

d!

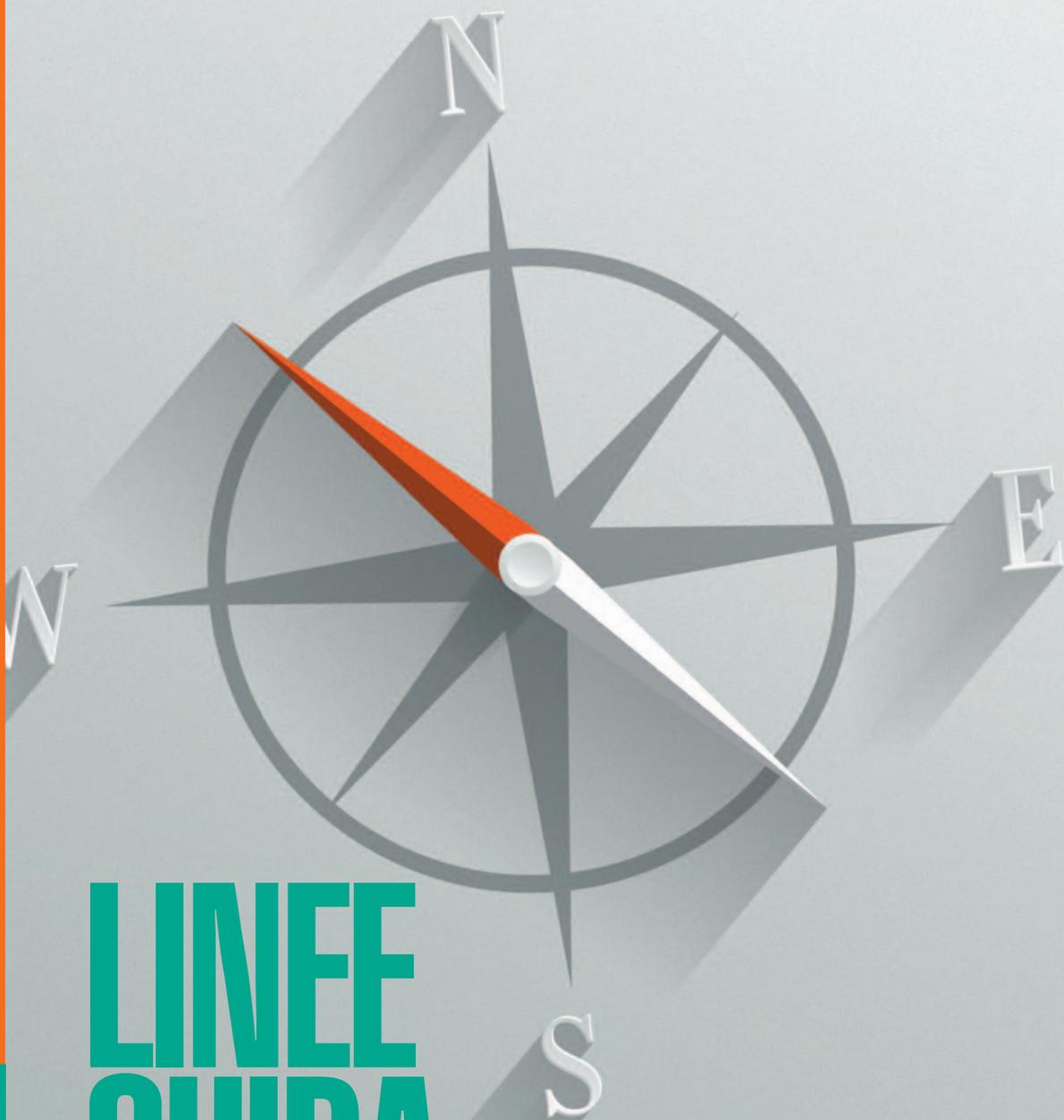
d!rigenza medica

- 6 Conferenza Fnomceo
Il focus Anaao sugli ospedali
- 8 Orario di lavoro,
libera professione
e sicurezza delle cure
- 12 Cosmed
Il convegno sul rinnovo
del contratto di lavoro

Il mensile dell'Anaao Assomed



Le coordinate
nel documento
dell'Anaao Assomed.
Al via il focus sulla
situazione delle
Regioni



LINEE GUIDA ANAAO

La stabilizzazione del personale precario

Pat Carra per l'Anaa 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

Quali prospettive per un nuovo Ccnl della dirigenza del ruolo sanitario ?

GIUSEPPE MONTANTE
Vice Segretario
Nazionale e
Responsabile Politiche
Contrattuali Anaao
Assomed

Il recente Accordo su Aree e Comparti, nonché le interviste di alcuni giorni addietro del Ministro della Salute Lorenzin e del Presidente del Comitato di Settore Sanità Garavaglia accrescono la sensazione che la stagione contrattuale si stia avvicinando anche per il settore Sanità Pubblica.

Dinanzi alla possibile prossima apertura della contrattazione viene spontaneo chiedersi: in quali condizioni ci si appresta a questa nuova trattativa? Nella realtà attuale sono pessime soprattutto per quanto riguarda la certezza attuativa delle norme contrattuali e legislative vigenti e le condizioni di lavoro esistenti. Negli ultimi 10 anni il livello di attuazione corretta delle norme dei contratti nazionali nelle aziende, nonché il peso dei carichi di lavoro individuali sono peggiorati in modo esponenziale. Tutto questo è accaduto in modo sempre più sistematico con la complicità delle Regioni, le stesse che al livello nazionale con la loro firma hanno approvato il Ccnl che contiene le norme che fanno poi volutamente violare al livello aziendale.

In conseguenza di ciò, in premessa alla prossima contrattazione nazionale, si porrà il problema di creare condizioni di vera certezza attuativa che ridiano credibilità alla rappresentanza delle Regioni al tavolo di trattativa con le Oo.Ss.. In caso contrario non si comprende per quale motivo si dovrebbe firmare un Ccnl con le Regioni che fino ad ora hanno dimostrato di non avere la forza o la voglia di garantirne l'attuazione.

La previsioni di aumenti contrattuali del Documento Economico Finanziario 2016 (0,4% della massa salariale = 300 Euro lordi circa annui) e l'intervista del Presidente Garavaglia (*vedi DIRIGENZA MEDICA n. 4/2016 ndr*) ci permette anche di comprendere che le prospettive delineate per un nuovo Ccnl sono anch'esse, almeno in fase iniziale, pessime. Dall'intervista risulterebbe chiaro che le Regioni, per non scontentare i "campanili", con elevato cinismo politico intenderebbero scaricare le conseguenze della loro inefficienza programmatica ed organizzativa sugli operatori dipendenti della sanità, piuttosto invece di ottimizzare la rete degli ospedali e dei servizi sanitari territoriali in termini di efficacia e di sicurezza clinica e lavorativa.

Una delle priorità più importanti per le stesse Regioni sarebbe l'introduzione con il nuovo Ccnl dei dirigenti medici e sanitari di deroghe ordinarie alle norme legislative europee sui riposi giornalieri e sulla durata dell'orario di lavoro al fine di ricostruire le condizioni di minore tutela preesistenti prima del 25 novembre 2015. Tutto questo ovviamente per risparmiare sulle assunzioni e in dispregio della sicurezza clinica e di salute nei riguardi dei pazienti e dei lavoratori.

Altre priorità per le Regioni sarebbero l'introduzione di semplificazioni delle norme contrattuali nazionali e delle modalità di costruzione dei fondi contrattuali che, da una esplicitazione più approfondita, risulterebbero essere lo strumento utile per ridurre il baluardo di tutele che ancora resiste al livello nazionale dinanzi alla prepotenza attuativa aziendale. Per i fondi contrattuali che alimentano la retribuzione accessoria, le minori tutele nazionali facilmente si tradurrebbero o in una riduzione dell'entità economica di questi fondi per contribuire a ripianare il deficit di bilancio ovvero nello storno di una parte di questi per usi impropri.

Le Regioni vorrebbero anche cambiare l'attuale modello contrattuale vigente per renderlo più simile a quello esistente nel mondo delle aziende private. L'ipotesi da loro avanzata sarebbe quella di prevedere un contratto nazionale molto snello e limitato ai principi di tutela di base, lasciando la definizione del



Segue a pagina 4



LINEE GUIDA ANAAO

Le coordinate indicate dall'AnaaO Assomed per stabilizzare il personale precario in linea con quanto previsto dal Dpcm del 6 marzo 2015 e dalle successive norme contenute nella Legge di stabilità 2016



La stabilizzazione del personale precario



a cura di
**ELEONORA
ALBANESE**
Esecutivo
Nazionale AnaaO
Assomed

RIFERIMENTI NORMATIVI

Il Dpcm del 6 Marzo 2015 pubblicato nella GU n 94 del 23 Aprile 2015 dà attuazione a quanto disposto dall'articolo 4, comma 10, del Decreto Legge n. 101/2013, poi convertito, con modificazioni, dalla Legge n. 125/2013 recante in oggetto "Disposizioni urgenti per il perseguimento di obiettivi di razionalizzazione nelle pubbliche amministrazioni". Il suddetto Dpcm disciplina le procedure concorsuali riservate per l'assunzione di personale precario del comparto Sanità, prevedendo una procedura di reclutamento denominata "Speciale" a favore del personale precario dell'area della Dirigenza Medica, Sanitaria, Veterinaria e del Comparto nel rispetto dei vincoli economico-finanziari vigenti.

Nel dettaglio il Dpcm consente:

L'avvio di procedure concorsuali riservate, nella misura del 50% al personale sanitario che abbia maturato alla data del 30/10/2013, negli ultimi 5 aa, almeno 3 anni di servizio, anche non continuativo, con contratto di lavoro subordinato a tempo determinato presso enti del medesimo ambito regionale anche diversi da quello che indice la procedura concorsuale.

■ La possibilità di partecipare alle suddette procedure concorsuali per il personale dedicato alla ricerca in Sanità e per il personale in servizio al pronto soccorso delle Aziende Sanitarie Locali con almeno 5 aa di prestazione continuativa anche se non in possesso di specializzazione in Medicina e Chirurgia d'accettazione e d'urgenza.

■ La proroga dei contratti di lavoro a tempo determinato nelle more dell'espletamento delle procedure concorsuali, sino al 31.12.2018.

La Legge n. 208/2015 (Legge di Stabilità del 2016) relativamente alla stabilizzazione del personale precario prevede:

Art.1, Comma 541: "nell'ambito della cornice finanziaria programmata per il Servizio Sanitario Nazionale e in relazione alle misure di accrescimento dell'efficienza del settore sanitario previste dai commi da 521 a 552 e alle misure di prevenzione e gestione del rischio sanitario di cui ai commi da 538 a 540, al fine di assicurare la continuità nell'erogazione dei servizi sanitari, nel rispetto delle disposizioni dell'Unione europea in materia di artico-



lazione dell'orario di lavoro, le regioni e le province autonome..... omis-
sis.....:

- b) predispongono un piano concernente il fabbisogno di personale, contenente l'esposizione delle modalità organizzative del personale, tale da garantire il rispetto delle disposizioni dell'Unione europea in materia di articolazione dell'orario di lavoro attraverso una più efficiente allocazione delle risorse umane disponibili, in coerenza con quanto disposto dall'articolo 14 della legge 30 ottobre 2014, n. 161;
- c) trasmettono entro il 29 febbraio 2016 i provvedimenti di cui alle lettere a) e b) al Tavolo di verifica degli adempimenti e al Comitato permanente per la verifica dell'erogazione dei Lea.

Art. 1 Comma 543: "in deroga a quanto previsto dal Dpcm 6 marzo 2015...., gli Enti del Ssn possono indire entro il 31/12/2016 procedure concorsuali straordinarie per l'assunzione del personale precario medico, tecnico- professionale ed infermieristico per far fronte alle esigenze assunzionali secondo quanto previsto dal comma 541.

Nell'ambito delle suddette procedure concorsuali gli enti del Ssn possono riservare i posti disponibili nella misura del 50% al personale sanitario in servizio alla data di entrata in vigore della

presente Legge, che abbia maturato alla data di pubblicazione del bando almeno 3 aa di servizio, anche non continuativo con contratti a tempo determinato, con contratti di collaborazione coordinata e continuativa o con altro tipo di lavoro flessibile con i medesimi Enti."

Gli emendamenti in deroga al Dpcm contenuti nella Legge di Stabilità consentono:

- Di ampliare l'ambito di applicazione del Dpcm includendo nella riserva delle procedure concorsuali pari al 50% non solo i tempi determinati propriamente detti, ma anche i contratti atipici fermo restando il possesso dei requisiti previsti dal Dpcm.
- Di estendere alla data di pubblicazione dei bandi concorsuali, quindi non più al 30 Ottobre 2013, il termine entro il quale maturare almeno 3 aa di servizio, anche non continuativo, presso gli Enti del Ssn, negli ultimi 5 aa.
- Di applicare la norma transitoria sia ai contratti a tempo determinato che ai contratti atipici consentendone la proroga nelle more dell'espletamento delle suddette procedure concorsuali.

Circolare del Ministero Della Salute del 26/02/2016 recante in oggetto le indicazioni operative di cui all'Art. 1 comma 541 e commi 542 e 543 della legge n.208/2015 (Legge di Stabilità 2016).

La Circolare, emanata dal Ministero della Salute, approvata dal Tavolo degli adempimenti, dal Comitato per la verifica dell'erogazione dei Lea e dal Tavolo del Regolamento sugli standard ospedalieri è indirizzata alle Regioni e fornisce le indicazioni operative per l'attuazione della Legge di Stabilità 2016 in relazione alla definizione del fabbisogno di personale e alle successive procedure concorsuali a seguito delle valutazioni emerse in termini di esigenze assunzionali.

In particolare le Regioni "predispongono un piano concernente il fabbisogno di personale, contenente l'esposizione delle modalità organizzative del personale, tale da garantire il rispetto delle disposizioni dell'Unione europea in materia di articolazione dell'orario di lavoro attraverso una più efficiente allocazione delle risorse umane disponibili, in coerenza con quanto disposto dall'articolo 14 della legge 30 ottobre 2014, n. 161." (Art.1 comma 541 Legge n. 208/2015).

“

Nodo cruciale della sentenza è la violazione, da parte dell'Italia, della direttiva europea 70/1999 riguardante l'accordo quadro tra le organizzazioni intercategoriale a carattere generale

Nel caso di criticità nell'erogazione dei Lea, in virtù delle nuove norme di lavoro, è previsto che le Regioni debbano comunicare l'eventuale ricorso alle forme di lavoro flessibile. (Art.1 comma 542 Legge n. 208/2015).

Le Regioni, inoltre, nel rispetto della cornice finanziaria programmata e delle disposizioni vigenti in materia del costo del personale, trasmettono il piano di definizione del fabbisogno del personale corredato della relativa metodologia di calcolo al Tavolo di verifica degli adempimenti e al Comitato permanente per la verifica dell'erogazione dei Lea. Infine la circolare ribadisce, ai sensi dell'art. 1 comma 543

Legge n. 208/2015 in deroga a quanto previsto dal Dpcm 6 Marzo 2015, che gli Enti del Ssn possono indire procedure concorsuali secondo le modalità riportate nel suddetto comma.

Sentenza Corte di Giustizia Europea del 26 Novembre 2014 (cause riunite C-22/13, C-61/13, C-62/13, C-63/13 e C-418/13)

La sentenza della Corte di Giustizia Europea, relativa al precariato nella Pubblica Amministrazione, condanna l'Italia per l'abuso di contratti a termine, riferendosi, in particolare, ai docenti della scuola, ma gettando, indirettamente, le basi giuridiche per la stabilizzazione di tutto il personale precario della PA e, quindi, della Sanità.

Nodo cruciale della sentenza è la violazione, da parte dell'Italia, della direttiva europea 70/1999 riguardante l'accordo quadro tra le organizzazioni intercategoriale a carattere generale (Ges, Unice e Ceep). Tale accordo, da una parte, ha l'obiettivo di migliorare la qualità del lavoro a tempo determinato, garantendo il rispetto del principio di non discriminazione e, dall'altra, impone, agli stati membri dell'Ue, l'adozione di misure preventive per evitare gli abusi derivanti dall'utilizzo di una successione di rapporti o contratti di lavoro a tempo determinato attraverso l'adozione di alcune misure riguardanti le ragioni obiettive che giustificano i rinnovi di tali contratti, la durata massima totale dei contratti successivi e il numero stesso dei rinnovi (come per altro previsto dal successivo DL 368/2001, art. 5 comma bis, secondo il quale i contratti di lavoro a tempo determinato di durata superiore a 36 mesi devono essere trasformati in contratti a tempo indeterminato).

Nel caso di accertati abusi, in mancanza di una specifica disciplina dell'UE in



La stabilizzazione del personale precario

materia e in assenza di specifiche sanzioni economiche, non previste dal diritto dell'Ue, la garanzia sia della modalità di applicazione che dell'efficacia delle norme dettate dall'accordo quadro, spetta all'ordinamento giuridico interno degli stati membri grazie al principio di autonomia procedurale di cui godono. Infatti, se da una parte l'accordo quadro vincola gli Stati membri per quanto riguarda il risultato da raggiungere, dall'altra, lascia ad essi la scelta della forma e dei mezzi da utilizzare.

Criteria per la stabilizzazione derivanti dalle normative citate

Premesso che il progressivo superamento delle posizioni di lavoro precario dovrà rispettare le procedure ordinarie previste dalla normativa vigente per le assunzioni di personale nel pubblico impiego previste dalle norme finanziarie, con particolare riferimento al contenimento del costo del personale e ai piani di rientro (Art. 1 comma 541 Legge n. 208/2015), qualora "sulla base del piano del fabbisogno del personale emergono criticità, si applicano i commi 543 e 544" come nello stesso comma viene specificato. Pertanto sarà possibile procedere con l'immediata immissione in ruolo del personale sanitario precario attualmente in servizio a tempo determinato o con contratto atipico, utilmente collocato in graduatorie concorsuali vigenti, Regionali od extraregionali in questo secondo caso su segnalazione della persona direttamente interessata, purché si tratti di personale sanitario in possesso dei requisiti previsti dal sopraccitato Dpcm; nel caso della stabilizzazione dei tempi determinati questa potrà avvenire senza maggiori oneri economici per le Aziende. Per le altre tipologie di personale, l'accesso alle posizioni della dirigenza potrà avvenire esclusivamente attraverso espletamento e superamento di procedure concorsuali. A tal proposito a seguito della riorganizzazione della rete ospedaliera con particolare riferimento alle Regioni sottoposte ai piani di rientro si rende necessario stabilire criteri per la definizione degli standard minimi di dotazione organica, del personale sanitario, in base a volumi di attività prestazionali ed assistenziali. In particolare ogni azienda dovrà attuare una ricognizione del personale precario in

servizio, sia di tipo quantitativo, quindi volta a verificare il n° complessivo delle unità in servizio, sia di tipo qualitativo, valutando i diversi profili professionali e le differenti tipologie contrattuali anche in relazione alla corretta erogazione dei Lea che lo stesso personale garantisce, al fine di non incorrere in una sottostima dei posti eventualmente messi al bando nelle future procedure concorsuali.

Per l'avvio delle procedure concorsuali, finalizzate alla copertura dei posti a tempo indeterminato, le Aziende ed Enti potranno procedere all'indizione di appositi concorsi pubblici con la riserva del 50% nell'ambito dei quali, fermo restando il possesso dei requisiti per l'accesso ai rispettivi profili professionali, saranno specificatamente, maggiormente valorizzate ai fini della determinazione del punteggio per i titoli, le esperienze professionali maturate nell'Azienda o Ente con contratti di lavoro subordinato a tempo determinato e con gli altri rapporti di lavoro flessibile, (Co.Co.Co., Co.Co.Pro., ex art. 15 septies ed octies etc.).

L'espressione riferita a personale "tecnico professionale" della Legge di Stabilità è da intendersi, come convenuto dai tecnici regionali, riferita a tutto il personale del ruolo sanitario (profili tecnico-sanitari, dirigenti sanitari, etc.) Nelle more dell'espletamento delle procedure sopra descritte le Aziende, previa valutazione del permanere delle necessità e delle relative compatibilità che hanno dato luogo all'assunzione del personale precario e atipico, confermeranno i rapporti in essere. Le Aziende potranno altresì prevedere, tramite idonea procedura selettiva, la trasformazione dei contratti atipici in contratti a tempo determinato, in considerazione del fatto che, al pari dei tempi determinati, concorrono al mantenimento dei Lea occupando posti in dotazione organica già vacanti da anni. Ciò anche in considerazione delle normative in materia di rapporti di collaborazione coordinata e continuativa che ne definiscono il superamento. È auspicabile, ancorché sia ancora previsto dalla Legge di Stabilità per carenze specifiche, che le strutture pubbliche che erogano servizi sanitari non ricorrano più ad assunzioni di personale con le forme di flessibilità, per le attività di istituto ricorrenti e facenti parte dell'organizzazione generale del lavoro, nelle singole strutture che attengono a servizi assistenziali o socio assistenziali erogati direttamente alla persona, ovvero a settori amministrativi indispensabili e fondamentali per la missione della stessa Azienda o Ente.

Segue

grande corpo delle norme contrattuali generali alla contrattazione periferica mediante dei veri e propri contratti di II° livello e non solamente contratti attuativi di norme del Ccnl. Questi contratti aziendali deciderebbero buona parte delle norme contrattuali e i finanziamenti necessari per la loro attuazione verrebbero stornati da quelli attualmente gestiti dal Ccnl, in antitesi al modello contrattuale nel mondo del privato, dove i contratti aziendali sono invece finanziati con soldi delle aziende, aggiuntivi a quelli nazionali.

Tralasciando per il momento il finanziamento del Ccnl, ancora solamente ipotizzato, per l'Anaa ben altre sono gli argomenti da affrontare e comunque diversa deve essere l'impostazione da dare a quelli sopra citati.

L'attuale scarsa credibilità contrattuale delle Regioni e delle Aziende sconsiglia fortemente di rinunciare alle uniche certezze fino ad ora presenti nelle norme e nelle tutele del Ccnl. L'ipotesi di introduzione di Contratti Aziendali di II° livello potrebbe essere attuabile a fronte di stanziamenti economici aziendali aggiuntivi a quelli determinati dal CCNL per i fondi contrattuali e comunque nel rispetto di norme regolamentari nazionali.

Per quanto riguarda le deroghe ai riposi e ai limiti di orario di lavoro queste potranno essere attuate a tempo limitato solamente per particolari condizioni straordinarie previste dal Ccnl.

Inoltre il Ccnl dovrà prevedere: un nuovo modello di carriera del dirigente del ruolo sanitario a doppio sviluppo (uno prevalentemente gestionale ed uno prevalentemente professionale, con identica dignità), la definizione di criteri generali mediante cui individuare i modelli organizzativi standard delle attività sanitarie, a tutela della sicurezza clinica per i pazienti e della salute per il personale ed un nuovo sistema premiale per i medici, più specifico alle loro peculiarità. In considerazione di quanto sopra espresso, ci auguriamo pertanto che le dichiarazioni di questi giorni da parte di esponenti della Parte Pubblica rientrino nella solita ritualità precontrattuale e ben diverse siano invece le loro proposte al momento opportuno e su questa prospettiva indirizzeremo i nostri sforzi.

L'atto di indirizzo del Comitato di Settore sarà la cartina di tornasole di tutto ciò e c'è da augurarsi per il Ssn che non sia per i Sindacati della dirigenza del ruolo sanitario politicamente irricevibile per i suoi contenuti.

Il precariato in Calabria

Intervista a Filippo Larussa

Un percorso non ancora completato, ma siamo fiduciosi

Parte dalla Regione Calabria, il focus che *Dirigenza Medica* intende realizzare per capire qual è lo stato dell'arte del precariato e quali sono le azioni che l'Anaaò sta mettendo in campo per contrastare il fenomeno. Abbiamo intervistato Filippo Larussa, Vice segretario regionale vicario Calabria e componente direzione nazionale Anaaò Assomed che descrive "una fase di non compiuta e uniforme attuazione e molto a macchia di leopardo". Anche se qualcosa si sta muovendo



Dottor La Russa quali sono gli scenari nella sua Regione?

Ancora con molte ombre. Partiamo da una premessa, la situazione in Calabria è molto complessa, la Regione è sottoposta a commissariamento e sono poche le Aziende con una guida stabile. Sul fronte del precariato abbiamo raggiunto un obiettivo significativo: è stato infatti firmato un protocollo d'intesa per stabilizzare i circa 300 medici precari della Regione, tuttavia stiamo vivendo una situazione kafkiana. Mi spiego: allo stato attuale quattro delle nove aziende calabresi, ossia l'Azienda Ospedaliera Pugliese Ciacio e quella Ospedaliera Universitaria Mater Domini di Catanzaro e la Asl di Crotona sono commissariate. A queste si aggiunge la Asl di Reggio Calabria che è addirittura sottoposta a commissariamento prefettizio. Tradotto, in queste Aziende a causa dell'assenza dei Direttori amministrativi e sanitari non si possono espletare le fasi concorsuali. Quindi, nonostante ci sia un protocollo d'intesa le procedure per stabilizzare i precari di fatto vengono rallentate se non addirittura stoppate. Tirando le somme, stiamo vivendo una fase di non compiuta e uniforme attuazione, e molto a macchia di leopardo proprio per la diversificata situazione tra le Aziende.

Uno scenario complesso quindi, ma ci sono punti di luce?

Certamente, ad esempio nell'Azienda ospedaliera di Cosenza le procedure di stabilizzazione sono avviate e si stanno ultimando le fasi di espletamento dei concorsi, riservati e non, per assumere circa 42 precari. Sono inoltre allo studio le fasi di attuazione applicativa delle assunzioni temporanee previste dalla legge 183 sull'orario di lavoro.

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

L'unica pagina positiva del lavoro della struttura commissariale, svolta con un leale spirito di collaborazione con le organizzazioni sindacali, è stato proprio l'Accordo regionale in materia di stabilizzazione del lavoro precario siglato il 18 ottobre 2015. E l'Anaaò, non solo si è fatta parte diligente nel coadiuvare questo processo di stabilizzazione, ma ha avuto un ruolo trainante: siamo riusciti a chiudere in tempi rapidi un accordo soddisfacente, nonostante il Commissario ci abbia ignorato nelle materie di informazione obbligatoria e relativa a elementi fondamentali per la programmazione del sistema regionale a partire dalla riorganizzazione della rete. Ma questo è stato solo l'inizio, perché ora stiamo vigilando sull'espletamento dell'accordo

fungendo anche da pungolo costante verso le istituzioni, quindi sulla struttura commissariale, sul dipartimento Tutela salute e sulle Direzioni generali delle Aziende che sono pro-quota responsabili dei vari passaggi attuativi dell'accordo.

Che tempi di attuazione prevede per la stabilizzazione dei precari?

In alcune Aziende proprio in questi giorni stanno partendo le lettere di assunzioni. Mentre in quelle ancora commissariate stiamo portando avanti azioni di pressing con proposte di superamento dell'impasse giuridico amministrativo. I tempi in questo caso non dipendono da noi, ma siamo fiduciosi che entro fine anno dovremmo chiudere la partita. Anche perché in alcune unità operative c'è una situazione di reale emergenza in quanto mancano i requisiti minimi numerici di personale per la tutela dell'integrità dei pazienti e del personale che vi opera. Ma per capirlo basta guardare ai fatti di cronaca che raccontano di medici aggrediti nei Pronto soccorso dai pazienti a causa delle lunghissime attese, o ai colleghi in burnout o in situazioni di sovraccarico sempre più esposti ad acuzie cardiovascolari. Ormai è un bollettino di guerra. Ma non deponiamo le armi.

“Un brainstorming per costruire e definire il medico di domani”

“Partire dal medico del presente e guardare al futuro per portare la professione ad esprimersi al meglio e a dare il suo contributo. Siamo qui per un grande brainstorming per costruire una piattaforma su quello che vogliamo essere domani e a precorrere i tempi in modo proattivo”.

È quanto ha affermato il presidente Fnomceo, Roberta Chersevani aprendo la III Conferenza nazionale della Professione medica e odontoiatrica di Rimini. Tre giorni di confronto, dal 19 al 21 maggio, dedicati al mondo medico e alle tante questioni e problemi che abbracciano la professione e la sanità.

Una kermesse nel corso dei quali, grazie a 16 tavoli di lavoro, sono state tracciate le linee di sviluppo della professione da qui ai prossimi anni.

Al centro: le nuove tecnologie, la formazione, l'organizzazione, il rapporto con il paziente e con le altre professioni. Ma anche ambiente, linee guida, medicina di genere e nuovi bisogni di salute. Sul tappeto sono molte le questioni aperte:

dall'invecchiamento della popolazione allo tsunami dei farmaci innovativi fino alle risorse sempre più esigue.

Ci sono poi i problemi dei giovani che faticano a trovare lavoro, l'ambiente sempre più gravato dal riscaldamento globale, ma anche il tema del progresso della medicina e delle conoscenze che, ha ricordato Chersevani “si sviluppano più velocemente della nostra capacità di apprendere”.

A questo si aggiungono le difficoltà sempre più crescenti dei cittadini, come segnalato dal Rapporto Osservasalute e dal Pit-Salute di Cittadinanzattiva, e quelle del rapporto medico-paziente. Grazie ai 16 workshop è stato delineato un pacchetto di proposte dalle quali partire per disegnare un nuovo capitolo nella storia centenaria dell'istituzione ordinistica di medici e odontoiatri italiani.

Spetterà poi alla presidente Chersevani trarre la sintesi “politica” di questo lavoro enorme, e tracciare quella che potrebbe diventare di fatto la nuova piattaforma professionale sulla quale tutti i medici italiani saranno chiamati a confrontarsi e, laddove serve, a mobilitarsi.



La medicina ospedaliera. Il focus dell'Anaa

Tagli, personale e gestione del rischio clinico. Sono questi i tre macro temi su cui l'Anaa si è confrontata alla III Conferenza nazionale della Professione medica e odontoiatrica.

La medicina ospedaliera tra controlli dei costi e variabilità clinica è stata la sessione illustrata dal vicesegretario nazionale vicario **Carlo Palermo** che numeri alla mano ha ricordato tutte le riduzioni di risorse che ha subito il Ssn e le cui prospettive parlano di un finanziamento rispetto al Pil che nel 2018 potrebbe toccare la soglia del 6,38%. Una sorta di limite per la garanzia delle cure. Riduzione dell'offerta pubblica di servizi (posti letto; attività chirurgica; diagnostica e specialistica ambulatoriale); blocco del turnover con riduzione progressiva del personale; incremento spropositato dei ticket e spostamento delle fasce più abbienti della popolazione verso l'offerta sanitaria del privato. Tutti aspetti ben noti che potrebbero essere associati anche agli ultimi dati sul calo dell'aspettativa di vita e l'incremento della mortalità registrati nel 2015 dall'Istat.

In questo quadro che continua ad essere a tinte fosche Palermo ha evidenziato in ogni caso la necessità di “un nuovo modo di essere Medici e Dirigenti sanitari”. E la rotta da seguire va “dall'autonomia nelle attività cliniche e responsabilità nell'uso delle risorse, al pieno riconoscimento di una sfera de-

cisionale fondata sull'autonomia tecnico-professionale, attraverso organismi di governo clinico e di management diffuso”. Ma non solo le “competenze e le conoscenze dei Professionisti al centro di organizzazioni votate non al puro contenimento dei costi ma a risultati di salute. Lo scenario dunque non è roseo e in questo senso come ha segnalato il vice segretario nazionale **Giuseppe Montante** “la crescente carenza di personale ed in particolare di medici dipendenti è una delle criticità che maggiormente affligge negli ultimi anni il Ssn”. Per Montante le cause più importanti di tale carenza sono: “La crisi economica con il blocco del turnover delle assunzioni; la concomitante crescita elevata dei pensionamenti dei medici (gobba pensionistica); il perdurare della eccessiva differenza quantitativa fra la produzione annuale di medici specialisti da parte dell'Università e i pensionamenti annuali dei medici; il perdurare della dispersione del personale in tanti ospedali per l'atteggiamento tiepido delle Regioni nei riguardi degli indirizzi di riorganizzazione ed ottimizzazione della rete ospedaliera”. Ma cosa fare come medici? Alla domanda Montante risponde che i medici devono “sorvegliare sulle scelte in merito da parte della Regione e della Azienda; criticare a tutti i livelli l'uso di metodologie errate per la Sanità; proporre con argomentazioni logiche e tecniche adeguate attraverso l'uso di una metodologia valida”.

Secondo Montante “la metodologia corretta per la definizione della dotazione organica necessaria di medici si articola in 4 tappe: la prima prevede la definizione al livello regionale di modelli organizzativi standard specifici in-



I lavori della III Conferenza Fnomceo svoltasi del 19 al 21 maggio a Rimini



Roberta Chersevani, presidente Fnomceo

dividuati per area funzionale ed in alcuni casi per disciplina, tenendo conto delle condizioni organizzative storicamente esistenti e delle eventuali criticità accertate, del ruolo gerarchico dell'ospedale all'interno della rete ospedaliera e della dotazione tecnologica. La seconda tappa prevede un calcolo nelle aziende sanitarie della dotazione organica di medici dipendenti per ciascuna Unità Operativa, risultante dalla formulazione dei Piani di Lavoro attuativi dei modelli organizzativi suggeriti nella I° tappa ed invio al livello regionale dei risultati. La terza tappa consiste in un confronto al livello regionale di tali risultati con quelli già esistenti ed analisi e valutazione delle discordanze. Ultimo step, invece, è l'individuazione conclusiva dei bisogni certi di personale, nel rispetto del D. Lgs. 66/2003 e dei principi di sicurezza organizzativa e clinica.

Ma un tema caldissimo su cui tutti i medici sono costantemente impegnati riguarda la gestione del rischio clinico di cui ha parlato **Gabriele Gallone**, componente dell'Esecutivo nazionale e Presidente della Fondazione Pietro Paci. "La sicurezza non è mai stato l'unico obiettivo del nostro Sistema Sanitario" anche perché "vi sono sempre pressioni multiple che interagiscono tra di loro. Pressioni di tipo economico, di orario, di servizio al paziente, di immagine". Ma il punto è che molto spesso si sacrifica la sicurezza per ottemperare a tali obiettivi". "I sistemi complessi - ha specificato - non sono sicuri per definizione e sono le persone che debbono creare condizioni di sicurezza mediando tra vari obiettivi". Ma in questo senso perseguire con il "metodo della mela marcia è fallimentare".

La road map dei tavoli di lavoro

"Il percorso per orientare e accompagnare l'evoluzione della figura del medico in Italia richiede una prospettiva temporale di medio-lunga durata, un'azione continua caratterizzata da flessibilità e creatività nel cogliere e sviluppare di volta in volta innovazioni e opportunità, una verifica periodica dello stato dell'arte che diventi poi feed back e punto di ripartenza per tutti i protagonisti coinvolti".

È questo l'incipit delle conclusioni del documento del Centro Studi della Fnomceo, approvato dal Comitato Centrale che ha costituito una sorta di road map per i tavoli di lavoro.

"Il medico - si legge nel documento - è un protagonista centrale nel processo di cambiamento in atto del nostro sistema sanitario e la riflessione sull'evoluzione nei prossimi anni della sua figura è un momento essenziale per permettere a questo professionista di giocare un ruolo strategico nel servizio alla società".

Per la Fnomceo "all'interno dei nuovi scenari, il medico è oggi chiamato, in modo consapevole e proattivo, a:

- **essere regista** del proprio percorso professionale, cogliendo i momenti chiave di ogni fase (ad esempio quando specializzando, leader professionale, mentore per i colleghi più giovani, ecc.);
- **approfondire** le proprie competenze, tecniche e non-tecniche, utilizzando al meglio gli strumenti del Continuous Professional Development;
- **agire** come attore competente nella dimensione economica, sociale e politica della propria comunità;
- **adattarsi** allo sviluppo e contribuire a determinare i mutamenti delle organizzazioni sanitarie e del loro governo, cogliendo le opportunità offerte dal cambiamento e valorizzando la centralità del paziente in ogni attività".

Ma i cambiamenti non potranno essere immediati. "Il percorso per orientare e accompagnare l'evoluzione della figura del medico in Italia richiede una prospettiva temporale di medio-lunga durata, un'azione continua caratterizzata da flessibilità e creatività nel cogliere e sviluppare di volta in vol-

ta innovazioni e opportunità, una verifica periodica dello stato dell'arte che diventi poi feed back e punto di ripartenza per tutti i protagonisti coinvolti". Gli ambiti nei quali è necessario investire per la Fnomceo:

1. **rivisitazione** e consolidamento degli elementi che caratterizzano la professionalità del medico, da quelli più tecnici a quelli legati alla capacità di lettura e di intervento nel contesto;
2. **promozione** e supporto delle attività di formazione continua negli ambiti clinico assistenziali di interesse;
3. **promozione** e supporto della formazione in settori strategici per il miglior esercizio della professione, in particolare:
 - a. nei NOTTS, con particolare enfasi in merito al tema della capacità di lavorare in gruppi (multispecialistici e multiprofessionali), da cui non può essere estranea una specifica formazione etico-deontologica;
 - b. nella capacità di comunicare professionalmente in modo efficace con i colleghi, con i pazienti (anche tenendo conto del loro ruolo sempre più attivo, nonché della loro alfabetizzazione sanitaria), con le altre professioni sanitarie e con la società;
 - c. nella capacità di leggere e inserire il singolo evento clinico nel contesto più ampio della storia del paziente e del sistema sociale in cui è inserito;
 - d. nella capacità di gestire il proprio sviluppo professionale e lo stress che può accompagnarne alcune fasi;
 - e. nell'esercizio della leadership professionale, modulata in funzione dei livelli di azione cui il professionista è chiamato;
 - f. nella conoscenza e comprensione dei meccanismi che regolano la dinamica dei sistemi complessi, che influenzano l'agire quotidiano nei più diversi livelli;
 - g. nella governance in sanità;
 - h. nella capacità di contribuire a determinare e a governare i cambiamenti delle organizzazioni.



Tempo massimo settimanale, libera professione, sicurezza delle cure

Con l'entrata in vigore delle disposizioni europee restano aperte alcune questioni importanti sulle quali è urgente fare chiarezza. Sia in vista del prossimo rinnovo contrattuale che in previsione di iniziative unilaterali di Regioni e Asl, soprattutto sui limiti orari che si vorrebbero imporre alla libera professione



CARLO PALERMO
Vice Segretario
Nazionale Vicario
Anaa Assomed

Il dibattito sull'interpretazione delle norme giuridiche che regolano il "riposo europeo" e alla loro ricaduta sull'organizzazione concreta del lavoro in ambito sanitario riservano particolare attenzione alle conseguenze sulla sicurezza delle cure. Chi opera quotidianamente in una corsia di ospedale e si interessa di sindacato deve avere un'ottica diversa più lontana dall'analisi scientifica dei testi.

Partendo comunque da questo retroterra culturale, deve analizzare le interpretazioni, anche quelle derogatorie, valutandone i riflessi sui modelli organizzativi e sulla sicurezza dei pazienti, la compatibilità con i contratti e con il diritto dei lavoratori ad una vita sociale e familiare soddisfacente, non dimenticando i riflessi finanziari, proponendo soluzioni pragmatiche ma sempre rispettose dei principi generali.

Il rapporto tra riposo minimo continuativo e reperibilità

Nell'articolo 7 del D.lgs 66/2003 sono introdotte due deroghe alla consecutività e continuità del riposo stabilita dall'articolo 3 della Direttiva europea 2003/88/Ce. La prima è relativa ai lavori frazionati, la seconda ai lavori caratterizzati da regimi di reperibilità, introdotta dalla Legge 133/2008 (articolo 41, comma 4). Non penso che la prima deroga interessi il mondo della sanità. Per quanto attiene le attività frazionate, la direttiva europea si riferisce in particolare al personale addetto alle attività di pulizia (art. 17, par. 4, lett.

b, direttiva 2003/88/Ce). La previsione interna è chiara nel consentire il frazionamento del riposo solo ove il frazionamento della prestazione lavorativa sia dovuto alle caratteristiche dell'attività svolta, cioè in presenza di specifiche ragioni intrinseche o strutturali della medesima attività, che lo rendano necessario (per esempio il lavoro nel settore della ristorazione).

Resta dunque la possibilità del frazionamento del riposo in caso di ricorso a regimi di reperibilità e c'è da chiedersi se questo sia coerente con i contenuti della direttiva europea.

Preliminarmente, è bene precisare che, ai fini dell'attuazione della direttiva e stante la giurisprudenza della Corte di giustizia europea (vedi in particolare le sentenze "Jaeger" e "Simap"), la fase della reperibilità che deve essere considerata ai fini del calcolo del riposo è solo quella cosiddetta "attiva", cioè la fase durante la quale il lavoratore è concretamente chiamato ad intervenire, recandosi sul luogo indicato dal datore di lavoro per prestare la propria opera, e non anche la fase di attesa presso il proprio domicilio o presso altro luogo scelto dal lavoratore stesso, cosiddetta reperibilità "passiva", durante la quale, secondo la Corte, il lavoratore può essere considerato in riposo, poiché è in grado di scegliere il luogo dove soggiornare e le attività da svolgere durante le attese.

Tra le attività per le quali la direttiva consente deroghe (in genere riferite alla durata, ma, in ipotesi, anche alla consecutività del riposo) l'art. 17, par. 3, lett. c, i, elenca alcune attività re-

lati-
ve alla
sanità:

"attività caratterizzate dalla necessità di assicurare la continuità del servizio o della produzione, in particolare, quando si tratta: i) di servizi relativi all'accettazione, al trattamento e/o alle cure prestati da ospedali o stabilimenti analoghi, comprese le attività dei medici in formazione, da case di riposo e da carceri".

La Legge 161/2014, all'articolo 14 comma 3, demanda ai contratti collettivi nazionali di lavoro del comparto sanità la disciplina delle deroghe alle disposizioni in materia di riposo giornaliero del personale del Servizio sanitario nazionale, prevedendo altresì equivalenti periodi di riposo compensativo, immediatamente successivi al periodo di lavoro da compensare.

L'interpretazione del Ministero del Lavoro per cui durante la reperibilità la chiamata in servizio "sospende" il riposo e non lo "interrompe" ha una sua giustificazione giuridica solo nella legislazione italiana. In definitiva secondo il Ministero del Lavoro, al termine della prestazione lavorativa resa in regime di reperibilità, non si do-

Ecco come regolarla



in attesa del contratto

i lavoratori dispongano di periodi di riposo regolari, la cui durata è espressa in unità di tempo, e sufficientemente lunghi e continui per evitare che essi, a causa della stanchezza, della fatica o di altri fattori che perturbano la organizzazione del lavoro, causino lesioni a se stessi, ad altri lavoratori o a terzi o danneggino la loro salute a breve o a lungo termine”.

La questione è molto spinosa e di non facile soluzione e sarebbe auspicabile uno specifico pronunciamento della Corte di giustizia europea relativamente alle problematiche della reperibilità “attiva” e dei meccanismi di compensazione del mancato riposo, in particolare quando ne sia lesa la consecutività. E’ evidente che per risolvere il complesso dei problemi legati alla reperibilità, la via più breve è rappresentata dalla contrattazione collettiva.

A mio parere, si potrebbero introdurre alcuni elementi di tutela. Innanzitutto, non si dovrebbe prevedere una reperibilità per il professionista dopo un servizio di 12 ore continuative (in genere di guardia). Poi, prendendo a riferimento la definizione di lavoro notturno del CCNL integrativo 10 febbraio 2004, articolo 7, e quella di periodo notturno e lavoratore notturno contenuta nel D.lgs. 66/2003, nel caso il professionista superi le tre ore di servizio nel periodo 22,00-6,00 (anche 23,00 – 07,00 o 24,00 – 08,00), comprendendo anche il tempo di viaggio, si dovrebbe assegnare un turno di riposo completo. Solo in caso di chiamate brevi potrebbe essere sufficientemente garantire, ove necessario, un numero di ore compensative del mancato riposo poste immediatamente dopo il periodo di reperibilità. Sarebbe, quindi, opportuno non inserire nei turni di servizio del mattino successivo il personale che abbia effettuato la reperibilità notturna.

È evidente che in mancanza di un accordo soddisfacente con la parte datoriale, l’unica via rimarrebbe un pronunciamento specifico della Corte di giustizia europea sulla possibilità di frammentare il riposo durante regimi di reperibilità e sugli eventuali meccanismi di compensazione.

Il tempo massimo di lavoro giornaliero

L’articolo 36, comma 2, della Costituzione prevede che *“La durata massima della giornata lavorativa è stabilita dalla legge”*. Secondo interpretazioni esistenti in dottrina, il D.lgs. 66/2003 realizzerebbe la disposizione costituzionale con una tecnica *a contrariis*. L’articolo 7 individua in 11 ore il riposo minimo continuativo tra due turni di lavoro, mentre l’articolo 8 stabilisce una pausa minima di 10 minuti dopo 6 ore di lavoro. Dal combinato disposto deriva l’individuazione della durata massima della prestazione lavorativa giornaliera in 12 ore e 50 minuti.

Le finalità delle disposizioni sono diverse. L’articolo 7 del D.lgs 66/2003 individua un limite “distanziale” di 11 ore tra una prestazione e l’altra, svolte anche in due diverse giornate, per evitare che una eccessiva vicinanza degli impegni lavorativi impedisca al prestatore un adeguato recupero delle energie psico-fisiche. L’articolo 36 della Costituzione intende evitare che un eccessivo prolungamento dell’orario di lavoro nella singola giornata (dalle ore 0.00 alle ore 24.00) sia dannoso per la salute del prestatore.

Il limite appare inidoneo sotto il profilo quantitativo a soddisfare le finalità di tutela della salute del lavoratore perseguite dagli artt. 32 e 36 comma 2 della Costituzione, ma anche a garantire una adeguata sicurezza delle cure alla luce di quanto disposto dalla Legge di stabilità 2016 (articolo 1, comma 538) per cui questa è diventata parte costitutiva del diritto alla salute dei cittadini, individuando gli indirizzi organizzativi generali del cosiddetto *“risk management”*. Infatti, 12,50 ore di lavoro die proiettati su una settimana diventano una possibilità di ben 77 ore lavorative. Una dimensione temporale del lavoro che qualcuno ha definito *“apocalittica”*. Tale limite, inoltre, non ha valore assoluto ed intangibile in quanto si prevedono deroghe in merito alla fruizione del riposo giornaliero ad opera della contrattazione collettiva (art. 17, co. 1) ovvero attraverso Decreto Ministeriale (art. 17, co. 2). Ne deriva che

“**L’interpretazione del Ministero del Lavoro per cui durante la reperibilità la chiamata in servizio “sospende” il riposo e non lo “interrompe” ha una sua giustificazione giuridica solo nella legislazione italiana.**

vrà riconoscere un altro periodo completo di riposo,

bensi un numero di ore che, sommate a quelle fruite precedentemente alla chiamata, consentano il completamento delle undici ore di riposo complessivo. Bisognerebbe però chiedersi se la deroga alla continuità e consecutività del riposo minimo con i regimi di reperibilità corrisponda allo spirito della direttiva europea. In una recente sentenza della Corte di giustizia europea (C189/14 del 23 dicembre 2015) viene ribadita l’importanza del riposo adeguato che deve essere regolare, lungo e continuo e non condizionato da ritmi irregolari di lavoro (punto 9 della sentenza) nonché il valore della continuità e della consecutività del riposo minimo (punti 4 e 48 della sentenza). Il riposo interrotto dalla reperibilità corrisponde a queste definizioni? La previsione appare lontano dalle premesse della direttiva europea 2003/88/Ce, che contiene concetti fondamentali e considerati irrinunciabili nelle sentenze della Corte di giustizia: Articolo 2, punto 9 – *“Il fatto che*



ogni deroga convenzionale o introdotta con Dm alla durata minima del riposo consecutivo giornaliero su un arco mobile di 24 ore inciderà in senso espansivo anche sul tetto giornaliero delle 12,50 ore e potenzialmente su quello settimanale di 77 ore. A ben guardare, almeno per la Dirigenza medica e sanitaria, il problema non consiste nella possibilità di programmare singoli turni diurni di lavoro di 12 ore. Il Ccnl già ora prevede una articolazione flessibile dell'orario di lavoro per far fronte alle esigenze della struttura (articolo 14, comma 1, del Ccnl 2002/2005) e la legittimità ad effettuare turni notturni di 12 ore è contemplata dall'articolo 7 del Ccnl del 10 febbraio 2004. Il problema maggiore, a mio parere, è quello del tempo di lavoro massimo settimanale. Inoltre, dal punto di vista ergonomico è la ripetizione ravvicinata di turni di servizio prolungati che ha maggiori influssi negativi sul recupero delle capacità psico-fisiche del lavoratore. Possiamo aspettare la conclusione di un lunghissimo iter giudiziario o una pronuncia della Corte Costituzionale sul tempo massimo di lavoro giornaliero? Evidentemente no. Ancora una volta l'unica via disponibile in tempi brevi è quella contrattuale. Limitando i turni di 12 ore al lavoro notturno e alla gestione dei servizi di guardia, vietando turni prolungati ravvicinati nonché ponendo un limite intangibile all'orario massimo settimanale comprensivo dello straordinario (tra 50 e 60 ore?).

La libera professione

Come ben spiegato nell'interpello n. 15/2011 del Ministero del Lavoro, l'attività intramoenia consiste nell'erogazione dell'attività lavorativa in piena autonomia, sia per quanto concerne i modi sia i tempi di svolgimento della stessa. La prestazione è, infatti, soggetta al pagamento da parte del cittadino di un compenso liberamente stabilito dal professionista ed approvato dalla Direzione aziendale e viene svolta rigorosamente al di fuori dell'orario di lavoro. Pertanto, tenuto conto delle specifiche modalità di determinazione dei tempi e dello svolgimento dell'attività appare chiaro che la stessa costituisce una prestazione libero professionale autonoma. In particolare non vengono soddisfatte le condizioni che caratterizzano l'orario di lavoro dipendente: *“Qualsiasi periodo in cui il lavoratore sia al lavoro, a disposizione del datore di lavoro e nell'esercizio della sua attività o delle sue funzioni”*. In modo inequivocabile il Ministero conclude che *“...appare evidente la non applicabilità nell'ambito dell'attività intramuraria, delle limitazioni in materia di orario di lavoro di cui al D.lgs 66/2003 previste in riferimento alla attività di lavoro dipendente”*. Per rispondere alle garbate osservazioni di Luca Benci, dico che appare curioso utilizzare un metro strettamente giuridico per valutare i complessi intrecci tra riposo e reperibilità e i riferimenti costituzionali relativi al tempo massimo di lavoro giornaliero per poi abbandonarlo quando si affronta il rapporto tra orario di lavoro e libera professione, adottando un punto di vista più politico-filosofico. Un ispettore della Direzione territoriale del Lavoro, stante la posizione del Ministero del Lavoro appena riportata, non potrà mai calcolare una attività autonoma e privata ai fini dell'attuazione dell'articolo 7 in quanto si esclude l'applicabilità del D.lgs. 66/2003 in *“alveoli diversi da quelli della subordinazione”* (Direzione interregionale del Lavoro di Milano, circolare 8 marzo 2016). Ma non voglio sfuggire al ragionamento di Luca Benci in merito all'opportunità che anche le ore svolte in libera professione intramoenia vengano considerate ai fini del riposo. Per comprenderne la reale portata, bisogna però partire da dati concreti come quelli

riportati nella *“Relazione annuale sullo stato di attuazione dell'attività libero professionale”*. Nel 2013 i medici ospedalieri che effettivamente svolgevano la libera professione erano circa 55.000 su un totale di 108.000. Il loro guadagno medio nell'anno è stato di circa 17.000 €. Il tempo assorbito per raggiungere questo fatturato si può facilmente calcolare, valutando che su una tariffa media di 120 € la quota destinata al professionista è di circa 80 € e stimando un tempo medio di visita intorno a 45 minuti. Considerando questi parametri, le ore assorbite sono circa 160 per anno. Ben al di sotto delle 460 ore annuali che secondo la normativa vigente (D.Lgs. 66/2003, articolo 4) è possibile svolgere in eccesso rispetto alle ore contrattuali (10 ore settimanali x 46 settimane all'anno, escludendo 6 settimane di ferie). I medici che superano nell'anno 50.000 € di incasso e, in ipotesi, il limite teorico di 460 ore sono circa il 10 % di coloro che svolgono la libera professione intramoenia, quindi circa 5.500 (indagine Anaa).

Nella stragrande maggioranza dei casi si tratta di direttori di struttura complessa per i quali, non effettuando turni di servizio notturni, non si pone il problema dei riposi ma, semmai, quello relativo al limite di tempo massimo di lavoro settimanale. Bisognerebbe, però, valutare che in questo segmento di professionisti in genere le tariffe delle visite sono più alte ed il fatturato indicato si raggiunge impiegando meno ore. Insomma, stiamo parlando di un fenomeno certamente marginale su cui può essere avviata una discussione. Non possiamo accettare, in ogni caso, imposizioni così pervasive da interferire con le disposizioni legislative e con scelte che devono rimanere nell'autonomia del professionista.

L'intenzione di far rientrare le ore di libera professione nel conteggio dell'orario di lavoro ai fini dell'applicazione della direttiva europea sui riposi propugnata da alcune Regioni appare un'arma spuntata, basandosi più su presupposti politico-demagogici che giuridici. Non è brandendo certe armi con intenti ricattatori che si potrà arrivare ad un accordo su un tema delicato come quello del *“riposo europeo”*. In un eventuale scontro giuridico le Regioni sono perdenti in partenza e le Aziende sanitarie rischiano di pagare pesanti multe e/o indennizzi. I tecnici regionali più avveduti questo lo sanno. Ai contratti di lavoro nazionali è demandato il compito importante di trovare una equilibrata applicazione ad una normativa introdotta in Europa nel lontano 1993 e ancora largamente disapplicata in Italia.

“**Ai contratti di lavoro nazionali è demandato il compito importante di trovare una equilibrata applicazione ad una normativa introdotta in Europa nel lontano 1993 e ancora largamente disapplicata in Italia**”



Laboratorio

Un professionista per il laboratorio del futuro o un professionista per il futuro del laboratorio?

Molto spesso tra i dirigenti medici e sanitari che svolgono la loro attività come specialisti di discipline della medicina di Laboratorio ricorre una domanda: esiste un futuro per noi e per i laboratori clinici?

La risposta che dobbiamo dare all'unisono è SI, partendo dal presupposto ineludibile che nessun percorso diagnostico-terapeutico può prescindere da indagini di laboratorio siano esse numerose e/o complesse.

La risposta è SI ma non dobbiamo pensare ad un SI determinato a mantenere lo *status quo* sia per i professionisti che per le strutture in cui operano.

Il professionista che oggi riveste il ruolo di Dirigente all'interno di un Laboratorio ha seguito un percorso formativo e curriculare che per molti è stato di alto livello, ma ormai datato e poco aderente alla realtà operativa attuale e quindi richiede costante studio e aggiornamento alla luce delle nuove scienze "omiche" (genomica, proteomica, metabolomica ecc.) che sono entrate in maniera preponderante, ed in qualche misura anche speculativa, nella attività operativa quotidiana.

I neospecialisti non entrando immediatamente nel circuito lavorativo non forniscono quella spinta innovativa generazionale che risulta da sempre stimolo per nuove attività scientifico-tecnologiche.

Certo è che non si è aiutati in tutto ciò dal limitato accesso alle Scuole di Specializzazione per i laureati non medici e dallo scarso *appeal* che le stesse rappresentano per i medici.

Tutto ciò dovrebbe generare un'importante riflessione a tutti i livelli (politico, istituzionale, accademico e professionale) sulla necessità di adeguare le Scuole di Specializzazione non con interventi tampone, come la revisione dell'ordinamento didattico, ma con la serena consapevolezza che il sistema co-



PIERANGELO CLERICI
Componente Direttivo Nazionale Settore Dirigenza Sanitaria
Presidente Amcli Associazione Microbiologi Clinici Italiani e Presidente Fismelab



si come attualmente concepito risulta ai più come un artificio burocratico per non dichiarare come disoccupati i giovani in possesso di una laurea magistrale e iscritti ad ordini professionali.

Se gli anni di frequenza per la Specializzazione sono cresciuti da 1 a 2, a 3, a 4, e poi a 5, per ritornare in alcuni casi a 4, bisogna chiedersi se l'impegno didattico è complessivamente coerente nelle materie proposte quando il Laboratorio del presente, e soprattutto del futuro (ormai immediato), richiede professionisti che oltre alla microbiologia, alla chimica clinica, alla genetica, alla patologia clinica sappiano interagire con sistemi informatici dedicati all'esame di enormi banche dati (vedi l'utilizzo della *Next Generation Sequencing*), al fine di elaborare algoritmi che definiscano il corretto inquadramento clinico del dato ottenuto, e che sappiano essere possessori di nozioni di economia gestionale per gestire in modo corretto le dinamiche di acquisti, costi e ricavi diretti ed indiretti della propria attività professionale.

Il Dirigente che opera in un Laboratorio clinico ha dovuto negli ultimi anni modularsi tra le sempre più specifiche esigenze cliniche, le innovazioni tecnologiche, le diminuite risorse economiche oltre che di risorse umane. Queste pressioni giustificate dal momento storico, ma non sempre giustificabili come scusa per interventi volti solo a ridurre qualsiasi forma di risorsa, hanno però indotto a dimenticare la collocazione che lo Specialista ha nel sistema salute, una collocazione non marginale ma da protagonista considerando i portatori di interessi (*stakeholder*) con cui si relaziona: istituzioni, clinici, aziende che producono tecnologia e soprattutto i pazienti.

Se la medicina del futuro è quella "di precisione" (ulteriore evoluzione di quella personalizzata) dobbiamo pensare al Laboratorio come ad un *unicum* dotato di più anime come quella della

prevenzione attraverso le indagini di screening, a quella della diagnosi mirata per patologia e per quel paziente, al controllo ed efficacia della terapia instaurata (si pensi all'impiego ormai sempre più frequente dei farmaci biologici), a quella della valutazione del costo/efficacia di terapie considerate eradicanti come il trattamento antivirale contro l'epatite C non sempre determinata con criteri esaustivi di Evidence Based Medicine.

Anche il professionista deve interpretare il proprio ruolo non più come esperto di un determinato *asset* diagnostico ma come interlocutore delle istituzioni soprattutto locali per non subire supinamente decisioni amministrative che spesso, anche se incongrue, trovano nella nostra debolezza culturale terreno fertile per imporsi.

Quando nel 2000 Christensen indicava come "*Disruptive innovation*" quell'innovazione dirompente e per certi versi distruttiva dell'esistente, molti di noi ritennero di ostacolare, sbagliando, qualsiasi forma di trasformazione del Laboratorio soprattutto nell'organizzazione e nella gestione delle risorse tecnologiche. A quasi 20 anni dalla proposizione di Christensen ancora oggi troviamo colleghi che vogliono resistere, per mantenere una qualche forma di "potere", alle trasformazioni necessarie per sostenere e ottimizzare il Sistema Salute e purtroppo tale visione miope concede spazio ai fautori delle *Spending review*, delle Leggi di stabilità, dei Piani di rientro e di tutti coloro che ritengono il sistema sanitario nazionale di livello universalistico solo una fonte di spesa inefficiente e non una delle più importanti risorse del Paese.

Quando alla domanda iniziale noi rispondiamo "sì" rispondiamo in modo forte e consapevole perché un Sistema sanitario che vuol essere efficiente ed appropriato non può prescindere dall'attività dei professionisti della Medicina di Laboratorio.



Rinnovo del contratto. L'Aran conferma: “Al momento stanziati solo 300 milioni. Speriamo nella nuova legge di Stabilità”

Dal Convegno nazionale di Roma la Confederazione della dirigenza medica e sanitaria fa il punto sui decreti delegati della riforma Madia e sui rinnovi contrattuali: “Chiediamo che il Governo ci senta per fornire le nostre competenze. Solo così questa riforma sarà una riforma ‘vera’”. Il presidente dell'Aran Gasparrini detta l'agenda: “Verosimilmente si dovrebbe partire dopo l'estate con i rinnovi. E speriamo in qualche risorsa in Stabilità”

Valorizzare il ruolo e il valore della dirigenza pubblica. Stop alla giungla del precariato in sanità e più risorse per il rinnovo del contratto. Queste le richieste ribadite dalla Cosmed, la Confederazione sindacale della dirigenza medica e sanitaria, in occasione del suo congresso nazionale a Roma. Al centro del dibattito i decreti delegati della riforma Madia sul rapporto di lavoro alle dipendenze della Pubblica Amministrazione e sul licenziamento disciplinare (oggetto di confronto con i sindacati e le commissioni Riunite Affari costituzionali e Lavoro della Camera). Ma non solo, sullo sfondo anche il rinnovo del contratto che dopo l'accordo su aree e comparti ora attende gli atti d'indirizzo per avviare le trattative vere e proprie.

“La dirigenza pubblica – ha sottolineato **Giorgio Cavallero**, segretario generale Cosmed – ha tutto il diritto ad essere interlocutore anche sul piano normativo, nel momento in cui si stanno per predisporre i decreti delegati per la riforma della Pubblica am-

ministrazione. Chiediamo che il Governo ci senta per fornire le nostre competenze. Solo così questa riforma sarà una riforma ‘vera’. Non si fanno le riforme senza la dirigenza di questo paese”.

Cavallero ha specificato che “si deve favorire la valorizzazione della dirigenza e per quanto riguarda rapporto di lavoro e come ad un dirigente dev'essere attribuito un incarico anche in un'ottica di corretto uso delle risorse pubbliche”. Per quanto riguarda i licenziamenti il segretario Cosmed ha poi aggiunto come “vanno espunte dal decreto di delega, forme punitive rispetto a chi ha raggiunto gli obiettivi”. “Il decreto delegato – ha detto – mette sullo stesso piano colui che ruba ed è colto in flagrante con chi non ha vigilato. Ma va detto che in molte situazioni quest'ultimi non hanno gli strumenti per fare verifiche. Ecco perché chiediamo che sia giusto che quando sbagliano i dipendenti pubblici siano puniti, ma ci vuole altrettanto rigore anche per i fornitori del Ssn e della Pa e per chi usa denaro pubblico in forma accreditata. Insomma, chiediamo regole uguali per tutti”.

Altro tema caldo è quello del lavoro flessibile. “È un far west e solo riducendo le molteplici forme anomale si potrà ragionevolmente risolvere il problema del precariato” ha sottolineato Cavallero.

E poi il rinnovo dei contratti e le risorse che sono poche. “Il punto è la volontà politica ad investire nella Pa. Se c'è volontà le risorse si trovano. Il Governo

deve battere un colpo, per esempio detassando il lavoro e vincolando delle risorse per i contratti nella prossima legge di Stabilità”

Durante il convegno - al quale è intervenuto il presidente dell'Aran Sergio Gasparrini che all'indomani dell'accordo sulle aree e comparti ha tracciato le prossime tappe per i rinnovi (vedi box) - il senatore PD **Amedeo Bianco** ha evidenziato “come per i rinnovi sembra evidente che le risorse non consentano di scrivere chissà quale agenda. In ogni caso un contratto rappresenta un'opportunità per ridefinire l'organizzazione del lavoro e il riconoscimento del merito. Il contesto è difficile ma ribadisco, resta un'opportunità anche per riprendere una dialettica sana tra le parti sociali in un settore oggettivamente in difficoltà”.

Tra gli interventi della giornata anche quello di **Saverio Proia**, consulente del sottosegretario alla Salute, Vito De Filippo che ha ribadito come “c'è la massima attenzione nel fare sì che i decreti delegati della Madia non abbiano un atteggiamento punitivo e valorizzino il rapporto da protagonista della dirigenza, senza le cui gambe e saperi nessuna riforma si realizzerà. Sicuramente c'è la volontà e l'impegno del sottosegretario ad un incontro appena le proposte di decreto saranno divulgate”.

“Chiediamo con forza che in questo paese si ribadisca il principio del valore delle funzione che svolge la pubblica amministrazione – ha commentato **Aldo Grasselli**, Segretario Gene-





COSMED

confederazione
sindacale
medici
e dirigenti



rale Aggiunto di Cosmed. In primo luogo perché la Pa è ciò che garantisce i diritti. E poi c'è l'aspetto morale di riconoscimento di una legittimità della dirigenza pubblica che in questi 15 anni è stata delegittimata da continui attacchi. Tutto ciò deve finire e deve accompagnarsi ad un intervento di pulizia, laddove ce n'è bisogno, siamo i primi a chiedere che i disonesti vadano via". "Il punto – spiega Grasselli – è che non abbiamo bisogno di tanti soldi ma di molto rispetto sì e questo non costa niente. Siamo tutti convinti che dobbiamo impegnarci in una riforma in un contesto economico disastroso". Ma come fare? Per Grasselli "si deve ascoltare chi lavora. La concertazione è stata marchiata a fuoco in maniera negativa ma bisogna ascoltare i sindacati e in questo senso come Cosmed siamo pronti al confronto".

Tornando ai contratti, **Alessandro Vergallo** Segretario Generale Aggiunto di Cosmed ha messo sul piatto anche altre preoccupazioni. "I presupposti non sono dei migliori e sarà un disastro dal punto di vista dell'offerta. Inoltre, un dato che sospettiamo è il forte avanzamento della trattativa decentrata che rende difficile seguire le trattative in tutte le aziende. Più che contratto integrativo aziendale oggi esso rischia di diventare sostitutivo. E in questo senso siamo perplessi anche perché abbiamo visto che i fondi aziendali sono stati gestiti in maniera tutt'altro che trasparente". E poi c'è la questione dell'orario di lavoro: "Temiamo una stretta – ha specificato Vergallo –

l'obbligo di applicare normativa crea aspettativa della controparte di poter inserire delle deroghe". Sugli aspetti disciplinari infine "la stretta in caso di comportamenti infedeli non avrebbe nemmeno natura di esistere. Ma ci sono degli aspetti che vanno ponderati. Ovvio punire chi non rispetta le regole – ha concluso – ma non andiamo verso il giustizialismo".

"Come Confederazione – ha affermato poi il segretario Generale Aggiunto di Cosmed **Alberto Spanò** – dobbiamo velocizzare il nostro confronto con la parte pubblica rispetto ai decreti delegati della Madia. Anche perché ci sono molte preoccupazioni. In primis vogliamo la valorizzazione delle specificità. Ovvero la riduzione dei ruoli e dei comparti non può significare una compressione delle specificità. C'è poi la questione della previsione del dirigente senza incarico che noi riteniamo vada corretta. Il dirigente deve avere un incarico". Ma non solo, per Spanò "la dirigenza sanitaria venga riconosciuta effettivamente come dirigenza, cosa che non sempre è avvenuta".

Per quanto riguarda le prossime tappe e la linea che la Cosmed intende assumere, Spanò ha infine evidenziato: "Alcuni segnali sono positivi. Non siamo di certo ottimisti ma cautamente possiamo pensare di attivare un percorso purché la decretazione delegata non si vada in controtendenza. Auspichiamo un confronto, ma no a decreti già scritti, ma in corso d'opera". (L.F.)

Garparrini: "Per i rinnovi si riparte dopo l'estate"



SERGIO GASPARRINI
presidente
dell'Aran

"Non sarà una trattativa facile anche perché i sindacati in questi anni hanno sofferto molto e ci sono alcuni nodi che sarà difficile sciogliere". È quanto ha affermato nel corso del Convegno il presidente dell'Aran Sergio Gasparrini che ha tracciato le prossime tappe per i rinnovi ricordando che a pesare sulla partita contrattuale "c'è il macigno delle risorse". Sul piatto ci sono 300 milioni di euro "sono oggettivamente pochi" ha riconosciuto Gasparrini: "Al di là del fatto che ci si aspetta incrementi retributivi, anche volendoci fare altro penso al welfare, sono una posta esigua. Sono solo lo 0,4% del monte salari". Ma non tutto è buio. "Fortunatamente – ha aggiunto – l'accordo su aree e comparti ha restituito un minimo di serenità al mondo della sanità pubblica. Immagino che ci sarà una spinta forte alla ripresa della contrattazione perché oggettivamente dopo tanto tempo è insostenibile. Verosimilmente si dovrebbe partire dopo l'estate e in quella fase vedremo quali sono le distanze". E in questo senso il presidente dell'Aran auspica risorse in più nella prossima Stabilità: "Potrebbe certamente aiutare ad avvicinare le parti".



EJD

European Junior Doctors Spring Meeting 2016

Si è svolto il 13 e 14 Maggio a Vilnius in Lituania, il meeting primaverile della Ejd (European Junior Doctor) ai cui incontri Anaao Assomed prende parte da Ottobre 2015.

I lavori sono stati aperti dalla Conferenza congiunta sui Sistemi Sanitari, presieduta dal Ministro della Salute Lituano, Juras Pozela di soli 34 anni.

I **principali topics** trattati in seno alla Joint Conference sono stati: *Specializzando – Studente o medico in formazione?* Argomento presentato da Karolis Bareikis, Md Lituania, da cui è emerso un evidente paragone con il sistema italiano dove lo specializzando conserva lo status di studente con retribuzione da parte del Miur mentre è diversa la situazione negli altri paesi Ue (es. Norvegia, Regno Unito, Paesi Bassi) dove la figura del “Resident” è contestualizzata nel sistema di Public Health Care, pertanto godendo dei diritti e doveri contrattuali dei colleghi Consultant e Senior.

A seguire l'argomento *Sostenibilità del sistema di cura* trattato da Tiia Monttinen, Md Finlandia; si è sollevato di nuovo il problema della difficile sostenibilità del sistema di cure in Europa per mancanza di personale medico, sottolineando il fenomeno della migrazione delle professioni, in particolare quella medica, verso realtà attrattive come Germania, Regno Unito, Paesi Scandinavi, etc a discapito dei paesi est europei e dell'area mediterranea tra cui Italia e Grecia.

Infine è stato trattato il tema della *Corruzione in Sanità* da Lanczi Levente Istvan, Md Ungheria; quest'ultimo argomento ha destato grande attenzione da parte di tutte le delegazioni europee. Emerge che tutti gli appalti pubblici europei in ambito sanitario sono soggetti alla criminalità, a tal riguardo si cita uno studio dell'Università di Torino dal titolo “*Warning on Crime*” che pone l'Italia al secondo posto tra le nazioni a più alto rischio di corruzione in sanità. È stata sottolineata la debolezza del quadro normativo, del basso livello di trasparenza, della difficoltà nei

controlli, negli scarsi poteri sanzionatori da parte di alcuni poteri esecutivi, anche nel nostro Paese! Si incoraggiano a tal riguardo le istituzioni Europee ad implementare le misure di controllo e sanzionatorie, a controllare sui sistemi di effettiva trasparenza, ad adoperarsi per una adeguata distribuzione di risorse con efficacia e responsabilità, infine risolvere ed evitare conflitti di interesse tra istituzioni ed imprese.

A seguire i lavori sono proseguiti con il meeting Ejd e la relazione della commissione Eu/Eea (European union/european economic area) presieduta da Kitty Michelle Mohan (Uk) e della commissione Pgt (Postgraduate medical training) presieduta da Brigita Jabar (Slovenia).

La relazione Eu/Eea argomenta sul Ttip (Transatlantic trade and investment partnership) ossia il patto transatlantico tra Unione Europea e Usa, nato nel 2013, che propone accordi bilaterali per regolare e ridurre “le barriere” in tema di sicurezza alimentare, legislazione sull'inquinamento ambientale, sulla regolazione dei rapporti bancari tra paesi ed in ultimo sull'organizzazione dei sistemi sanitari, come “voce comune” nei bilanci economici dei paesi, attraverso una privatizzazione di tutti i sistemi Welfare.

A tal riguardo, per quanto la Commissione Europea non ha esplicitamente dichiarato l'intenzione di comprendere i “Servizi di salute pubblica” in questo progetto del Ttip, diverse associazioni Europee e Mondiali come la Cpmc (Standing committee european doc-



tors), Uemo (European union general practitioner), Ejd e Wma (World medical association) riservano in ogni caso particolari dubbi in merito alle reali intenzioni del patto transatlantico. Tutte le associazioni menzionate si impegnano a regolamentare la legislazione vigente nei paesi membri Eu con una politica di investimenti nella sanità pubblica, nel salvaguardare la qualità delle cure ed incoraggiando la politica comunitaria a non diminuire gli standard assistenziali dei sistemi di cura ed infine a proteggere i servizi di salute pubblica dagli scopi del Ttip.

La relazione della Pgt argomenta invece sulla qualità dei sistemi di cura e di adeguati servizi specialistici resi ai pazienti della comunità europea, in ragione di ciò occorre formare un sufficiente numero di medici specialisti, che possano essere impiegati in tale ambito.

Si sottolinea l'importanza di assicurare una pianificazione della forza lavoro per il futuro con prospettive a lungo termine e focalizzandosi sulla flessibilità dei bisogni della popolazione in continuo cambiamento.

La diminuzione dei budget in diversi paesi comunitari contrasta con tale politica, determinando una sofferenza nella qualità della formazione specialistica.

La commissione propone: una politica che assicura un sufficiente numero di medici specialisti altamente qualificati, attraverso standard qualitativi accademici e requisiti minimi di formazione per tutte le specializzazioni, stabiliti di concerto dai sistemi di forma-



zione dei paesi Europei; una pianificazione che tiene in considerazione i cambi demografici ed epidemiologici della popolazione; infine i processi di formazione specialistica devono garantire alcuni principi inderogabili, ossia: infrastrutture formative che rispondono ad alti livelli di qualità, accessibili a tutti i giovani medici e rispondenti ai requisiti e le necessità di salute della popolazione.

Durante il meeting si sono attivati anche alcuni gruppi di lavoro tra cui: "Family & Work" ed "eHealth" nell'ambito della Workforce Committee.

In particolare il primo gruppo di lavoro ha discusso sul tema maternità e cure parentali ed ha analizzato i dati raccolti da una survey condotta nei mesi precedenti sulle diverse legislazioni presenti a livello nazionale. Si è deciso di creare sul sito web della Ejd una "carta d'identità" identificativa per ogni nazione, di quelle che sono le normative vigenti riguardo tutela della donna medico in gravidanza, congedi parentali, assistenza al bambino e altre criticità inerenti l'argomento. Nella discussione è emerso il problema che la specializzanda in gravidanza, do-

vendo astenersi dall'attività di guardia e se necessario, per motivi di salute, anche precocemente dal lavoro, vede la propria remunerazione fortemente ridotta e frequentemente si creano tensioni con il proprio datore di lavoro. Ricordiamo che, eccetto l'Italia, in Europa il medico in formazione specialistica è considerato un lavoratore a tutti gli effetti e deve render conto, anche in termini di forza lavoro all'ospedale con cui ha firmato un contratto.

Il secondo gruppo eHealth di lavoro ha trattato il tema dell'utilizzo dei sistemi informatici per la salute attraverso l'utilizzo della telemedicina ed il suo sviluppo a livello globale.

In tutti gli ambiti descritti, Anaao Assomed continua il suo impegno europeo portando contributi di pensiero ed esperienza nazionale, particolare attenzione pone ai temi della formazione specialistica e del rapporto famiglia-lavoro, inoltre gli autori attraverso e con il supporto dell'Associazione, si propongono di affrontare e sviluppare il tema del Ttip come "misura di opposizione" al tentativo di "destrutturazione" del sistema sanitario pubblico.

ALESSANDRA SPEDICATO
Vice Responsabile Nazionale Settore Anaao Giovani

MAURIZIO CAPIELLO
Consigliere Nazionale Settore Anaao Giovani



Pronto, avvocato?
Risponde l'ufficio legale Anaa Assomed

Sono in maternità anticipata a rischio e mi hanno convocata per il conferimento di un incarico a termine di dodici mesi. Come devo comportarmi?

Lo stato di gravidanza a rischio della lavoratrice non può pregiudicare, né la partecipazione ad eventuali selezioni pubbliche, né l'accettazione di incarichi a termine per scorrimento di graduatoria.

Resta fermo, tuttavia, il divieto di svolgere, durante il periodo di interdizione per gravidanza a rischio, qualsiasi attività lavorativa incompatibile con lo stato di gravidanza. Pertanto, una volta accettato l'incarico e comunicato all'amministrazione il proprio stato di gravidanza a rischio, l'Azienda sarà comunque tenuta a sottoscrivere il contratto di lavoro per poi procedere, eventualmente, alla copertura del posto con assunzione di altro personale.



Esiste una distinzione tra lavoro straordinario ed ore espletate in eccedenza rispetto al debito orario?



Per lavoro straordinario del dirigente medico, si intende quello debitamente autorizzato ed espletato per garantire servizi di guardia e di pronta disponibilità (in caso di chiamata), ovvero per altre attività non programmabili (v. art. 28 Ccnl integrativo 10.2.2004).

Al contrario, le ore svolte in eccedenza rispetto al normale orario di lavoro (38 ore settimanali) necessarie per il raggiungimento di specifici obiettivi prestazionali dovranno essere sempre negoziate separatamente con i dirigenti interessati e concordate con l'equipe, con l'indicazione dell'incentivo economico ad esse connesso (v. art. 14 del Ccnl 3 novembre 2005).

Per entrambe le fattispecie è prevista una compensazione economica sotto forma di incentivo di risultato, per il caso di eccedenza oraria finalizzata al

raggiungimento di obiettivi prestazionali e mediante maggiorazione della retribuzione oraria, per il caso di lavoro straordinario.

In quest'ultima ipotesi, inoltre, la disciplina contrattuale prevede la possibilità, in alternativa alla maggiorazione retributiva, di compensare le ore di straordinario con riposi sostitutivi da fruire, a richiesta del dirigente, entro il mese successivo tenuto conto delle ferie maturate e non fruite (v. art. 28, co. 2, Ccnl 10.2.2004, come integrato dall'art. 24, co. 16, Ccnl 3.11.2005). Per l'eventuale possibilità di recuperare le ore svolte in eccedenza rispetto al debito orario settimanale non dirette al raggiungimento di specifici obiettivi di risultato e non qualificate come straordinario, bisogna fare riferimento a quanto previsto dai regolamenti aziendali.

Il mio direttore di struttura complessa è andato in pensione. In questo caso l'Azienda può affidare l'incarico sostitutivo ad un direttore di un'altra struttura complessa oppure deve nominare un dirigente che già lavora nel reparto?

La sostituzione di un dirigente con incarico di direzione di struttura complessa cessato dal servizio è consentita per il tempo strettamente necessario ad espletare le procedure concorsuali e comunque per un periodo non superiore a sei mesi, prorogabili fino a dodici (v. art. 18, comma 4, Ccnl 8.6.2000).

In questo caso, l'Azienda dovrà conferire l'incarico di sostituzione, previa valutazione comparativa dei curricula, ad altro dirigente afferente alla struttura in cui si è verificata l'assenza e che sia

titolare di incarico di struttura semplice o di alta specializzazione o comunque di incarichi di natura professionale.

Solo in assenza di tali soggetti, oppure in caso di superamento del limite massimo di 12 mesi previsto dal contratto, sarà possibile affidare l'incarico sostitutivo ad altro medico di altra unità operativa che sia già titolare di un incarico di struttura complessa (c.d. sostituzione ad interim - art. 18, comma 8, Ccnl 8.6.2000).

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

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.



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

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 LUNEDÌ – MERCOLEDÌ – VENERDÌ dalle ore 10.00 alle ore 17.00 – telefono 064245741.
- E-M@IL inoltrando il quesito a servizi@anaao.it
- REPERIBILITÀ TELEFONICA DAL LUNEDÌ 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.news

**APPOSTA
PER TE!
IL MONDO ANAAO
NELLE TUE MANI.
SCARICA L'APP
SU APP STORE
O SU GOOGLE PLAY.**

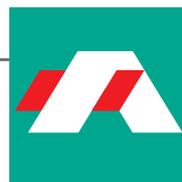
Google Play and the Google Play logo are trademarks registered by Google Inc. in the USA and other countries. Apple and the Apple logo are trademarks of Apple Inc., registered in the USA and other countries. App Store is a trademark of Apple Inc.



www.anaao.it



ANAAO
ASSOCIAZIONE



ASSOMED
MEDICI DIRIGENTI