

d!

d!rigenza medica

- 1 Editoriale del Presidente Anaa
Verso il Congresso Nazionale
- 6 Studio Anaa Lombardia-LIUC,
seconda parte
Una sanità in trasformazione

Il mensile dell'Anaa Assomed

ANAAO ASSOMED
ASSOCIAZIONE MEDICI DIRIGENTI

Intervista al presidente Fnomceo **Filippo Anelli**

I MEDICI VOGLIONO

PIÙ AUTONOMIA

Pat Carra per l'Anaa Assomed



**Guarda
tutte le vignette
nel video
Anaa Web TV**



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

IL MENSILE DELL'ANAAO ASSOMED

**d!rigenza
medica**

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

Sede di Milano:
via D. Scarlatti, 27

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

Direttore
Costantino Troise

Direttore responsabile
Silvia Procaccini

Comitato di redazione:

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

Coordinamento redazionale

Ester Maragò

Progetto grafico e impaginazione



Edizioni Health Communication srl
Edizioni e servizi di interesse sanitario

Editore

Edizioni Health Communication
Via Vittore Carpaccio 18
00147 Roma
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.

Poste Italiane S.p.A. - Spedizione
in Abbonamento Postale - 70% -
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 aprile 2018

Verso il Congresso Nazionale

DOMENICO ISCARO

Presidente
Anaa Assomed

**Dal 27 al 30 giugno si svolgerà a Roma
il 24° Congresso Nazionale dell'Anaa Assomed.**

Nei quattro anni trascorsi dal precedente congresso di Abano Terme il panorama sanitario intorno a noi si è notevolmente trasformato, alcune problematiche si sono aggravate e nuovi ostacoli da superare si sono presentati. Sono molti i temi sui quali il nostro sindacato si dovrà confrontare in questo appuntamento. Il costante definanziamento del Servizio Sanitario Nazionale degli ultimi dieci anni ha prodotto la automatica ed inconfutabile equazione di sempre, meno soldi uguale meno servizi. Assistiamo ad un SSN spinto sempre di più verso il burrone del fallimento, otto Regioni commissariate o in piano di rientro, cinque Regioni sotto la soglia minima per quanto riguarda l'erogazione dei Lea e sempre più cittadini costretti a trasferirsi da una Regione all'altra per vedersi assicurate le cure dovute o a ricorrere al privato così che aumentano spesa sanitaria e diseguaglianze.

Le Regioni rispondono ai tagli del finanziamento con radicali trasformazioni della governance riservando per sé le decisioni strategiche con una logica di programmazione centralizzata, delegando ad una o poche aziende la gestione operativa ed escludendo i professionisti da qualsiasi forma di partecipazione.

La fusione di aziende ha il più delle volte causato un uso improprio se non addirittura colpevole, dei fondi ed ha complicato notevolmente l'attività sindacale. Nello stesso tempo le piante organiche decimate dal blocco del turn-over, insieme al crescente peso di obblighi amministrativi arbitrariamente trasferiti sulle spalle dei medici, hanno notevolmente aggravato le condizioni di lavoro.

La prospettiva di una ulteriore carenza di 30 mila medici ospedalieri attesa nei prossimi cinque anni a causa delle uscite dal SSN per pensionamento, rende le previsioni sulla tenuta del sistema ancora più pessimistiche.

In questo contesto appare particolarmente gravosa la questione del lavoro medico femminile con le sue peculiarità ignorate ed i suoi diritti negati alla quale il sindacato deve trovare risposte non più rinviabili.

E non dobbiamo neanche dimenticare la partita contrattuale appena cominciata e subito rilevata piena di insidie, con le Regioni agguerrite a non cedere nulla, forte di alleati di ogni genere, in ultimo la Ragioneria generale dello Stato che con il suo parere su indennità di esclusività di rapporto e massa salariale nega gli stessi aumenti riconosciuti agli altri dipendenti della Pubblica Amministrazione.

L'Anaa Assomed non intende sottrarsi a queste sfide ed allora è d'obbligo una riflessione sul Sindacato ed il suo ruolo. La frammentazione del lavoro medico e l'affermarsi nel corso di questi anni di altre realtà professionali, che rivendicano ruolo e funzioni nel processo di cura, hanno prodotto un universo di galassie professionali dove la prassi sindacale e la forma della rappresentanza devono trovare una nuova forma e struttura.

Dobbiamo impegnarci a ricostruire la rappresentanza sindacale invertendo la deresponsabilizzazione e l'allontanamento dei colleghi, rafforzando con un rinnovato solidarismo la nostra funzione di tutela dei diritti.

Sarebbe molto grave se il prossimo congresso perdesse questo tempo di azione e sarebbe ancora più grave per tutti perdere il sindacato.



PD, M5S, LeU, Civica e Popolare e + Europa hanno tutti promesso un aumento degli stanziamenti. Il Centrodestra parla invece di "estensione delle prestazioni sanitarie". Molte anche le proposte in tema di natalità, disabilità e non autosufficienza. Ecco cosa hanno promesso i diversi partiti sulla sanità in campagna elettorale.



La sanità nei programmi di vincitori e vinti

Elezioni
2018

La situazione politica è in una lunga fase di stallo. Ad oltre un mese dalle elezioni politiche dello scorso 4 marzo, che hanno visto una forte affermazione del MoVimento 5 Stelle da una parte e della Lega dall'altra, non si ha ancora una maggioranza parlamentare in grado di poter dar vita ad un nuovo Governo.

In attesa di sapere come e se si formerà il nuovo Esecutivo, abbiamo analizzato il contenuto dei programmi sulla sanità con i quali i partiti si sono presentati alle elezioni. Alcuni di questi si limitano a poche enunciazioni generali di principio, mentre altri hanno dedicato uno spazio mag-

giore con proposte politiche più circostanziate. Nessun partito o coalizione, possiamo dire fin da subito, ha spiegato quali dovranno essere le coperture economiche necessarie a finanziare le rispettive proposte.

Entrando più nel dettaglio, PD, M5S, LeU, Civica e Popolare e + Europa hanno promesso un aumento degli stanziamenti per il Fondo sanitario nazionale.

La coalizione di **Centrodestra**, formata da Forza Italia, Lega Nord, Fratelli d'Italia e Noi con l'Italia ha invece annunciato una più generica estensione delle prestazioni sanitarie. Molte anche le proposte da parte dei di-

versi schieramenti in tema di natalità, disabilità e non autosufficienza.

Il Centrodestra ha puntato molto su una maggiore competizione tra pubblico e privato a parità di standard, e su un ulteriore rafforzamento delle autonomie locali. Non viene invece menzionata nessuna misura specifica per il personale sanitario.

Il **Partito Democratico** si è concentrato in particolare su altri aspetti quali l'investimento sul capitale umano dei professionisti della salute, il rilancio del Piano nazionale liste d'attesa, il potenziamento della medicina territoriale ed una revisione complessiva della governance del farmaco.

Quanto al **MoVimento 5 Stelle**, il loro programma sulla sanità sembra puntare decisamente su un rafforzamento del sistema pubblico con un incremento del finanziamento ed un abbattimento delle liste d'attesa per tutti gli esami medici, oltre all'eliminazione del ticket sui farmaci. Quanto al personale, si propone lo sblocco del turnover, l'attuazione delle procedure di mobilità interregionale del personale sanitario ed un piano ordinario ed esaustivo di assunzione dei sanitari mancanti, secondo quanto imposto dalla legge n. 181/2014.

Liberi e Uguali ha invece dato molto spazio al personale, proponendo l'assunzione di almeno 40mila medici e operatori sanitari, oltre all'abolizione del superticket. Abolizione ripresa anche da Civica e Popolare, che punta inoltre alla revisione dell'attuale sistema di commissariamento intervenendo in modo chirurgico sulla singola azienda sanitaria e non sull'intera struttura regionale. Per la lista guidata da Lorenzin spazio anche al nuovo contratto dei medici oltre alla previsione di nuove assunzioni.

Infine, da **+Europa** è arrivata la proposta del superamento dell'attuale Titolo V per poter garantire gli stessi standard di assistenza su tutto il territorio nazionale, e, sulla ricerca, si è proposto un finanziamento pari al 3% del Pil. Anche in questo caso non viene menzionata nessuna misura specifica per il personale.

dopo la sua relazione al Consiglio nazionale che segna un deciso cambio di passo nelle strategie della Federazione. “L’aziendalizzazione ha generato solo obiettivi economici dimenticando la dimensione umana del sistema e il diritto alla salute. In questo contesto il medico si trova a volte in una situazione di stress psicologico tra esigenze di budget e coscienza professionale che può portare addirittura alla decisione di non dare quella prestazione in più anche se magari si ritiene necessaria”



**“Il vero nemico
del medico:
l’aziendalizzazione
della sanità”**

**GIOVANNI
RODRIQUEZ**

Filippo Anelli ha svolto nei giorni scorsi la sua prima relazione da presidente al Consiglio nazionale della Fnomceo. Una relazione da molti giudicata innovativa, un vero e proprio segnale di svolta nelle politiche dell’Ordine dei medici e che finora ha ricevuto una condivisione pressoché unanime tra le diverse categorie mediche.

Ma è veramente così? Lo abbiamo chiesto a lui direttamente in questa intervista esclusiva per il nostro giornale.

Presidente Anelli, i primi commenti alla sua relazione all’ultimo Consiglio nazionale Fnomceo hanno individuato nelle sue parole i segnali chiari di una svolta nella politica ordinistica verso la professione medica. Era questo il suo obiettivo e se sì, perché serviva una svolta? Penso che parlare di svolta sia corretto. E soprattutto perché dopo tanto tem-

po la professione ha messo da parte le differenze ed è tornata ad essere unita e compatta. Anche in questi ultimi giorni abbiamo condiviso in maniera unitaria con tutti i sindacati quel percorso che ci porterà agli Stati generali della professione annunciati durante il Consiglio nazionale dello scorso 24 marzo. Vogliamo dare risposte pragmatiche a quel disagio sempre più percepito dai medici nello svolgimento del loro lavoro.

Ma il medico oggi è messo veramente così male?

Ad esser messo male è il rapporto tra medico e cittadino che ha subito una grave menomazione. Molte criticità discendono da quel processo di aziendalizzazione intrapreso negli anni ‘90. Si sono introdotte metodologie manageriali in sanità finalizzate alla razionalizzazione economica dei servizi che hanno prodotto un sistema che finisce per penalizzare gli stessi cittadini, per-

ché valuta i costi di esercizio e il rapporto input/output in termini di efficienza economica ma non rileva l’efficacia e l’impatto delle politiche sanitarie sulla popolazione. Sostanzialmente, l’aziendalizzazione ha generato solo obiettivi economici dimenticando la dimensione umana del sistema e il diritto alla salute. In questo contesto il medico si trova a volte in una situazione di stress psicologico tra esigenze di budget e coscienza professionale che può portare addirittura alla decisione di non dare quella prestazione in più anche se magari si ritiene necessaria. E dietro l’escalation delle aggressioni a sanitari c’è anche questo fenomeno molto poco indagato...

Nella sua relazione parla anche di un nuovo modello di sanità, cosa intende?

A quello che dicevo, va aggiunto il problema delle profonde disuguaglianze che possiamo riscontrare nelle diverse



zione del Paese: sappiamo che l'aspettativa di vita può cambiare fino a 3 anni a seconda che si viva al Nord o al Sud.

Va rivisto il sistema di finanziamento delle Regioni, non solo la loro gestione. Vorremmo poi si bloccasse questo processo di aziendalizzazione. Un primo intervento per cambiare questo sistema può essere quello di affidare ai professionisti maggiore responsabilità anche sul piano gestionale. Come detto, l'esigenza prioritaria di perseguire il pareggio di bilancio ed il contenimento dei costi nella gestione del Ssn sta di fatto condizionando il diritto alla salute dei cittadini. Se chi governa il sistema risponde solo a scelte orientate prioritariamente verso obiettivi economici, si determina nella pratica quotidiana una frattura con la professione medica che si sente limitata e condizionata nella propria autonomia. Per i professionisti della salute invece l'efficacia, cioè il raggiungimento di obiettivi di salute, deve restare la finalità prioritaria del servizio sanitario. Per questo serve un cambio di passo.

Cioè?

Se i medici devono prioritariamente garantire gli obiettivi di salute, devono essere messi nella condizione di poter gestire le risorse per la loro definizione e la loro realizzazione... ma restando medici. Pensiamo ad un modello svilup-

pato su un piano orizzontale che garantisca l'autonomia e la responsabilità professionale e sia capace di valorizzare le competenze e le capacità professionali anche ai fini del contenimento dei costi. Occorre rivedere allora il ruolo del medico nel Ssn anche negli aspetti di carattere sociale che la professione riveste, prevedendo una riflessione a tutto campo che non escluda, se necessaria, una modifica del suo stato giuridico.

Al di là dell'utilizzo del termine "medico", quali sono davvero i punti in comune tra un chirurgo, uno specialista, un universitario, un medico del territorio o un medico privato. Esiste un filo rosso che li unisce e se sì qual è?

Sicuramente il Codice deontologico. Il codice deontologico rappresenta per noi una regola di autogoverno della professione. Siamo noi, infatti, che definiamo i principi, le regole e i modi di interazione con i colleghi, oltre a regolare i nostri rapporti con i cittadini e l'intera società. Quindi, il codice è una bussola determinante per il nostro operato, dalla quale dipende la nostra identità. Ma c'è anche un altro elemento, per così dire 'ontologico', che ci accomuna: l'essenza dell'essere medico consiste nell'unire competenze tecnico scientifiche con una dimensione prodicamente umanistica. Questo ele-

mento è condiviso da un chirurgo, da un mmg, da un docente universitario, da chiunque abbia una formazione da 'medico'.

In particolare per gli ospedalieri quali sono a suo avviso le maggiori criticità?

Sicuramente il blocco del turnover, la carenza di personale, gli aumentati carichi di lavoro ed anche quell'eccessivo carico burocratico che contribuisce a far venir meno l'instaurarsi di un reale rapporto con il paziente, essenziale ai fini della cura. Oggi un medico si trova ad avere troppo poco tempo da dedicare ai pazienti. Anche se pensiamo ai report che si trova a dover compilare, questi riguardano quasi sempre i livelli di spesa e non gli obiettivi di salute. Altro fenomeno da segnalare è quello del task shifting. Pensare di trasferire competenze mediche ad altri professionisti sanitari, come accade in situazioni estreme quali un conflitto bellico, sembra essere una presa d'atto di una situazione quasi da 'terzo mondo'.

Tutto quello che propone necessita di un interlocutore, in questa situazione di incertezza politica quali saranno le sue prossime mosse. Conta di trovare interlocutori validi?

Pensiamo di essere una parte importante del sistema sanitario dalla quale non si può prescindere. I programmi dei partiti sembravano mettere quasi in secondo piano la sanità, eppure vorrei ricordare che la salute è il presupposto della ricchezza, è un bisogno essenziale per le persone. Sono in ogni caso fiducioso sul fatto che il nostro percorso possa essere percepito come un cambio di passo ed interpretato come il desiderio di un reale cambiamento, in linea rispetto a quanto sembra essere successo nelle elezioni politiche dello scorso 4 marzo. Abbiamo bisogno di tempo per poter riflettere sul nostro ruolo e presentare un progetto serio e valido di cambiamento da poter proporre anche alla politica, tenendoci sempre aperti ad un confronto aperto e leale con tutti.

“
Il codice deontologico rappresenta per noi una regola di autogoverno della professione. Siamo noi, infatti, che definiamo i principi, le regole e i modi di interazione con i colleghi, oltre a regolare i nostri rapporti con i cittadini e l'intera società

CUMULO

Si parte per medici (Enpam) ingegneri e architetti (Inarcassa).

Grande soddisfazione di Cosmed per una battaglia di civiltà ed equità finalmente vinta



Anche il libro più voluminoso ha un'ultima pagina.

Dopo la presa di posizione dell'Adepp, è giunta la firma delle singole Casse, in particolare tra ENPAM per medici ed odontoiatri e INARCASSA per ingegneri e architetti e l'INPS. Appare imminente anche la sottoscrizione della convenzione con tutte le altre Casse.

La convenzione tra le singole Casse e Inps era la condizione necessaria e sufficiente per sbloccare l'applicazione del cumulo gratuito.

Con un comunicato INPS ha ribadito di avere predisposto la piattaforma, di essere pronta a liquidare le pensioni in tempi brevi per cui finirà presto l'odissea di quanti, confidando su una legge dello Stato, si erano licenziati restando senza stipendio e pensione.

Adesso sarà possibile effettuare le domande con maggiore serenità, anche se resta molto difficoltoso ottenere da INPS una certificazione preventiva del diritto alla pensione. È una condizione di rischio potenziale che andrebbe evitata, pertanto, meglio essere certi di avere raggiunto i requisiti prima di recedere dal rapporto di lavoro.

COSMED ritiene necessaria ed urgente una campagna di informazione e di orientamento dei pensionandi da parte di INPS e Amministrazioni, sia sul cumulo che su tutte le opportunità di pensionamento (APE, RITA Opzione Donna, pensionamento ordinario di vecchiaia e anticipato, anticipo per invalidità e lavori usuranti).

Questa Confederazione che, insieme con le organizzazioni sindacali aderenti,

“Adesso sarà possibile effettuare le domande con maggiore serenità, anche se resta molto difficoltoso ottenere da INPS una certificazione preventiva del diritto alla pensione. È una condizione di rischio potenziale che andrebbe evitata, pertanto, meglio essere certi di avere raggiunto i requisiti prima di recedere dal rapporto di lavoro



Roma, 28 marzo 2018

Cumulo Inps-Casse professionali: raggiunta l'intesa fra INPS e le prime Casse professionali per sbloccare i pagamenti delle pensioni in cumulo

L'Inps, al fine di evitare penalizzazioni per i lavoratori mobili in ambito pensionistico, nel corso dell'ultimo anno si è molto impegnato sia per trovare un'interpretazione capace di sbloccare l'attuazione della legge sul cumulo, sia per trovare un punto d'incontro con le Casse professionali private al fine di dare attuazione alla legge.

Oggi 28 marzo 2018, l'Inps e le casse professionali Inarcassa ed Enpam hanno raggiunto l'accordo su un nuovo testo di convenzione, che è stato già sottoscritto. In linea col testo proposto la scorsa settimana alle Casse dall'Inps, gli oneri sostenuti per le procedure amministrativo-contabili necessarie per l'erogazione delle prestazioni saranno divisi in base alla quota di pensione erogata da ciascun ente. In particolare, il testo rimette a una commissione di esperti, designati pariteticamente dalle parti ed integrati con un componente indicato dal Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali ed uno indicato dal Ministero dell'Economia e delle Finanze, la determinazione dell'importo da ripartire, fermo restando l'immediato rimborso analitico delle commissioni bancarie sostenute. L'Inps si attende che nelle prossime ore possano pervenire le sottoscrizioni anche da parte delle altre Casse Professionali.

Il nuovo testo di convenzione sottoscritto permette da subito di sbloccare le lavorazioni delle domande già pervenute per procedere ai pagamenti delle pensioni in cumulo, mentre le parti potranno risolvere il problema della spartizione degli oneri amministrativi in un secondo momento, senza che ciò abbia ulteriori ripercussioni sui professionisti coinvolti. Le prime liquidazioni sono previste entro Pasqua e i relativi pagamenti a partire dal 20 aprile.

00142 Roma
Viale Aldo Ballarín, 42
☎ 06 5905 5085 ✉ ufficio.stampa@inps.it

ha proposto e sostenuto questa battaglia di civiltà ed equità non può che essere soddisfatta della definitiva applicazione della legge, che valorizza anche la funzione delle Casse professionali che da ora concorrono appieno al raggiungimento della pensione. Ovviamente, andranno tempestivamente sostituiti i pensionati con nuove

assunzioni, indispensabili per la tenuta dei servizi pubblici, già in gravissima difficoltà per i pesantissimi tagli agli organici effettuati negli ultimi anni, avviando un ineludibile ricambio generazionale.

Ringraziamo le Istituzioni che hanno sostenuto e applicato la disposizione di Legge, alle quali non mancherà la gratitudine di tutta la Dirigenza pubblica.

UNA SANITÀ IN TRASFORMAZIONE

SECONDA PARTE

SEGRETERIA
REGIONALE
ANAAO ASSOMED
LOMBARDIA
MARZIA
BONFANTI,
LAURA
CORTELLARI,
DAVIDE GROCE,
ROBERTA PAGANI,
EMANUELE
PORAZZI,
ANNA VANZAGO
Università
Cattaneo - LIUC,
Castellanza (VA)

Risultati (Seconda parte)

Proseguendo nell'analisi delle aree di interesse emerse nell'indagine finalizzata ad analizzare le ricadute dei cambiamenti in atto nel settore sanitario sulla dirigenza medica introdotta nel precedente numero, due ulteriori aree di interesse emerse dall'applicazione della triade di strumenti, questionario (Kolb, 1984, Dunn *et al.*, 1985; Gartell e White, 1996; Reetoo *et al.*, 2005; Lobas, 2006; Sherman *et al.*, 2007; Taylor *et al.*, 2008; Stoller, 2009; Slipicevit e Masic, 2012), interviste strutturate con la *content analysis* (Casetti e Di Chio, 1998) e valutazione a punteggio (Azzone e Bertelè, 1998; Cooper *et al.*, 2001), sono risultate essere:

Perdita di motivazione

La difficoltà a raggiungere gli obiettivi aziendali si traduce in una forte perdita di motivazione che si va a inserire in una evidente inerzia al cambiamento e al miglioramento delle

proprie capacità/competenze.
**Modello medico-manager vs
Iperspecializzazione**

L'attuale dicotomia medico-*manager* rivela la sua centralità nell'odierno contesto di cambiamento e di continua evoluzione del mondo sanitario. Emerge una forte contrapposizione tra coloro i quali ritengono che la professione medica dovrebbe andare verso una iperspecializzazione per assicurare una migliore e più "personalizzata" presa in carico del paziente alla luce di quello che il già ricordato paradigma "dalla cura al prendersi in cura" sembrerebbe imporre e chi invece vorrebbe affinare le competenze manageriali in quanto, in un contesto di continui tagli alla spesa e revisione dei tetti, un buon medico deve diventare anche un *manager* migliore perché più consapevole grazie a una maggiore conoscenza dei *tool* e dei concetti manageriali.

Come già avuto modo di descrivere per le due aree analizzate nel precedente

numero (Formazione e Capacità relazionali), anche per queste due ulteriori aree, di seguito, verranno passate in rassegna le principali evidenze sorte dall'applicazione dei tre strumenti di indagine.

Perdita di motivazione

Relativamente alla perdita di motivazione, tale aspetto risulta essere strettamente collegato alle considerazioni già effettuate per l'area della formazione e quella delle capacità relazionali: una scarsa formazione manageriale unita alla poca attenzione agli aspetti relazionali, si traduce in una perdita di motivazione che investe indistintamente tutti i ruoli professionali. Se si osservano le tabelle riportate l'aspetto della perdita di motivazione lo si legge indirettamente nell'*item* "agire concretamente" che di fatto a livello delle capacità di azione è quello ritenuto più importante per il medico del futuro (valore medio più alto). Risulta dunque palese contrastare questa perdita di motivazione se non si vuole correre il rischio di continuare a restare inermi al cambiamento.

La considerazione appena formulata trova conferma anche dalle evidenze emerse nell'ambito delle interviste strutturate. Viene sottolineato come tra le sfide più importanti che il medico si trova oggi a dover affrontare vi sono il cambiamento, la perdita di motivazione, la difficoltà di progressione di carriera e il precariato, la mancanza di condivisione delle informazioni all'interno dell'azienda, la scarsità di risorse e in generale un'inerzia al cambiamento in particolar modo nei confronti del progresso tecnologico. Si tratta di aspetti strettamente connessi fra di loro e che, a catena, generano ricadute sull'intera organizzazione rendendo sempre più arduo il compito di rispondere alla complessità attuale e di riqualificare il ruolo della Sanità dirigenziale.

A livello complessivo la perdita di motivazione rientra nell'area della resistenza al cambiamento, che tuttavia, come mostra la valutazione a punteggio, si colloca all'ultimo posto nella scala priorità-importanza. Fra gli aspetti che determinano allo stato attuale questa resistenza al cambiamento quello ritenuto più importante è la progressiva perdita di motivazione (20%). Ciò si traduce nell'importanza o meglio nella necessità di identificare adeguati stimoli per contrastare il venir meno di quella "voglia di fare", di ricercare e di cambiare che dovrebbe essere propria della professione medica, in particolar modo della componente più giovane.

Tabella 1: Evidenze dal questionario di percezione

Capacità d'azione: valore medio

Definizione degli obiettivi	4,087
Agire concretamente	4,315
Capacità "imprenditoriali"	3,731

Ruolo	Definizione degli obiettivi		Agire concretamente		Capacità "imprenditoriali"	
	Media	Errore Std	Media	Errore Std	Media	Errore Std
Direttore di Dipartimento	4,70	,483	4,20	,632	4,30	,483
Responsabile di Struttura Complessa	4,41	,706	4,51	,711	4,12	,748
Dirigente medico	3,93	,997	4,20	,862	3,56	1,100
Dirigente non medico	4,04	,889	4,60	,577	3,88	1,013
Responsabile di Struttura Semplice	4,30	,857	4,44	,694	3,86	,937
Vertice Strategico	4,40	,548	4,80	,447	4,40	,894

Figura 1 Evidenze dalle interviste strutturate

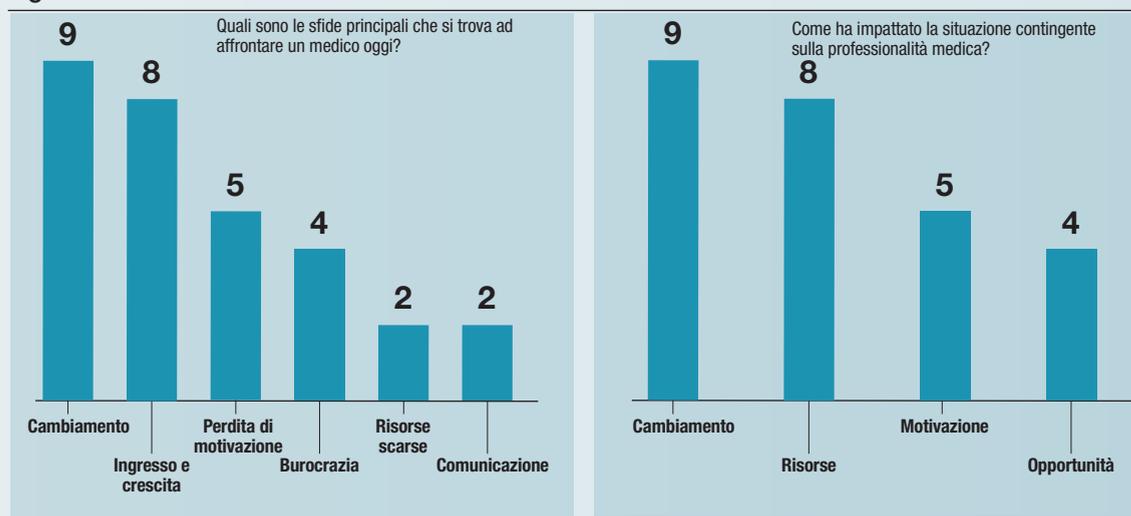


Figura 2 Evidenze dalla valutazione a punteggio



Modello medico-manager vs Iperspecializzazione

Relativamente all'ultimo aspetto indagato la contrapposizione medico-manager versus iperspecializzazione si ritrova in maniera evidente all'interno delle evidenze raccolte dall'applicazione delle tre metodologie. Con riguardo al questionario di percezione appare infatti evidente come non vi sia una netta preponderanza di un tema, ma come

i tre aspetti analizzati (Iperspecializzazione, General management, Versatilità) assumano un punteggio simile compreso tra 3 e 4 su una scala Likert a 5 livelli. Risulta, al contrario, palese come vi sia scarsa coerenza tra le percezioni degli intervistati: l'errore standard varia molto all'interno dei singoli ruoli. Ciò significa che i punteggi di percezione attribuiti dai singoli si caratterizzano per un'elevata variabilità. Nell'ambito delle interviste strutturate le visioni sulla dicotomia medico-manager continuano a rilevarsi discor-

danti: una maggioranza ritiene che avrà un ruolo fondamentale in quanto avendo una cultura medica da potersi giocare il medico-manager diventerà un protagonista all'interno del settore sanitario; mentre una minoranza è scettica ritenendo difficile un cambio di cultura rispetto a quello che è il concetto tradizionale di medico.

In questo contesto quindi forse sembra esserci più spazio per l'affermazione di modelli alternativi: il supporto da parte di team multispecialistici o l'avvio di percorsi di carriera paralleli sono percepiti come delle proposte alternative e di più semplice implementazione nel contesto della Sanità attuale.

La scarsa chiarezza percettiva relativamente al modello medico-manager la ritroviamo, infine, anche nella valutazione a punteggio: con riguardo al giudizio di priorità e di importanza quest'area si colloca al penultimo posto, per cui è ritenuta meno fondamentale rispetto a quella della revisione delle competenze e dei ruoli per il futuro e a quella della formazione. Probabilmente ciò è conseguenza diretta del fatto che investendo sulla formazione si potranno definire delle competenze e dei ruoli più coerenti con quello che è il contesto sanitario attuale e di riflesso si arriverà a una migliore concettualizzazione e anche a una più specifica configurazione di quella che dovrà essere la figura del medico manager del futuro.

Analisi critica e conclusioni

L'indagine svolta ha permesso di comprendere in maniera approfondita la percezione da parte della dirigenza medica appartenente a Regione Lombardia dei cambiamenti in corso all'interno dei servizi sanitari regionali identificando le macro-aree di intervento prioritario per la gestione degli stessi che in uno step successivo potranno essere oggetto di una valutazione più ampia da parte della comunità professionale e degli stake-holders, al fine di ampliare il campione di indagine e ricercare una maggiore robustezza statistica nelle evidenze raccolte.

Tali cambiamenti sono necessari sia a dare risposte concrete ai nuovi bisogni della popolazione e del sistema, garantendo un processo fluido e continuo che accompagni il cittadino dal momento di accesso al sistema sanitario lungo tutte le fasi della sua cronicità, sia a ridefinire le competenze richieste per i ruoli di responsabilità nei nuclei organizzativi attuali e nella gestione dei percorsi clinici trasversali a ospedale e territorio.

Sono emerse più specificamente quat-

Tabella 2 Evidenze dal questionario di percezione

Competenze per il futuro: valore medio

Iperspecializzazione	3,639
General management	3,603
Versatilità	3,552

Ruolo	Iperspecializzazione		General management		Versatilità	
	Media	Errore Std	Media	Errore Std	Media	Errore Std
Direttore di Dipartimento	3,40	,843	4,30	,483	4,30	,949
Responsabile di Struttura Complessa	3,51	,840	4,05	,893	3,73	,949
Dirigente medico	3,54	1,071	3,35	1,066	3,38	1,157
Dirigente non medico	4,20	,866	3,60	,957	3,72	0,980
Responsabile di Struttura Semplice	3,87	,947	3,99	,909	3,79	1,006
Vertice Strategico	3,20	,447	4,00	,000	3,80	,837
Responsabile di Struttura Semplice	4,30	,857	4,44	,694	3,86	,937
Vertice Strategico	4,40	,548	4,80	,447	4,40	,894

Figura 3 Evidenze dalle interviste strutturate

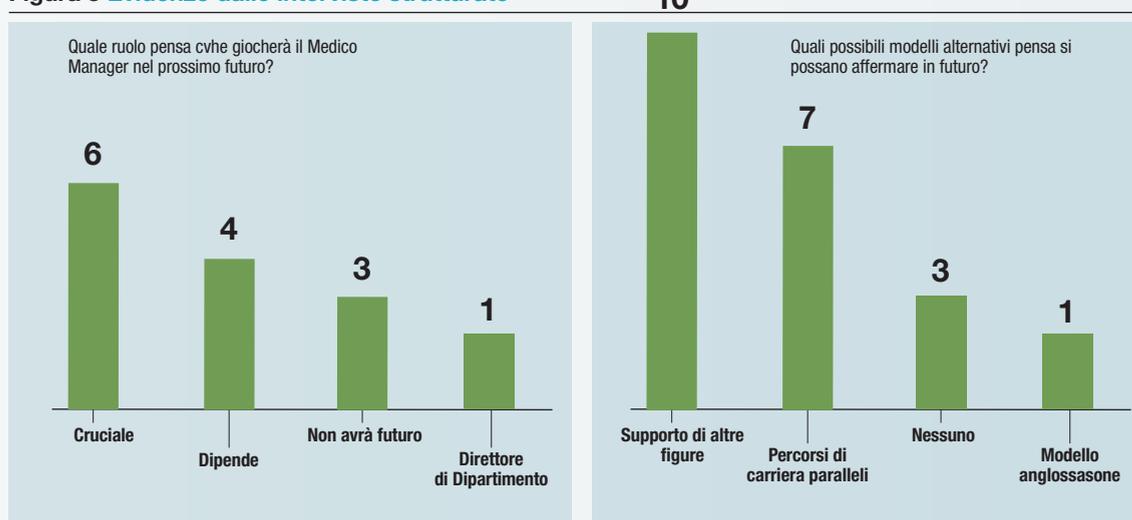


Figura 4 Evidenze dalla valutazione a punteggio



tro macro-aree di interesse rispetto alle quali sono state identificate esigenze peculiari per le quali, di seguito, si intende provare a delineare delle proposte a supporto di un tentativo di ridefinizione e di riqualificazione del ruolo dei medici dirigenti.

Innanzitutto fondamentale risulta l'investimento nella **formazione**. Sia all'interno del percorso pre laurea che post laurea, la problematica principale è stata quella relativa a una formazione troppo incentrata sulla parte teorica a scapito dei risvolti pratici. Si os-

serva un *gap* generazionale rispetto alla formazione che è vista come una base solida per coloro che ricoprono ruoli *junior* e cala d'importanza risalendo la scala gerarchica delle posizioni ricoperte nelle aziende, per poi tornare a essere prioritaria per coloro che si trovano a rivestire ruoli di vertice (Dirigenza Strategica). Diverse, tuttavia, sono le esigenze formative: emerge la necessità di una formazione "pratica" per chi ricopre posizioni *junior*, in particolare durante gli anni di specializzazione; mentre vi è la necessità di colmare

lacune manageriali per chi si trova in posizioni apicali.

Alla luce di quanto emerso, alcune possibili proposte pratiche per rivitalizzare l'attenzione rivolta agli aspetti formativi potrebbero essere: (I) l'erogazione di corsi di aggiornamento post laurea più improntati agli aspetti pratici; (II) la sistematizzazione, l'allargamento e la diffusione del modello "Teaching Hospital" all'interno delle aziende sanitarie; (III) l'introduzione di corsi manageriali nel percorso universitario e post laurea; (IV) necessità di uniformazione dei percorsi di validazione per le carriere tecnico-professionali e manageriali indipendentemente dall'ente erogatore; (V) l'introduzione formalizzata e riconosciuta di percorsi di *tutoring* per i giovani medici e di percorsi strutturati per la certificazione delle competenze, ricercando sistemi alternativi a quelli basati sui crediti ECM che non sempre sono garanzia di una reale educazione continua in medicina. Accanto alla formazione, lo **sviluppo delle capacità relazionali** a supporto di quell'empatia che contraddistingue da sempre la professione medica è risultata essere un'altra area su cui investire per migliorare la percezione futura del ruolo dei clinici. Emerge una difficoltà di comunicazione interna: l'informazione e le decisioni che vengono prese ai vertici durante le riunioni non arrivano nei piani operativi delle strutture. Questo crea maggiore resistenza al cambiamento e difficoltà nel raggiungimento degli obiettivi aziendali. Si osserva inoltre una complessità a conciliare le doti di *leadership* e *team building*, qualità che vengono percepite come essenziali in un contesto di cambiamento.

Da questo punto di vista alcuni interventi migliorativi potrebbero prevedere una maggiore attenzione alle riunioni interne alle aziende al fine di garantire un maggior coinvolgimento in modo tale che gli obiettivi siano condivisi da tutti gli attori dei processi e il loro coinvolgimento sia più operativo. Inoltre un'ulteriore investimento potrebbe essere fatto promuovendo la partecipazione a incontri formativi *ad hoc* finalizzati allo sviluppo delle *soft skills*.

Rispetto all'attuale evidente e generale **perdita di motivazione** (ulteriore area d'interesse emersa dall'indagine condotta) che si evidenzia in seno alla dirigenza medica si palesano tuttavia, ragioni diverse: se la perdita di motivazione per coloro che rivestono incarichi di vertice strategico può essere imputabile a un sentirsi "arrivati" che si traduce nel venir meno di quell'atteg-

giamento fondamentale di ricerca del “nuovo”, del “cambiamento”, dell’“adattamento” all’interlocutore che si ha davanti, per coloro che ricoprono ruoli *junior* o *middle* la perdita di motivazione è spesso imputabile a difficoltà di progressione di carriera e a una mancanza di conoscenza degli obiettivi aziendali. Per contrastare quest’atteggiamento è indispensabile non solo rivedere i percorsi di carriera al fine di favorire una maggiore chiarezza, oggettività e meritocrazia, ma anche avviare degli opportuni processi di miglioramento della comunicazione a tutti i livelli affinando altresì quegli strumenti, quali indicatori e sistemi di misurazione delle *performance*, che a livello aziendale aiutano a tenere monitorati i dati e gli obiettivi da perseguire come incentivo alla motivazione.

Infine, si osserva una visione disomogenea della **dicotomia medico-manager**: a favore di un modello basato sull’iperspecializzazione vi sono coloro che ricoprono ruoli *middle*, al contrario pro modello *medico-manager* vi è chi riveste incarichi *junior* o apicali. Tale disaccordo è insito in visioni prospettive diverse rispetto a quello che sarà il ruolo del clinico dirigente. In generale coloro i quali sono a favore dell’iperspecializzazione sostengono che il futuro del modello *medico-manager* vedrà una necessaria scissione delle due figure. Pertanto occorrerà investire su una chiara definizione delle mansioni e dei compiti specifici di chi ha un *background* clinico e di chi invece sarà chiamato a fare il *manager*. Al contrario nel caso in cui si voglia mantenere l’attuale visione del modello lasciando i compiti manageriali in capo ai clinici, sarà comunque necessario prevedere l’istituzione di un *team* multidisciplinare a supporto di questo clinico *manager* del futuro. Qualunque sia la strada che si vorrà percorrere, non si potrà prescindere da una ridefinizione delle competenze e dei compiti di specialisti clinici e manageriali all’interno delle aziende, attraverso una revisione delle attuali *job description*.

In sintesi, all’interno di un contesto di cambiamento e di crescente complessità, quale è la Sanità attuale, in cui il fi-

ne ultimo è creare un sistema socio-sanitario integrato che assicuri una migliore e più efficace presa in carico dei bisogni di salute che cambiano, appare chiaro che il ruolo della dirigenza medica debba necessariamente essere rivisto per cogliere le nuove sfide e allinearsi ai nuovi paradigmi che la mutevolezza dell’ambiente esterno inevitabilmente impone.

Facendo riferimento alla realtà specifica della Sanità lombarda, all’interno della quale la presente indagine è stata condotta la sfida principale diviene dunque quella di ripensare la figura dei dirigenti affinché non solo imparino a conoscere le regole del *New Public Management*, ma anche ad applicarle concretamente all’interno delle “nuove” realtà sanitarie, facendo tesoro delle specificità insite in ciascuna di esse e che non devono, al contrario, diventare ragione di freno a un rinnovamento costruttivo delle aziende stesse e dei loro professionisti.

Da questo punto di vista, le proposte e le soluzioni presentate a conclusione dell’indagine condotta vogliono essere solo alcuni esempi sulla strada che deve essere necessariamente intrapresa. Non vi sono dubbi, infatti, che oggi compito delle istituzioni e degli enti della Sanità è proprio quello di avviare proposte concrete e proattive a favore di un cambiamento volto a “coniare” un nuovo profilo di dirigenti, un *management* sanitario che in altri termini sia in grado di:

- utilizzare il massimo della sua autonomia nei limiti delle regole e vincoli presenti nel settore sanitario;
- fare proposte che sappiano eliminare questi vincoli e queste regole perché contrastanti con i principi di appropriatezza (dare risposte adeguate a bisogni reali), efficacia (dare risposte di qualità e coerenti con la natura dei bisogni), efficienza (produrre risposte appropriate ed efficaci, date le conoscenze e le risorse disponibili in un dato momento storico) ed economicità (riuscire a mantenere nel tempo la capacità di rispondere ai bisogni in modo appropriato, efficace ed efficiente nel breve, medio e lungo termine) cui de-

vono tendere tutte le aziende sanitarie;

- rispondere ai problemi di oggi per pensare al futuro avendo ben chiaro il legame tra fini e mezzi.

Da questo punto di vista, alla luce di quanto sopra esposto, gli interventi prioritari per fornire delle risposte strutturate alle evidenze raccolte sono:

Miglioramento e standardizzazione dell’offerta formativa coerentemente con le richieste palesate (attenzione agli aspetti pratici e alle tematiche manageriali).

Sistematizzazione dei sistemi “*Teaching hospital*” per rivitalizzare anche a livello di singola organizzazione l’attenzione agli aspetti formativi.

Definizione di percorsi strutturati di certificazione delle competenze.

Revisione dei percorsi di carriera e loro validazione.

L’attuazione di tali interventi, tuttavia non può non tenere conto del tema della sostenibilità dei sistemi sanitari. Quest’ultima continua a essere, infatti, il *leitmotiv* che deve guidare tutto questo cambiamento nelle aziende sanitarie, dalla pianificazione e programmazione, alla misurazione, alla formazione. Occorre capire quali siano le priorità di intervento agendo in modo consapevole al sempre più evidente spostamento dell’asse di cura dall’ospedale al territorio.

Implementare cambiamenti economicamente sostenibili, tuttavia, non è sufficiente. Bisogna anche misurare e misurarsi per rendersi effettivamente conto degli interventi attuati e della loro sostenibilità futura.

Il tema della misurazione e valutazione ritorna così a essere centrale rappresentando il *file rouge* che ormai, in modo trasversale, lega tutti i livelli, macro, meso e micro del nostro sistema sanitario. Perché misurazione e valutazione siano efficaci occorre aver bene chiaro quali siano gli obiettivi e quali i mezzi e gli strumenti per raggiungerli. Il nuovo *manager* sanitario deve in sintesi pensare in grande, in modo innovativo, nel lungo periodo e allo stesso tempo realizzare a “passi veloci” con piani di fattibilità e sostenibilità le innovazioni nel breve periodo.

“

Le proposte e le soluzioni presentate a conclusione dell’indagine condotta vogliono essere solo alcuni esempi sulla strada che deve essere necessariamente intrapresa

Non vi sono dubbi, infatti, che oggi compito delle istituzioni e degli enti della Sanità è proprio quello di avviare proposte concrete e proattive a favore di un cambiamento volto a “coniare” un nuovo profilo di dirigenti

Bibliografia

Azzone G., Bertelè U. (1998) Valutare l’innovazione. Analisi e controllo degli investimenti. Milano: Etaslibri.
 Casetti F., Di Chio F. (1998) Analisi della televisione. Strumenti, metodi e pratiche di ricerca. Milano: Bompiani.
 Cooper R., Edgett S., Kleinschmidt E. (2001) “Portfolio management for new product development: results of an industry practices study”. *R&D Management*, 31(4): 361-380.
 Dunn W.R., Hamilton D.D., Harden R.M. (1985) “Techniques of Identifying Competencies Needed of Doctors”. *Medical Teacher*, 7(1): 15-25.
 Gartell J., White T. (1996) “Doctors and management – the

development dilemma”. *Journal of Management in Medicine*, 10(2): 6-12.
 Kolb D.A. (1984) *Experiential learning: experience as the source of learning and development*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice Hall
 Lobas (2006) “Leadership in Academic Medicine: Capabilities and Conditions for Organizational Success”. *Am J Med.*, 119(7): 617-21.
 Reetoo K.N., Harrington J.M., Macdonald E.B. (2005) “Required competencies of occupational physicians: a Delphi survey of UK customers”. *Occup Environ Med*, 62:406-413.
 Sherman R.O., Bishop M., Eggenberger T., Karden R. (2007) “Development of a leadership competency model”. *The journal*

of nursing administration, 37(2): 85-94.
 Slipicevit O., Masic I. (2012) “Management Knowledge and Skills Required in the Health Care System of the Federation Bosnia and Herzegovina”. *Mat Soc Med.*, 24(2): 106-111.
 Stoller J.K. (2009) “Developing Physician-Leaders: A Call to Action”. *Journal of General Internal Medicine*, 24(7): 876-8.
 Taylor C.A., Taylor J.C., Stoller J.K. (2008) “Exploring Leadership Competencies in Established and Aspirin Physician Leaders: An Interview-based Study”. *Journal of General Internal Medicine*, 23(6):748-54.

Il sindacato che noi vogliamo: coraggioso aperto eclettico

Tra i turni massacranti in corsia, le notti insonni, le voci e le storie dei pazienti che ti ritornano in mente, di tanto in tanto, come flash back nella tua quotidianità, arrivi ad un certo punto e ti chiedi se esista una qualche forma di tutela per il nostro lavoro, per la nostra missione, una tutela che può dare dignità a quel lavoro, tanto massacrante quanto unico e ricco di sentimentali ed orgogliose sensazioni... a quel punto mi ritrovo a leggere storie, come bambini che non riescono a dormire, come bambini che vogliono sognare. Tra le storie, la deformazione professionale, mi ha portato a leggere la storia del sindacato, la forma più democratica di rappresentanza e tutela del lavoro.



PIERINO DI SILVERIO
Direttivo Nazionale Anaao Giovani

E mi ritrovo a leggere che le prime forme di associazione dei lavoratori sorse addirittura in Gran Bretagna nel 1824, le *trade unions*. Furono essenzialmente dei sindacati nazionali di mestiere che si formarono con lo scopo di rendere più sopportabili le condizioni di vita dei lavoratori nelle fabbriche dopo la rivoluzione industriale. Scopro che la parola sindacato deriva dal greco *Sin* (insieme) e *Dikè* (giustizia) e quindi significa «Insieme per la giustizia», e che le prime associazioni di lavoratori furono le società di mutuo soccorso, improntate sulla solidarietà tra i soci. Resto attonito scoprendo che queste non erano composte solo da lavoratori, avevano come scopo l'assistenza e la devoluzione di sussidi in denaro per affrontare i periodi di disoccupazione, di malattia, di infortunio e di vecchiaia. Tra le attività del mutuo soccorso vi erano poi l'istruzione e l'educazione, dal momento che la frequenza scolastica a quel tempo non era obbligatoria e la maggioranza della popolazione era analfabeta. Sono ormai catapultato con la mia fantasia in un mondo strano, quasi surreale, in cui addirittura le forme primordiali del nostro sindacato erano enti sus-

sidiari dello Stato, quasi degli ammortizzatori sociali.

Ma in Italia? In Italia il sindacato nasce sulla scia della costituzione della Repubblica.

Nel 1948 fu approvata la nuova Costituzione, nata dall'accordo antifascista. La Repubblica italiana venne fondata sul Lavoro (art. 1), che è tutelato in tutte le sue forme e applicazioni (art. 36); sull'uguaglianza di tutti i cittadini senza distinzione di sesso, di razza, di lingua, di religione, di opinioni politiche, di condizioni personali e sociali (art. 3). La Costituzione garantisce, poi, il diritto al lavoro (art. 5) e i diritti inviolabili dell'uomo, sia come singolo sia nelle formazioni sociali (art. 2). Stabilisce che i lavoratori abbiano «una retribuzione proporzionata alla quantità e qualità» del loro lavoro e «in ogni caso sufficiente ad assicurare a sé e alla famiglia un'esistenza libera e dignitosa» (art. 36). Prescrive parità retributiva per uomini e donne a parità di lavoro e tutela la maternità come funzione sociale (art. 37). I Costituenti memori delle leggi liberticide approvate durante il ventennio fascista dedicarono, infine, due articoli alla libertà sindacale e al diritto di sciopero (artt. 39, 40).

Scopro che la demonizzazione del sindacato è un'azione tipica solo degli attuali legislatori.

Sull'onda di quegli eventi nel maggio 1970 fu approvato il cosiddetto Statuto dei lavoratori (legge n. 300) che concesse ai lavoratori la libertà di opinione, i diritti sindacali, la tutela della salute, il diritto allo studio, stabilì il reintegro nel posto di lavoro in caso di licenziamento senza giusta causa, riconobbe formalmente le Rappresentanze sindacali aziendali (Rsa) e represses l'eventuale condotta antisindacale dei datori di lavoro. Lo sviluppo, badate come abbiamo visto, non fu semplice e andò avanti in maniera lenta. Di momenti difficili il sindacato, dalla sua nascita ne ha vissuti, ma si è sempre rialzato.

Mi sorprende leggendo che a soli 11 anni dalla nascita della Costituzione Italiana, nel 1959 nasce l'Anaao-Simp che fu tra i promotori e poi tra i firmatari del primo accordo sul trattamento economico dei medici ospedalieri; un accordo organico che andava a ridefinire e razionalizzare i differenti trattamenti e i vari contratti a termine precedenti.

In breve tempo il nostro sindacato iniziò a fare proselitismo, il primo sindacato non 'confederato', lontano dalle si-

gle politiche e partitiche, il vero sindacato di categoria.

Diversi meriti annovera tra le sue azioni l'Anaao. L'Anaao-Simp firmò nel 1987 l'accordo con il Ministro della Sanità Carlo Donat-Cattin sul contratto dei medici, dopo una lunga serie di agitazioni e trattative (che pongono l'Anaao-Simp anche in contrasto con i sindacati confederali). Alla fine degli anni '70 l'Anaao si pose in maniera critica rispetto alla riforma della Sanità Pubblica (Legge n. 833/1978) ritenendo troppo scarso il coinvolgimento della figura del medico tanto nell'elaborazione del programma quanto nella successiva gestione del Sistema Sanitario Nazionale. Nel 1992 l'Anaao-Simp contesta la riforma del Sistema Sanitario Nazionale (D.Lgs. n. 30.502/1992) proposta dal Ministro Francesco De Lorenzo, ritenendo che marginalizzasse il ruolo del medico nella gestione del sistema.

Negli anni tra il 1996 e il 2000 l'Anaao inizia a diventare più morbido. Si pone in maniera meno critica rispetto al passato, ritenendo l'operato del nuovo Ministro della Sanità Rosy Bindi più incline a riconoscere le istanze della categoria medica. Inoltre si dichiara soddisfatto della possibilità di esercitare la libera professione intramoenia (D.Lgs. n. 229/1999) vista dal sindacato stesso come una possibilità di scelta positiva sia per il medico che per il paziente. Purtroppo con il passare degli anni ci siamo resi conto che probabilmente quella scelta contiene in sé tanti errori quante intuizioni progressiste della figura del medico.

Lungi dai noi nuove generazioni, il voler criticare un operato sofferto, ma rileggendo oggi la riforma 'non contestata', ci rendiamo conto di come quel periodo fu l'inizio di una diversa concezione del lavoro del medico, per certi versi pietra miliare del 'nuovo ruolo' che il medico ha oggi. La riforma Bindi in effetti è ispirata al modello europeo della *flexicurity* che implica una maggiore flessibilità del rapporto di lavoro e una maggiore sicurezza nel mercato. Il D.Lgs 56/2000 cambia il finanziamento della sanità italiana (abolizione del Fsn; le Regioni sono finanziate con entrate proprie più una compartecipazione...). La quota capitaria viene stabilita di anno in anno, ma le risorse non vengono trasferite direttamente dal Fsn al Fsr. Arriviamo così alla Legge 150/2009 (la cosiddetta Riforma Brunetta), punto di non ritorno nella *vision* del medico e della sua professionalità. L'Anaao torna ad essere critica nei confronti di una legge che, di fatto, riduce la forza sociale del sindacato, appiattisce il ruolo del



medico. Questa rappresenta un grave attacco al diritto alla contrattazione nei settori pubblici e il ritorno al primato della gestione da parte della politica dei diritti del lavoro che diventa ancora più grave nella sanità. Si tratta di una manovra sbagliata e centralistica, che segna il sostanziale abbandono della contrattualizzazione del rapporto di lavoro, e non certo destinata a favorire l'efficacia delle amministrazioni pubbliche, ma solo a introdurre discrezionalità ed inefficienze. Rappresenta il punto principale di svolta del ruolo del medico. Viene di fatto ridotta all'osso la contrattazione decentrata, si rimanda alla contrattazione collettiva la gran parte della materia sindacale, si introducono norme di appiattimento della funzione del medico. I sindacati, vituperati dai vari Governi, depauperati della loro funzione primaria ovvero la salvaguardia dei diritti dei medici dalla Legge Brunetta. L'azione sindacale non è scevra da errori, politici, tattici, se vogliamo, strategici. Ingolfati da un momento di brutale mutamento della figura del medico, hanno cercato di salvare il salvabile, hanno cercato di portare a casa il risultato, ed in parte ci sono riusciti.

Dove sorge il problema? Nello riduzione del peso specifico e nella demonizzazione graduale e progressiva che i Governi hanno operato sui sindacati, ma anche nella gestione non sempre efficace e scevra da colpe di personalismi e a volte strumentalizzazioni che i sindacati stessi hanno permesso...d'altro canto...il potere di cambiare le cose molte volte le peggiora, soprattutto se affidato alle persone sbagliate...e probabilmente non sempre le persone giuste hanno guidato le volontà della classe medica... Si tende purtroppo a dimenticare le battaglie che hanno portato indubbi diritti acquisiti, si tende a demonizzare il ruolo. E così leggendo mi accorgo che si è fatto tardi, che è notte inoltrata. Mi fermo e inizio a pensare a

quanto sono cambiati i tempi. Da quando il sindacato era ammortizzatore sociale ad oggi, momento storico in cui il sindacato lotta prima ancora che per la tutela dei diritti dei lavoratori, per il mantenimento della sua funzione, del suo senso di esistenza.

Mi accorgo che il sindacato oggi, con fatica, cerca di adeguarsi alla nuova visione del mondo del lavoro, cerca di adeguarsi alle nuove forme di rappresentanza, alle nuove forme di comunicazione. Al contempo vedo che i continui colpi subiti nell'arco dei decenni hanno ferito il cuore del sindacato, che nonostante tutto cerca di ??

Mi rendo conto che il sindacato, nell'opinione pubblica, è stato con il tempo depotenziato per evitare che potesse essere d'impedimento ad un progetto molto più grande di noi: La de-professionalizzazione del medico.

E mi chiedo come fare per salvaguardare uno strumento democratico così importante.

Immagino allora il futuro, una rinascita dell'azione e del pensiero sindacale. Capisco che occorre che il sindacato torni ad essere quel soggetto che, con forza, passione, costanza, competenza batta i pugni sul tavolo per impedire la continua mercificazione e mortificazione della sanità e della professione medica. È importante che quei pugni siano pugni forti, di mani giovani, pugni di chi ha il diritto di decidere del proprio futuro, e non del futuro che appartiene ad altri. Immagino che quei pugni diventino mani tese per chi si avvicina al sindacato, mani pulite che aprono le porte della rappresentanza alle nuove generazioni, mani che accompagnano i più giovani verso il raggiungimento della maturazione personale, professionale e sindacale, mani che infine cedano il posto alla nuova classe dirigente.

Un sindacato gratuito per i più giovani e per chi ancora non è entrato nel

“

Abbiamo bisogno oggi soprattutto di un sindacato aperto ed eclettico. È di vitale importanza per tutti i medici un sindacato che possa esprimere uomini di governo scelti per le competenze e le attitudini e non la provenienza, l'appartenenza, il sesso o l'età

coraggioso aperto eclettico

mondo del lavoro. Si perché il sindacato deve essere anche una scuola di vita professionale, sociale, un immaginario ma realistico luogo di ritrovo di idee ancor prima che di persone. L'unica strategia vincente è la proposta. Il sindacato deve assumere le caratteristiche di stampella del governo della sanità, pronta a reggere le idee innovative, pronta a far cadere le attività deprofessionalizzanti, capace di esprimere classe dirigente, formarla, condividerla.

Ma occorre soprattutto un sindacato unico di categoria, scevro da strumentalizzazioni, divisioni, logiche di potere. Che senso ha essere divisi per chiedere il rispetto dei diritti universali della classe medica?

Abbiamo bisogno oggi soprattutto di un sindacato aperto ed eclettico.

È di vitale importanza per tutti i medici un sindacato che possa esprimere uomini di governo scelti per le competenze e per le attitudini e non per la provenienza, per l'appartenenza, per il sesso o per l'età. La convivenza tra la competenza mite di chi ha esperienza e la forza propulsiva delle idee di chi sta crescendo è una ricchezza da non disperdere. Non sfruttare la freschezza mentale dei giovani vuol dire farli invecchiare nelle idee e nei comportamenti. Ma non può e non deve prevalere la forza e la qualunque volontà di rottamare chi al sindacato ha offerto la propria vita oltre che le proprie idee e le proprie competenze. Senza competenze ed esperienza non si può incidere nei processi, senza aggressività e sfrontatezza non si può crescere.

Infine, il sindacato che noi vogliamo è un sindacato coraggioso. Il coraggio delle scelte è la linfa vitale del sindacato e della rappresentanza della classe medica. E il sindacato del domani e quello di oggi ha bisogno di coraggio, il coraggio di cercare la commistura tra giovani e veterani, il coraggio di spezzare gli equilibri, il coraggio di gettare nella mischia le giovani promesse. Solo così potremo tirar fuori la pozione magica che fornirà al sindacato e alla dignità della classe medica l'immortalità.

Si avvicina la stagione calda: cosa ci aspettiamo per le infezioni trasmesse dalle zanzare?

Quali infezioni aspettarsi nei mesi estivi e come difendersi dalle zanzare che ogni anno, con l'arrivo del caldo, si fanno più numerose?

I virus più comuni, trasmessi dalla puntura di varie specie di zanzare, sono il virus Chikungunya (CHIKV), appartenente alla famiglia Togaviridae, genere Alphavirus, ed i virus Dengue (DENV), Zika (ZIKV), West Nile (WNV) e USUTU (USUV), tutti appartenenti alla famiglia Flaviviridae, genere Flavivirus. I primi tre virus nelle zone urbanizzate possono essere trasmessi da uomo a uomo attraverso la puntura di zanzare, che si infettano ingerendo piccole quantità di sangue dalle persone infette. I virus ingeriti dall'insetto si moltiplicano in vari tessuti, raggiungono le ghiandole salivari; da qui possono essere inoculati in un nuovo soggetto attraverso la puntura. Per quanto riguarda invece WNV ed USUV, l'infezione è sempre veicolata dalla zanzara, ma l'uomo è solo un bersaglio occasionale, fungendo da ospite terminale. I due virus differiscono sostanzialmente sia per l'elevata mortalità in uccelli, frequente per USUV e rara per WNV, sia in termini di impatto sulla sanità pubblica: mentre il WNV è responsabile di casi umani con sintomi neurologici gravi, per ora le segnalazioni di forme cliniche neuroinvasive causate da USUV includono pochi casi sporadici, principalmente a carico di persone immunocompromesse. Quali sono i motivi che hanno permesso la disseminazione nel nostro Paese di alcune specie di zanzare che anni fa non erano presenti?

Si tratta di zanzare per lo più del genere *Aedes*, che vengono trasportate, e accidentalmente introdotte, anche solo allo stadio di uova, in areali diversi da quelli originari, producono uova resistenti all'essiccamento e/o al freddo, quindi in grado di sopportare anche lunghi viaggi, depongono le uova in piccole raccolte d'acqua (naturali e/o artificiali) e si adattano rapidamente al clima temperato.

In Italia una svolta nella capacità di diffusione delle infezioni virali trasmesse



**MARIA ROSARIA
CAPOBIANCHI**



**GABRIELLA
ROZERA**

Laboratorio di Virologia, Istituto Nazionale per le Malattie Infettive "L. Spallanzani", Roma

da zanzara è stata causata dall'introduzione della zanzara *Aedes albopictus*, meglio conosciuta come "zanzara tigre". Tale zanzara, introdotta nel 1990, è attualmente diffusa in tutto il paese fino a quote collinari, soprattutto nei centri abitati, dove stagionalmente può raggiungere densità molto elevate. Tale genere di zanzara è estremamente efficiente nel trasmettere CHIKV e ZIKV.

Altre specie, di più recente importazione sono *Aedes koreicus*, presente in Italia dal 2011, ed *Aedes japonicus*, presente dal 2015 (Figura 1). *Aedes koreicus* presenta un'elevata adattabilità all'ambiente peridomestico, punge l'uomo di giorno, mostra una maggiore tolleranza al freddo rispetto alla zanzara tigre, è un efficiente vettore del virus dell'encefalite giapponese (JEV) ed è in corso di valutazione il suo ruolo di vettore per WNV ed USUV. *Aedes japonicus* è considerata uno dei vettori di JEV ed ha dimostrato competenza anche per DENV e CHIKV. Va anche considerata *Aedes aegypti*, non presente in questo momento in Italia, ma la cui importazione potrebbe rappresentare un grande pericolo per la trasmissione autoctona di alcuni virus, quale DENV. Il WNV, invece, è trasmesso da zanzare appartenenti so-

prattutto al genere *Culex*, specie autoctona in Italia. In alcuni casi, inoltre, una zanzara neo-introdotta, come ad esempio *Aedes albopictus*, può rivelarsi competente per un agente patogeno veicolato da una zanzara autoctona (per esempio *Culex pipiens* con il virus West Nile), pur non essendone il vettore principale e questo quindi facilita ancor di più il diffondersi di un nuovo virus.

Alla luce di ciò, in Italia ed in Europa si è assistito nell'ultimo decennio all'aumento della segnalazione di casi importati ed autoctoni di queste arbovirosi molto diffuse nel mondo: CHIKV, DENV e WNV, oltre ad alcuni casi di ZIKV ed USUV più recentemente. Dopo il primo episodio accaduto nel 2007, in Italia si sono verificati nuovi focolai autoctoni di CHIKV nel Lazio ed in Calabria nel 2017, con poco meno di 500 casi. Per il DENV e ZIKV, invece, i casi notificati finora sono praticamente tutti di importazione.

Fino dal 2008 in Italia è attivo un piano di sorveglianza per le arbovirosi, promosso dal Ministero della Salute, che dal 2016 comprende anche il virus Zika.

Nel periodo di maggiore attività del vettore (di solito giugno-ottobre ma l'intervallo di tempo potrebbe essere aumentato o ridotto, a livello regionale, a seconda dell'andamento climatico e meteorologico stagionale) il sistema di sorveglianza viene necessariamente potenziato nelle aree infestate dalle zanzare, per permettere l'identificazione rapida dei casi importati, ai fini dell'adozione immediata delle necessarie misure di controllo (in relazione alla sorveglianza entomologica), per ridurre il rischio di trasmissione e di innesco della circolazione autoctona. Va sottolineato che la circolazione autoctona di WNV impone la necessità di adottare misure precauzionali per quanto concerne le donazioni di sangue e di organi; infatti il Centro Nazionale Sangue ed il Centro Nazionale Trapianti dispongono annualmente misure speciali per prevenire la trasmissione tramite sangue, o per prevenire il verificarsi di forme gravi nelle persone sottoposte a trapianto. Lo stesso principio è stato applicato anche nelle zone in cui si sono verificate le due epidemie da CHIKV in Italia, nel 2007 e nel 2017. Va comunque considerato che, come in tutti i campi della medicina preventiva, il rischio zero non è raggiungibile. Va quindi effettuato un attento monitoraggio per rilevare tempestivamente un brusco innalzamento

Segue a pag. 14

L'articolo 13 e i suoi riflessi assicurativi

Legge Gelli: strutture sanitarie ed obbligo di comunicazione all'esercente la professione sanitaria

L'articolo 13 della c.d. Legge Gelli-Bianco, impone alle Strutture sanitarie e sociosanitarie ed alle imprese di Assicurazione delle stesse l'obbligo di comunicare agli "esercenti la professione sanitaria" l'instaurazione del giudizio promosso nei loro confronti dal danneggiato (entro dieci giorni dalla ricezione della notifica dell'atto introduttivo) o l'avvio di trattative stragiudiziali con il danneggiato (sempre entro dieci giorni dall'avvio delle stesse).

Al passo con i tempi che cambiano, in alternativa alla classica raccomandata con ricevuta di ritorno, è possibile per le Strutture espletare questo obbligo anche tramite posta elettronica certificata.

L'obiettivo della norma è chiaramente identificabile nella volontà di garantire al personale una comunicazione tempestiva su un possibile coinvolgimento in una vertenza (giudiziale o stragiudiziale) riguardante una richiesta di risarcimento.

Tale intento, che si è già tramutato in un significativo incremento di missive ricevute dalla categoria medica, sicuramente meritorio nelle intenzioni, va attentamente valutato ai fini assicurativi.

In questa fase infatti è la Struttura ad essere destinataria di una richiesta risarcitoria e non l'esercente la professione sanitaria che – a norma della legge stessa – potrà eventualmente essere oggetto solamente di un'eventuale azione di rivalsa, limitatamente alle fattispecie di "dolo" e "colpa grave", esperita dal procuratore della Corte dei Conti competente territorialmente.

La ricezione di una comunicazione ai sensi dell'articolo 13 da parte del medico ha ripercussioni dal punto di vista assicurativo, che non vanno sottovalutate.

Innanzitutto, al momento della ricezione, il destinatario viene a conoscenza di una circostanza che in una fase futura potrebbe tramutarsi in una richiesta risarcitoria nei propri confronti (come già premesso, a seguito di attivazione da parte di Corte dei Conti). Si configura quindi quello che in termini assicurativi viene definito come "fatto noto".

Senza entrare in tecnicismi, alla luce del regime di operatività in *claims made* col quale operano le polizze di RC Professionale, comprese quelle a tutela della c.d. "colpa grave", ciò pone un potenziale problema: all'atto della stipula di una nuova polizza, i sinistri conseguenti a "fatti noti" precedentemente a conoscenza del Contraente vengono di norma esclusi. Qualora l'esercente la professione sanitaria fosse in possesso di una polizza all'atto della ricezione della comunicazione ai sensi dell'articolo 13, dovrebbe quindi provvedere ad attivarla... ma qui si pone un'ulteriore questione: la maggior parte delle polizze stipulate a tutela della "colpa grave" non prevede tale segnalazione tra le definizioni per



GIANLUCA ZANONI
Responsabile
Direzione tecnica
Medical Insurance
Brokers

le quali sia possibile invocare l'apertura del sinistro. E quindi? Quindi, ancora una volta, la scelta della polizza da sottoscrivere va valutata con attenzione, verificando attentamente quali possibilità la stessa dà in merito alla presa in carico del sinistro, anche alla luce della nuova normativa. Il rischio è che l'Assicuratore non prenda il carico la pratica, in quanto circostanza non ricadente nelle definizioni poste in polizza per l'apertura del sinistro e provveda ad una disdetta alla prima scadenza utile. Così facendo, l'Assicurato si troverebbe nell'infelice situazione di non poter aprire il sinistro sulla polizza in essere e di non poterlo fare nemmeno in quella che successivamente andrà a stipulare, in quanto – come già accennato – si trova in presenza di un "fatto noto". Anaa Assomed ha previsto a tal proposito un'adeguata tutela dei propri Associati, offrendo loro una polizza che, attraverso appositi accordi tra la Medical Insurance Brokers e gli Assicuratori, pur non prevedendo l'automatica apertura del sinistro, prende in carico da subito la pratica, comunica all'Assicurato che qualora in regime di vigenza della polizza tale circostanza si tramuti in un sinistro a termini di polizza, lo stesso verrà gestito e – alla luce della rilevanza del numero di Associati Assicurati, non ha mai prodotto sinora disdette da parte degli Assicuratori. In caso di comunicazione della volontà di disdetta da parte dell'Assicurato, il Broker inoltre provvederà a segnalare allo stesso la necessità di valutare con attenzione la presenza di eventuali "fatti noti". Ma c'è di più... è ora disponibile per tutti gli Associati anche una forma di copertura che opera utilizzando un'apposita formulazione che prevede la possibilità di aprire il sinistro direttamente alla ricezione della comunicazione ex articolo 13 e che sarà oggetto di un nuovo spazio di approfondimento dedicato. Insomma... "c'è posta per te"... ma con la dovuta tutela... la busta la puoi aprire tranquillamente.

Il Tar Lazio sospende obbligo di comunicazione e pubblicazione dei compensi

Il TAR Lazio, con sentenza n. 84/2018, ha sospeso l'obbligo di comunicazione e pubblicazione dei compensi a carico dell'Erario percepiti dai dirigenti pubblici, ai sensi dell'art. 14, comma 1 ter D.lgs. 33/2013 (obbligo in capo al dirigente di comunicare all'amministrazione presso la quale presta servizio gli emolumenti complessivi percepiti a carico della finanza pubblica, e pubblicazione da parte dell'amministrazione sul proprio sito istituzionale dell'ammontare complessivo dei suddetti emolumenti per ciascun dirigente). In precedenza, sempre il Tar Lazio, con l'ordinanza cautelare n. 1030/2017, aveva già sospeso gli obblighi di pubblicazione dei diversi dati elencati all'art. 14, comma 1, lett. c) e f) D.lgs. 33/2013 (i compensi di qualsiasi natura connessi all'assunzione della carica; gli importi di viaggi di servizio e missioni pagati con fondi pubblici; i diritti reali su beni immobili e mobili iscritti nei pubblici registri; le azioni e le quote di partecipazione in società). Con un nuovo ricorso, il Garante della privacy ha successivamente richiesto al TAR Lazio di precisare se la predetta ordinanza cautelare precludesse anche



la pubblicazione del dato reddituale di cui al comma 1 ter dell'art. 14 citato.

Il TAR Lazio si è espresso, ritenendo che la pubblicazione di quest'ultimo dato sia comunque preclusa alla luce della corretta interpretazione della sua precedente ordinanza cautelare.

In seguito a tale ultima decisione, anche l'ANAC ha deciso di sospendere la propria deliberazione 8/3/2017 n. 241, laddove impone di pubblicare, sul proprio sito istituzionale, l'importo degli emolumenti a carico dell'erario percepiti dal dirigente pubblico. In questo quadro, il dirigente sanitario non è più tenuto ad ottemperare alle eventuali richieste di trasmettere tale dato reddituale da parte della propria Amministrazione, e quest'ultima deve rimuovere il medesimo dato dal proprio sito istituzionale, laddove sia stato pubblicato in passato.

Inail: al via il pagamento dei certificati per infortuni

Finalmente la problematica relativa agli oneri connessi all'emissione delle certificazioni per infortunio sul lavoro da parte dei Medici del Pronto Soccorso trova la sua naturale soluzione. Si è messa la parola fine al blocco dei pagamenti dei certificati che dura ormai dal 2016, con disagi per i medici e per i cittadini.

Grazie all'impegno dell'Anao Assomed, è stato raggiunto un risultato importante, soprattutto a favore dei medici che operano nei Dipartimenti di emergenza ed urgenza per i quali al danno di un peggioramento ingravesciente delle condizioni di lavoro si aggiungeva la beffa di una fuga unilaterale dagli obblighi contrattuali da parte dell'INAIL. La Direzione Centrale dell'Inail ha inviato alle proprie sedi territoriali la comunicazione dell'avvio delle procedure per il pagamento dei compensi relativi alle certificazioni mediche a partire dal 2016, mentre con successiva nota si procederà per quelli relativi al 2017.

Ora tocca vigilare affinché le Aziende sanitarie facciano la loro parte per la corretta e tempestiva rendicontazione.

segue

anao dirigenza sanitaria

dei livelli di attività dei virus ed intensificare le misure di prevenzione nell'uomo.

E' possibile fare delle previsioni su cosa ci riserva la prossima stagione calda per quanto riguarda le infezioni trasmesse dalle zanzare?

Per il WNV, i dati degli ultimi anni confermano che ormai questo virus si è stabilmente inserito nella circolazione locale, con piccole fluttuazioni geografiche e temporali. Il fatto che il serbatoio principale sia costituito dagli uccelli, e che l'infezione nell'uomo sia spesso asintomatica fa sì che sia estremamente difficile arginare focolai di trasmissione.

Per DENV e ZIKV c'è da aspettarsi che continui il flusso di importazione di casi dai paesi endemici, per ora di entità limitata e con scarsa probabilità che venga innescata la circolazione autoctona, grazie alla bassa competenza del potenziale vettore presente in Italia (*Aedes albopictus*). Per CHIKV, già per due volte (nel 2007 e nel 2017) protagonista di epidemie in Italia, nonostante l'elevata competenza vettoriale di *Ae-*

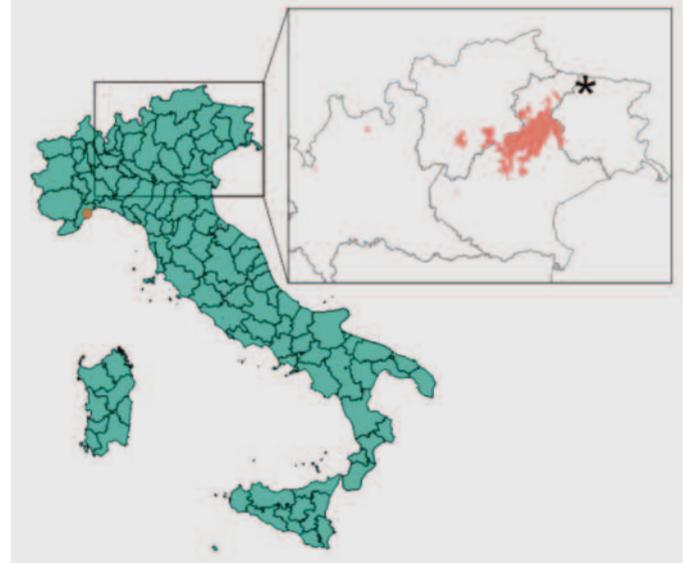
des albopictus, non vi sono ospiti naturali che possano contribuire al mantenimento della circolazione virale. D'altra parte la popolazione e i sanitari sono stati abbondantemente sensibilizzati verso il pericolo dell'innescare di nuove epidemie da CHIKV, e quindi è prevedibile che una eventuale circolazione autoctona sia prontamente identificata e neutralizzata con interventi preventivi di provata efficacia, quali le massicce campagne di disinfestazione. È quindi prevedibile che difficilmente si possa verificare nuovamente la combinazione di eventi che ha portato all'esplosione di una epidemia di CHIKV a distanza di 10 anni in Italia.

In ogni caso, dai primi di giugno a tutto ottobre, deve essere posta particolare attenzione all'identificazione tempestiva dei casi importati, all'individuazione di persone con sintomatologia clinica compatibile ma che non hanno viaggiato in paesi endemici, per poter riconoscere casi e focolai epidemici autoctoni (due o più casi insorti nell'arco temporale di 30 giorni in una area territoriale ristretta).

FIGURA 1: Distribuzione di *Aedes Albopictus* per provincia: in rosso le province positive; Particolare: In azzurro l'area monitorata dove è stata rilevata la presenza di *Aedes Koreicus*, 2011-2016 ed il recente ritrovamento nella città di Genova

* Primo rinvenimento di *Aedes Japonicus* in Italia

Fonte: Piano Nazionale di sorveglianza e risposta alle arbovirosi trasmesse da zanzare (*Aedes* sp.) con particolare riferimento ai virus Chikungunya, Dengue e Zika - 2017, Ministero della Salute.



Indennità di esclusività: l'AnaaO vince ad Avellino.

L'indennità rientra nell'ambito dell'espressa deroga stipendiale contemplata dalla legge che fa espressamente salvi "gli effetti derivanti da eventi straordinari della dinamica retributiva"

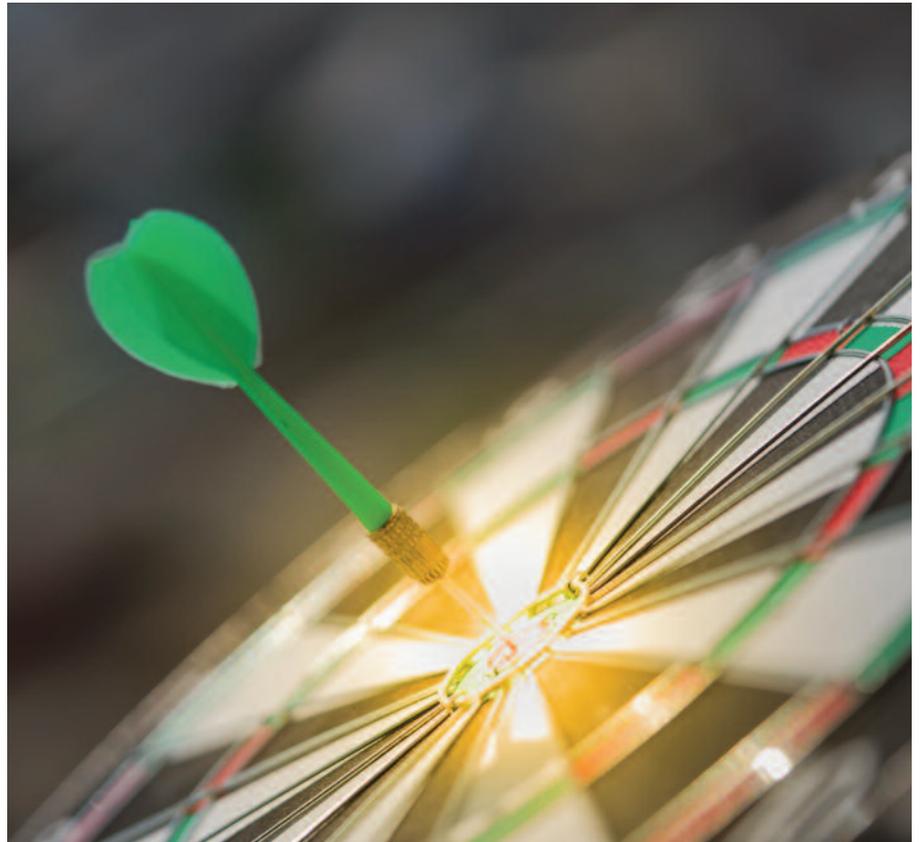
Tribunale di Avellino

Sentenze n. 829/2017 e 224/2018
Sezione lavoro

Con due recenti pronunce, rese in vertenze patrocinata dall'AnaaO-Assomed Regione Campania a favore dei propri iscritti, il Tribunale di Avellino, Sezione lavoro, ha riconosciuto l'inapplicabilità delle disposizioni in materia di blocco della retribuzione dei dirigenti medici nel periodo 2011-2014 (art. 9, comma 21, del D.L. 78/2010 convertito in Legge 122/2010) allo scatto dell'indennità di esclusività previsto al raggiungimento dei cinque anni di servizio.

Tali pronunce hanno specificato che l'adeguamento dell'indennità di esclusività esula dal "blocco stipendiale" trattandosi di un evento straordinario della dinamica retributiva volta esclusivamente a premiare l'opzione per il lavoro esclusivo, la cui scelta determina una modifica del contratto tra il medico e l'azienda sanitaria.

Al maturare dei cinque anni, in caso di valutazione positiva l'incarico passa "da base a professionale con la conseguenza che il mutamento dell'incarico non è configurabile come ordinario e pertanto l'indennità di esclusività ad esso associato è anch'esso un evento straordinario della dinamica retributiva". Dunque il passaggio dalla prima alla seconda fascia dell'indennità di esclusività non rientra nell'ambito del blocco stipendiale in quanto non è conseguente al decorso del tempo ma al fatto "incerto" del superamento della valutazione consentendo di qualificare l'attribuzione dell'indennità quale effetto derivante da un evento straordinario della dinamica retributiva. L'esclusività, fonte di una maggiorazione retributiva, costituisce un evento ordinario della dinamica del rapporto di lavoro (in particolare "la contropartita rispetto alla scelta del dipendente che modifica il rapporto di lavoro rendendolo più intenso e di sicuro di maggiore interesse per l'amministrazione") ma è un evento straordinario della dinamica retributiva in quanto conseguente al positivo superamento della valutazione al compimento del quinquennio. In più parti delle due pronunce i giudici ribadiscono che il passaggio dalla prima alla seconda fascia dell'indennità esula dal blocco in quanto è un emolumento che compensa lo specifico incarico che l'Amministrazione è obbligata ad attribuire all'esito del positivo superamento di procedura valutativa, al compimento del quinto anno. L'indennità infatti rientra nell'ambito dell'espressa deroga stipendiale contemplata dall'art. 9 comma 1 del D.L. 78/2010 convertito in Legge 122/2010 che fa specificatamente salvi "gli effetti derivanti da eventi straordinari della dinamica retributiva, ivi



Il testo della sentenza è pubblicata su www.anaao.it

includere le variazioni dipendenti da eventuali arretrati, conseguimento di funzioni diverse in corso d'anno".

Da tale principio discende il corollario che lo scatto spetta e decorre dal momento del conferimento del nuovo incarico a seguito di valutazione (positiva) che l'Azienda è obbligata a fare, e non da quello del compimento dell'anzianità lavorativa dei cinque anni, la quale costituisce una condizione necessaria, ma non sufficiente per l'attribuzione del medesimo scatto.

"Siamo molto soddisfatti delle due pronunce; - afferma il Segretario Regionale dell'AnaaO Campania, Bruno Zuccarelli - in questo variegato paese che è l'Italia, dove in campo amministrativo e di lavoro, i Tribunali, ma magari le Sezioni e perché no, gli stessi giudici della medesima Sezione, possono avere orientamenti completamente opposti, queste sentenze del Tribunale di Avellino, sono un faro nella nebbia, uno zenit cui fare riferimento. La questione dei "15 e dei 5 anni" è stata un cavallo di battaglia della nostra Associazione che ha sempre creduto che, in presenza di verifica positiva, si dovessero riconoscere i legittimi diritti dei colleghi. Da anni, vediamo i contratti fermi, che non si rinnovano, le norme contrattuali faticosamente conquistate non riconosciute localmente o meglio smentite da leggi successive, l'attacco è sistematico al diritto del collega che si sente sempre più schiacciato da oneri e responsabilità, senza alcuna preservazione della dignità della professione.

Queste due sentenze sono un granello in un deserto di sabbia che possono però e debbono fare giurisprudenza e produrre successivi contenziosi propedeutici a mettere un sigillo su quanto l'ANAAO ha sempre sostenuto: i rinnovi contrattuali erano fermi ma non le dinamiche previste all'interno di un Contratto. Il Sindacato non può e non deve sostituirsi agli Avvocati ma deve procedere - conclude Bruno Zuccarelli - in sinergia con questi professionisti, per tutelare i diritti e per preservare il decoro della professione. Noi ANAAO siamo come "gutta cavat lapidem" e scaveremo così anche la pietra dell'indifferenza.



Pronto, avvocato?
rispondono i consulenti legali
Anaa Assomed

Ho intenzione di dimettermi dal rapporto di lavoro a tempo indeterminato. Sono tenuto a dare un preavviso?

Per quanto riguarda le dimissioni, la disciplina contrattuale (art. 39, del CCNL 5.12.1996) stabilisce che il dirigente assunto a tempo indeterminato deve fornire un preavviso di tre mesi. Tale termine decorre dal primo o dal sedicesimo giorno di ciascun mese (art. 39, co. 3). La parte che risolve il rapporto di lavoro senza l'osservanza del predetto termine, è tenuta a corrispondere all'altra parte un'indennità pari all'importo della retribuzione spettante per

il periodo di mancato preavviso. L'azienda, infatti, ha diritto di trattenere su quanto dalla stessa eventualmente dovuto al dipendente un importo corrispondente alla retribuzione per il periodo di preavviso da questi non dato (art. 39, co. 4). È invece rimessa alla volontà delle parti (azienda e dirigente) la definizione di un accordo per la rinuncia o per la riduzione del periodo di preavviso.

Sono un dirigente assunto a tempo indeterminato che sta espletando il periodo di prova. Posso richiedere un'aspettativa per incarico durante il periodo di prova?

In caso di assunzione con incarico a tempo determinato presso altra azienda ospedaliera, il dirigente di ruolo ha diritto ad ottenere un'aspettativa non retribuita per tutta la durata del rapporto a termine (art. 10, co. 8, lett. b), Ccnl integrativo 10.2.2004). La concessione di tale aspettativa prescinde dal superamento del periodo di prova in essere presso l'amministrazione di appartenenza, in quanto la normativa

contrattuale non prevede una esplicita limitazione in tal senso - al contrario di quanto avviene, ad esempio, per l'istituto della mobilità volontaria tra aziende (v. art. 20, Ccnl 8.6.2000). In tal caso, durante l'aspettativa, il periodo di prova resta sospeso e riprenderà a decorrere dal momento del rientro del dirigente a completamento del restante intervallo di valutazione.

Lavoro su cinque giorni settimanali: è possibile fruire del congedo parentale in modo frazionato ogni settimana dal lunedì al venerdì, senza computare le giornate di sabato e domenica?



Affinché non vengano computati nel periodo di congedo parentale i giorni festivi, le domeniche e i sabati (nel caso di articolazione dell'orario su cinque giorni), è necessario che si verifichi l'effettiva ripresa del lavoro al termine del periodo di congedo richiesto. Al riguardo, la disciplina contrattuale della dirigenza medica precisa che *“i periodi di assenza per congedo parentale, nel caso di fruizione continuativa comprendono anche gli eventuali giorni festivi che ricadano all'interno degli stessi. Tale modalità di computo trova applicazione anche nel caso di fruizione frazionata, ove i diversi periodi di assenza non siano intervallati dal ritorno al lavoro del lavoratore o della lavoratrice”*

(art. 15, comma 2, lett. e) del Ccnl 10.2.2004). In altri termini, la frazionabilità va intesa nel senso che tra un periodo (anche di un solo giorno per volta) e l'altro di congedo parentale deve essere effettuata una ripresa effettiva del lavoro, per cui le giornate del sabato (per l'orario su 5 giorni settimanali) e della domenica non saranno conteggiate nel caso in cui la domanda di congedo sia stata presentata dal lunedì al venerdì, se il lunedì successivo si verifica la ripresa dell'attività lavorativa, viceversa, i giorni festivi e i sabati non lavorativi ricompresi tra i due intervalli di congedo andranno conteggiati.

Aggressioni ai sanitari: ne hai mai subito una?

Partecipa all'indagine Anaao Assomed

Da diversi anni si assiste a un incremento progressivo delle aggressioni ai sanitari e solo i casi più eclatanti hanno raggiunto l'onore della cronaca, in qualità di punta dell'iceberg.

Di recente è stato costituito un tavolo di confronto tra la FNOMCeO, voluto dal Presidente nazionale Filippo Anelli, e le organizzazioni sindacali per affrontare questa spinosa questione. Il problema che si è subito evidenziato è, però, la mancanza di dati certi sull'entità del fenomeno da poter fornire al Ministero della

Salute, ai NAS e alle altre autorità competenti, al tavolo ministeriale. Si tratta di un requisito necessario per trovare soluzioni concrete. Per colmare questa lacuna l'Anaao propone ai colleghi un questionario per poter ottenere una mappa del fenomeno e trovare le giuste soluzioni.



Per partecipare all'indagine scansiona il QR o vai al seguente link <https://it.surveymonkey.com/r/aggressioni>



Tutto quello che devi sapere sul **rischio clinico** a portata di click

www.clinicalriskmanagement.it

L'unico sito in italiano interamente dedicato al **risk management**



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. 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.

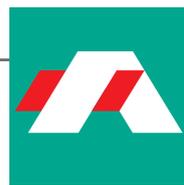
Apri il lettore qr code del tuo dispositivo e inquadra il codice con il display per scaricare la APP ANAAO



www.anaao.it



ANAAO
ASSOCIAZIONE



ASSOMED
MEDICI DIRIGENTI