governance digitale quindi coordina e sovrintende direttamente (o indirettamente per il tramite dei vari responsabili) l'intero modello organizzativo e procedurale nonché la realizzazione tecnica e fattuale degli strumenti informatici nell'intero ciclo di produzione, gestione, pubblicazione e conservazione di dati, informazioni e documenti informatici.

I fisici medici che operano nelle strutture sanitarie si trovano coinvolti da anni nei processi legati all'imaging sin dalla primissima fase ossia quella della produzione, si trovano inoltre coinvolti nell'utilizzo, nella gestione e implementazione dei sistemi di gestione informatizzati delle strutture di radioterapia, di radiologia, di medicina nucleare ecc, nella implementazione di specifici software trattanti dati clinici a fini statistici e di analisi, inoltre possiedono per loro peculiare formazione, competenze nel campo dell'elettronica, dell'informatica e dello sviluppo di nuove tecnologie.

Oggi molte strutture di Fisica Medica si configurano già come strutture di staff alla Direzione Sanitaria o Generale proprio per il ruolo trasversale che esse hanno, per la notevole capacità di analisi dei processi, per la gestione del rischio tecnologico e per garantire programmi di assicurazione di qualità, per queste ragioni sono individuati quali miglior candidati nel ricoprire il ruolo di professionista della governance digitale in sanità.

Avv. Francesco Maria Mantovani
consulente legale Anaao Assomed

Libertà sindacale. Ricorso alla corte europea, praticabilità e limiti

Corte europea dei diritti dell'uomo (Cedu):
"Ogni persona ha diritto alla libertà di riunione pacifica e alla libertà d'associazione, ivi compreso il diritto di partecipare alla costituzione di sindacati e di aderire ad essi per la difesa dei propri interessi"

Come noto, la sentenza 23 luglio 2015 n. 178 della Corte Costituzionale, sancendo la legittimità del blocco della contrattazione negli anni da gennaio 2011 a giugno 2015, di fatto, ha definitivamente escluso la percorribilità di ricorsi aventi a oggetto il risarcimento della conseguente perdita economica per i lavoratori dinanzi ai Giudice nazionali. Questi ultimi, infatti, difficilmente potrebbero discostarsi dalla pronuncia della Corte Costituzionale. Sul piano sovranazionale, almeno sul piano astratto, resterebbe la possibilità di adire la Corte europea dei diritti dell'uomo (Cedu), denunciando la violazione dell'art. 11 della Convenzione europea dei diritti dell'uomo. Quest'ultima disposizione recita che "*Ogni persona ha diritto alla libertà di riunione pacifica e alla libertà d'associazione, ivi compreso il diritto di partecipare alla costituzione di sindacati e di aderire ad essi per la difesa dei propri interessi*".
Secondo la giurisprudenza della Cedu la libertà sindacale costituisce un aspetto particolare della libertà di associazione e l'art. 11 della Convenzione implica l'obbligo positivo di assicurarne il godimento effettivo di tali diritti. In particolare, la Cedu ha enucleato un elenco non esaustivo di elementi costitutivi del diritto sindacale, tra i quali figurano il diritto di costituire un sindacato o di aderirvi, il divieto di accordi di monopolio sindacale e il diritto del sindacato di cercare di persuadere il datore di lavoro. Più recentemente, essa ha ritenuto, in considerazione delle evoluzioni del mondo del lavoro, che il diritto di condurre negoziazioni collettive con il datore di lavoro sia divenuto uno degli elementi fondamentali del diritto di associazione sindacale. Dunque, il diritto alla contrattazione collettiva rientra ed è tutelato dal diritto di associazione riconosciuto dall'art. 11 della Carta. Tuttavia, l'art. 11 della Convenzione garantisce ai membri di un sindacato, ai fini della difesa dei loro interessi, il diritto ad essere sentiti, ma non garantisce loro un trattamento preciso da parte dello Stato. Infatti, è sufficiente che la legislazione nazionale consenta ai sindacati di lottare per la difesa degli interessi dei loro iscritti. Sempre secondo la Cedu, il confine tra gli obblighi positivi e gli obblighi negativi dello Stato, ai sensi dell'art. 11 della Convenzione, non si presta ad una definizione precisa. Stante la natura sensibile delle questioni sociali e politiche legate alla ricerca di un giusto equilibrio tra i rispettivi interessi dei dipendenti e dei datori di lavoro e tenuto conto del forte grado di divergenza tra i sistemi nazionali al riguardo, gli Stati contraenti godono di un ampio margine di apprezzamento quanto alla maniera di assicurare la libertà sindacale e la possibilità per i sindacati di tutelare gli interessi professionali dei loro iscritti. Tale bilanciamento deve essere effettuato tenendo conto della previsione del comma 2 dell'art. 11 della Convenzione, secondo il quale la tutela della libertà di associazione incontra un limite nell'imposizione di restrizioni stabilite con legge da parte dello Stato ai

membri delle proprie forze armate, della polizia o dell'amministrazione dello Stato, ovvero anche ad altre categorie se si tratta di misure necessarie in una società democratica. Al riguardo, la Cedu ha escluso che i dipendenti pubblici non strettamente appartenenti all'organizzazione statale possano essere considerati come "*membri dell'amministrazione dello Stato*" e, di conseguenza, essere sottoposti alle restrizioni consentite dall'art. 11, comma 2, per le categorie di personale ivi espressamente previste. Dunque, deve escludersi che il potere di limitare il diritto di associazione sindacale per i dipendenti delle amministrazioni dello Stato sia estensibile al personale del Ssn il quale appartiene all'organizzazione amministrativa regionale. La limitazione al diritto a contrattare per tale categoria di personale è, quindi, vincolata, oltre alla prescrizione per mezzo di legge, al perseguimento di un obiettivo legittimo, coincidente con "*una necessità di una società democratica*".

Al riguardo, la Cedu ha specificato che quest'ultima tipologia di limitazione deve essere interpretata in senso restrittivo. In particolare, nel determinare, se esiste una "*necessità*" - e quindi un "*bisogno sociale*" - ai sensi dell'articolo 11, comma 2 della Carta, gli Stati hanno solo un limitato margine di apprezzamento, atteso che la restrizione alla libertà sindacale deve essere "*proporzionata allo scopo legittimo perseguito*" e le ragioni addotte dalle autorità nazionali per giustificarla devono essere "*pertinenti e sufficienti*".

In altri termini, la Corte deve accertare se, alla luce delle circostanze del caso di specie, il rischio invocato è reale e serio, che l'ingerenza controversa nella libertà di associazione non va oltre quanto è necessario per escluderlo e inoltre che lo Stato non persegua uno scopo estraneo alla prevenzione del medesimo rischio.

Si tratta di elementi in cui un grosso peso ha la discrezionalità della Cedu, la quale, come è stato riscontrato dai commentatori della relativa giurisprudenza, di solito sanziona le violazioni più gravi, quali il divieto del diritto di sciopero o della libertà di associazione sindacale, escludendo la contravvenzione dell'art. 11 della Carta per quelle meno gravi. Ne consegue che è estremamente difficile pronosticare un esito di un ricorso alla Cedu finalizzato a richiedere un risarcimento per il blocco della contrattazione.

In ogni caso, va rimarcata una problematica di carattere procedimentale che potrebbe escludere in radice la praticabilità del ricorso in esame, il quale è regolato dall'art. 34 della Convenzione: "*La Corte può essere investita di un ricorso da parte di una persona fisica, un'organizzazione non governativa o un gruppo di privati che sostenga di essere vittima di una violazione da parte di una delle Alte Parti contraenti dei diritti riconosciuti nella Convenzione o nei suoi Protocolli*".

La presentazione del ricorso alla Cedu deve avvenire nel termine di 6 mesi dalla pronuncia della sentenza che ha concluso definitivamente il percorso giurisdizionale interno, ai sensi dell'art. 35 della Convenzione: "*La Corte non può essere adita se non dopo l'esaurimento delle vie di ricorso interne, come inteso secondo i principi di diritto internazionale generalmente riconosciuti ed entro un periodo di sei mesi a partire dalla data della decisione interna definitiva*".

In altri termini, la presentazione del ricorso presuppone che siano state previamente esaurite le forme di tutela giurisdizionale interna. Potrebbe ovviarsi al problema, richiamando quelle pronunce che, consentono di soprassedere dall'esaurimento dei rimedi giudiziari interni, allorché questi ultimi, tenuto conto della giurisprudenza nazionali consolidatasi, risulterebbero, comunque, inefficaci.

Più nello specifico, come già detto, potrebbe sostenersi appunto che la sentenza della Corte Costituzionale 178/2015, sancendo la legittimità del blocco della contrattazione, ha di fatto reso inutile il ricorso al Giudice interno. Peraltro, le pronunce della Cedu in esame sono molto restrittive, atteso che il semplice fatto di nutrire dubbi sulle prospettive di un esito positivo di un dato ricorso, che non è con ogni evidenza votato all'insuccesso, non costituisce una valida ragione per giustificare la mancata utilizzazione dei rimedi giurisdizionali interni. Viceversa, occorre dimostrare che il giudizio nazionale non presentava ragionevoli prospettive di un esito positivo.

RISK MANAGEMENT IN SANITÀ:
imparare dall'errore 8.1 CREDITI ECM
ORISTANO 25 MAGGIO
30 EURO + IVA PER ISCRITTI ANAAO
MILANO 8 GIUGNO
GRATUITO PER ISCRITTI ANAAO

RESPONSABILITÀ SANITARIA
7 CREDITI ECM tra rischio, colpa e rivalsa
BIELLA 28 MAGGIO
CORSO GRATUITO

Per informazioni e iscrizioni, consulta il sito
WWW.FONDAZIONEPIETROPACI.COM
Fondazione Pietro Paci
Formazione, ricerca, editoria, cooperazione internazionale in ambito sanitario

Pronto, avvocato?
Risponde l'ufficio legale Anaao Assomed

Sono candidata alle elezioni amministrative comunali, posso chiedere un'aspettativa che mi consenta di svolgere la mia campagna elettorale?

Solo nel caso di elezione a membro del Parlamento Europeo il dipendente pubblico ha diritto ad un periodo di aspettativa non retribuita per tutta la durata della campagna elettorale e fino al giorno delle elezioni (art. 52, L. n.18/1979).
Al contrario, nel caso di candidatura ad altre cariche pubbliche, come quella di consigliere comunale, non è prevista un'aspettativa per campagna elettorale, sebbene sia comunque possibile richiedere un'aspettativa a diverso titolo, ossia per motivi familiari o personali (art. 10, Ccnl 10.2.2004), oppure ricorrere ai permessi retribuiti, sempre a suddetto titolo, nel limite di 3 giorni l'anno (art. 23, Ccnl 5.12.1996), nonché al congedo ordinario per ferie.

Ho un contratto di lavoro a tempo indeterminato, due figli piccoli (uno e due anni) e lavoro a più di 60 km dalla mia abitazione. Ho diritto a un trasferimento presso la Asl più vicina alla mia abitazione?

Per i figli minori di 3 anni è possibile valutare il ricorso a istituto dell'assegnazione temporanea per ricongiungimento familiare, regolato dall'art. 42-bis del D.Lgs. n. 151/2001 (T.U. sulla tutela della maternità e paternità). Tale norma stabilisce che "Il genitore con figli minori fino a tre anni di età dipendente di amministrazioni pubbliche, può essere assegnato, a richiesta, anche in modo frazionato e per un periodo complessivamente non superiore a tre anni, a una sede di servizio ubicata nella stessa provincia o regione nella quale l'altro genitore esercita la propria attività lavorativa, subordinatamente alla sussistenza di un posto vacante e disponibile di corrispondente posizione retributiva e previo assenso delle amministrazioni di provenienza e destinazione. L'eventuale dissenso deve essere motivato. L'assenso o il dissenso devono essere comunicati all'interessato entro trenta giorni dalla domanda". I tre anni di assegnazione temporanea possono anche superare temporalmente il compimento dei tre anni di vita del bambino, purché la richiesta venga comunque presentata e accolta prima di tale data. La particolarità di tale istituto è che, a differenza della mobilità, l'eventuale diniego da parte delle amministrazioni interessate deve essere motivato in maniera molto rigorosa.

Mi è stato riconosciuto il beneficio della legge 104, per mio padre disabile. Posso essere esonerata dal lavoro notturno?

L'esonero dai turni notturni e le modalità per usufruire dei permessi ex L.104 sono regolamentati dall'art. 53 del D.lgs. 151/2001, il quale recita che "non sono altresì obbligati a prestare lavoro notturno la lavoratrice o il lavoratore che abbia a proprio carico un soggetto disabile ai sensi della legge 5 febbraio 1992, n. 104, e successive modificazioni". Tra l'altro ai fini dell'accesso a tale beneficio, nessun riferimento è fatto allo stato di gravità, o meno, del familiare assistito.

i servizi anaao assomed

anaao ti tutela

COPERTURA TUTELA LEGALE GRATUITA

L'Anaao Assomed offre agli iscritti la polizza di TUTELA LEGALE compresa nella quota associativa senza alcun onere aggiuntivo. La copertura comprende le spese legali sostenute in sede PENALE E CIVILE con un massimale di €25.000 per sinistro e per Assicurato senza limite annuo, con possibilità di elevare i massimali sino a €100.000 per sinistro con integrazione a proprio carico.
VIENI A CONOSCERE I DETTAGLI DELLA POLIZZA SU WWW.ANAAO.IT

anaao ti assicura

POLIZZA DI RESPONSABILITÀ CIVILE PROFESSIONALE "COLPA GRAVE"

(massimale pari a €5.000.000 e retroattività fino a 10 anni).
I rinnovi al prezzo più basso del mercato.
VIENI A CONOSCERE I DETTAGLI DELLA POLIZZA SU WWW.ANAAO.IT

PRONTO SOCCORSO MEDICO-LEGALE E ASSICURATIVO

Il servizio rileva e risponde rapidamente alle richieste di consulenza medico-legale-assicurativa, anche non urgenti, rispetto agli adempimenti necessari per un'adeguata tutela e supporta gli iscritti in caso di contenzioso. L'Associato può richiedere gratuitamente l'attivazione di questo servizio cui risponde in prima battuta il personale Anaao Assomed adeguatamente formato. L'operatrice, verificata l'iscrizione all'Associazione, raccoglie i dati e le informazioni necessarie, acquisisce i recapiti e mette in contatto il richiedente con un Medico Legale e, se possibile, anche con un legale.

Numero Verde
800-689955

COPERTURA ASSICURATIVA CONTAGIO OSPEDALIERO

Agli associati viene riservata la possibilità di acquistare la POLIZZA CONTAGIO OSPEDALIERO per la tutela personale, potendo scegliere tra più massimali nel caso si contragga durante l'attività lavorativa una delle seguenti malattie: HIV, EPATITE B, EPATITE C a partire da €67,00.

anaao ti assiste

ASSISTENZA LEGALE

Il servizio mette a disposizione degli iscritti un avvocato che li segue sia nell'attività di consulenza che nella difesa stragiudiziale evitando di doversi necessariamente rivolgere ad un legale di fiducia e sostenere costi aggiuntivi.
È possibile contattare i consulenti legali attraverso:

- HELP DESK TELEFONICO e presenza presso la sede Anaao Assomed di Roma il LUNEDI – MERCOLEDI – VENERDI dalle ore 10.00 alle ore 17.00 – telefono 064245741.
- E-M@IL inoltrando il quesito a servizi@anaao.it
- REPERIBILITÀ TELEFONICA DAL LUNEDI AL VENERDÌ al numero 064245741.
- Per i casi urgenti è possibile fissare un appuntamento anche in giorni diversi da quelli stabiliti.

ASSISTENZA FISCALE

Il servizio intende rispondere ad alcune esigenze degli iscritti:

- Acquisizione e controllo del Mod. 730 precompilato dal contribuente e rilascio del relativo visto di conformità.
- Assistenza alla compilazione MOD. 730 Singolo.
- Assistenza alla compilazione MOD. 730 Congiunto.
- Correzione per rilascio del visto di conformità dei precompilati errati.
- Gestione delle collaboratrici familiari.
- Elaborazione F24 IMU
- Elaborazione F24 TARES

anaao ti forma

La Fondazione Pietro Paci e la Scuola Nazionale di Formazione Quadri da oltre 10 anni offrono agli iscritti all'Anaao Assomed la possibilità di seguire gratuitamente corsi ECM qualificati e riconosciuti dalla Commissione Nazionale per la Formazione Continua del Ministero della Salute.

La formazione offerta dall'Associazione si pone l'obiettivo di sviluppare le conoscenze e le competenze nel campo della gestione e organizzazione dei servizi sanitari per consentire un esercizio più autorevole e responsabile del proprio ruolo dirigenziale. Il catalogo dei corsi e le modalità di iscrizione sono disponibili sul sito www.fondazionepietropaci.it.

anaao ti informa

NEWSLETTER Ogni settimana nella tua casella di posta elettronica informazioni, approfondimenti, documenti, rassegna stampa per essere sempre aggiornato sull'attività dell'Associazione.

Segui tutte le notizie in tempo reale su

www.anaao.it

ANAAO ASSOMED
ASSOCIAZIONE MEDICI DIRIGENTI

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 sono marchi registrati di Google Inc.
Apple e il logo Apple sono marchi di Apple Inc., registrati negli Stati Uniti e in altri Paesi.
App Store è un marchio di servizio di Apple Inc.

Scarica su App Store

DISPONIBILE SU Google Play

www.anaao.it

ANAAO ASSOMED
ASSOCIAZIONE MEDICI DIRIGENTI