

d!

d!rigenza medica

- 5 **Contratto e orario di lavoro**
Una risposta alla Cimo
- 6 **Terza Conferenza**
Anaa Assomed Donne
Dal mercato della cura
alla società del care
- 10 **Ddl Bilancio 2020**
Manovra economica 2020:
buone notizie per la sanità?
- 13 **Dirigenza sanitaria**
Lo screening prenatale non
invasivo e la biopsia liquida

Il mensile dell'Anaa Assomed



CONTRATTO 2016-2018

le risposte
alle vostre
domande

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 San Martino della Battaglia, 31
Tel. 06.4245741
Fax 06.48.90.35.23

Sede di Milano:
via D. Scarlatti, 27

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

Direttore
Carlo Palermo

Direttore responsabile
Silvia Procaccini

Comitato di redazione:

Claudio Aurigemma
Giorgio Cavallero
Pierino Di Silverio
Fabio Florianello
Gabriele Gallone
Filippo Gianfelice
Domenico Iscaro
Elisabetta Lombardo
Cosimo Nocera
Anita Parmeggiani
Alberto Spanò
Anna Tomezzoli
Costantino Troise
Bruno Zuccarelli

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 novembre 2019

Turni di riposo dei medici, la direttiva Ue è chiara e nessuna legge può contrastarla

Le lunghe frequentazioni con la normativa europea e con le sentenze della Corte di Giustizia mi spingono a condividere con i lettori alcune riflessioni rispetto a quanto si legge sulla stampa di settore.

Sostenere che le modifiche apportate dalla Legge 133/2008 sono valide senza discussione a mio avviso non corrisponde all'impostazione che la Comunità, e la Corte di Giustizia come sua emanazione, hanno dato sino ad ora.

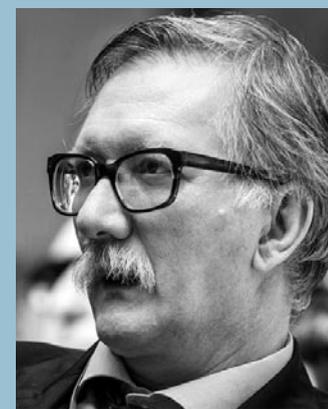
Facciamo un po' una sintesi, senza dimenticare che la Corte ha un meccanismo giuridico che segue la Common Law nel quale la sentenza funge da giurisprudenza vincolante, quindi quanto giudicato in passato varrà per tutti casi simili. Analizzando un attimo la fantasiosa invenzione bipartisan "del sospende ma non interrompe", che va al di là del credibile e delle evidenze scientifiche degli ultimi anni, evidenze che hanno fruttato persino un Nobel al Dott. Rosbash (quindi scienza contro "invenzioni"), ancora ora dopo molti anni non è dato di capire come possa coesistere con l'indicazione comunitaria che definisce il periodo di riposo come "sufficientemente lungo e continuo espresso in periodi di tempo...di almeno 11 ore continuative". È palese che una notte con più interruzioni per la reperibilità non può identificarsi con il riposo così come lo ha definito la Comunità con l'articolo della Direttiva (art. 1 comma 2 lettera l).

Quindi:

1. **Nessuna Legge nazionale** precedente o successiva, come nel caso della 133/2008, può modificare quanto statuito dalle Direttive (autoapplicative, cioè sufficientemente chiare e precise per essere valide ed applicate anche senza recepimento in un qualsiasi paese membro della Comunità).
2. **È obbligo da parte delle strutture** anche periferiche dello Stato disapplicare direttamente le norme che contrastino o rendano inefficace, in un paese membro, il contenuto di una Direttiva europea.
3. **Se ciò non bastasse** il giudice nazionale ha in prima persona l'obbligo della disapplicazione senza passare dalla Corte di Giustizia.

Quanto sopra riportato sinteticamente è estratto da sentenze della Corte di Giustizia della Comunità.

Il meccanismo è dunque semplice e non occorre scomodare la giustizia europea per far riconoscere un diritto nostro e la Comunità ci viene di nuovo in soccorso: il periodo di riposo deve essere tale da "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". Ed i terzi sono nel nostro caso i pazienti che spesso sono curati da medici troppo stanchi ed in debito cronico di sonno.



SERGIO COSTANTINO
Direzione Nazionale
Anaao Assomed

CONTRATTO LAVORO 2016-2018

rispondiamo alle vostre domande

Dal mese di luglio, data della firma della pre intesa sul Ccnl 2016-2018 abbiamo ricevuto molti quesiti di informazioni e chiarimenti in merito alle nuove disposizioni contenute nel testo.

Abbiamo deciso quindi di raccogliere le domande principali e le più frequenti di questi mesi per dare la possibilità ai colleghi di conoscere le novità e le conferme e di vigilare sulla loro applicazione. La firma definitiva del nuovo contratto dovrebbe avvenire entro il mese di novembre una volta superato il vaglio della Corte dei Conti. Per gli aumenti e gli arretrati bisognerà attendere gennaio 2020



TRATTAMENTO ECONOMICO

Gli aumenti previsti dal nuovo CCNL da quando partono? Sono previsti degli arretrati?

Il nuovo stipendio tabellare lordo per tredici mensilità partirà, nella misura di 45.260,77, dal mese successivo a quello della sottoscrizione del nuovo CCNL, mentre per il periodo pregresso gli incrementi, nelle forme e nei tempi previsti, partiranno secondo le scadenze indicate al c.1 dell'art.85 e sono previsti anche per i dirigenti cessati dal servizio nel periodo di vigenza del CCNL (art. 85,86,87).

I nuovi valori dell'indennità di esclusività, dell'incarico di direzione di struttura complessa e di specificità medica-veterinaria, decorrono invece da gennaio 2020 (art. 89, 90, 90bis).

Infine è prevista un'erogazione una tantum, per chi era in servizio al 31 dicembre 2017, con rapporto esclusivo, di 540,00 euro (art. 90ter). I nuovi valori economici della retribuzione di posizione fissa (art.91) decorrono dal gennaio 2020. Lo stesso vale per la norma di garanzia prevista all'art. 92.

NOTA - La sigla definitiva del nuovo CCNL è prevista per il mese di novembre 2019

Perché una clausola di garanzia se il contratto già prevede l'obbligo di attribuzione di un incarico di posizione?

Il CCNL prevede l'obbligo di attribuire un incarico dirigenziale a tutti i dirigenti, la clausola di garanzia stabilisce che il valore economico dell'incarico conferito non sia inferiore a quanto previsto nella norma di garanzia.

Questa garanzia si applica anche nel tempo che intercorre tra il conseguimento degli anni di attività previsti e l'attribuzione formale dell'incarico.

DISCIPLINARE

Il dirigente responsabile di struttura può infliggere rimproveri verbali? Alcuni sostengono di no! Il rimprovero verbale può essere irrogato anche dal responsabile di UOSD?

L'articolo 55-bis del dlgs.vo 165/2001 al c.1 prevede che: *1. Per le infrazioni di minore gravità, per le quali è prevista l'irrogazione della sanzione del rimprovero verbale, il procedimento disciplinare è di competenza del responsabile della struttura presso cui presta servizio il dipendente. Alle infrazioni per le quali è previsto il rimprovero verbale si applica la disciplina stabilita dal contratto collettivo.*

Nel CCNL 2016-2018 l'art. 71, che elenca le sanzioni disciplinari, non prevede il rimprovero verbale perché, nella fase di contrazione, abbiamo ritenuto opportuno di non inserire questa fattispecie di sanzione trattandosi di dirigenti. Di conseguenza il rimprovero verbale non è previsto tra le sanzioni disciplinari ma ciò non toglie la facoltà, del dirigente di UOC di far notare/segnalare, ai dirigenti della sua UOC, eventuali mancanze o omissioni o quant'altro che attengono al corretto funzionamento della equipe stessa e all'osservanza delle disposizioni emanate dalla azienda o da lui stesso a norma del c.6 dell'art.15 del dlgs.vo 502/92. In questo caso, a differenza delle sanzioni disciplinari il "rimprovero" non va segnalato nel fascicolo personale.

RAPPORTO DI LAVORO A TEMPO RIDOTTO

Le aziende possono rifiutare l'accesso ad impegno di orario ridotto a madre di figli minorenni per conciliare vita/lavoro?

Il rapporto di lavoro a tempo ridotto costituisce un'eccezione rispetto al rapporto di lavoro a tempo indeterminato e a tempo pieno, di conseguenza questa



FAQ

tipologia di rapporto ha dei vincoli: tra questi vi è la facoltà dell'Azienda o Ente di concedere o meno il passaggio a tempo ridotto nella percentuale max del 7% della dotazione organica complessiva della dirigenza. Nel caso in cui il figlio minore, di cui alla domanda, abbia un'età non superiore ai 13 anni si applica il combinato disposto fra il comma 7 dell'art. 110 del CCNL 2016/2018 e il comma 5 dell'art. 8 del dlgs. 81/2015 e di conseguenza la madre o il padre hanno un diritto di priorità nella trasformazione del rapporto di lavoro a tempo ridotto. Nel caso in cui il dirigente chieda in sostituzione del congedo parenterale la trasformazione dello stesso periodo in rapporto di lavoro a tempo ridotto, con una riduzione dell'orario non superiore al 50%, l'azienda è obbligata a ottemperare alla richiesta del dirigente. La suddetta trasformazione non concorre al raggiungimento della percentuale del 7% e può essere richiesta una sola volta.

ORARIO DI LAVORO

Le attività ambulatoriali di intramoenia rientrano nell'orario di lavoro?

Le ore dedicate allo svolgimento della

libera professione intramoenia non rientrano nel calcolo dell'orario di lavoro, anzi debbono essere smarcate. Tuttavia ai fini del riposo giornaliero è previsto che le stesse, durante la fruizione del riposo di 11 ore, non possano superare le tre ore, e debbono essere garantite comunque le otto ore consecutive di riposo.

LIBERA PROFESSIONE

È possibile effettuare attività intramoenia durante la maternità?

Occorre fare una distinzione fra il congedo obbligatorio per maternità e i permessi, tipo allattamento o altro, che possono essere richiesti dopo tale congedo. Nel primo caso, poiché è prevista una sospensione dell'attività lavorativa per tutta la durata del congedo, anche l'attività libera professionale, in nessuna delle forme previste, non può essere svolta. Nel secondo caso invece la libera professione può essere svolta, ad eccezione che nell'orario che copre i permessi richiesti.

Si può effettuare attività ambulatoriale intramoenia in caso di impegno di lavoro ridotto?

L'art. 110 comma 10 e l'art. 111 comma 8 del nuovo testo del CCNL 2016/18 confermano il divieto già previsto al comma 12 dell'art. 4 del CCNL 2001, della libera professione intramoenia in tutte le sue forme.

Nell'ambito della libera professione si può esercitare attività intramoenia in disciplina diversa da quella di appartenenza in caso di carenza di specialisti?

L'attività libero-professionale è prestata nella disciplina di appartenenza. Il personale che, in ragione delle funzioni svolte o della disciplina di appartenenza, non può esercitare l'attività libero-professionale nella propria struttura o nella propria disciplina, può essere autorizzato dal direttore generale, con il parere favorevole del collegio di direzione e delle organizzazioni sindacali maggiormente rappresentative della dirigenza medica, veterinaria e sanitaria, ad esercitare l'attività in altra struttura dell'azienda o in una disciplina equipollente a quella di appartenenza, sempre che sia in possesso della specializzazione o di una anzianità di servizio di cinque anni nella disciplina stessa (Dpcm 27.03.2000 art. 5, c. 5).

Nell'ambito della libera professione, con assenza di rapporto di esclusività, si possono intraprendere rapporti di lavoro non subordinati con enti diversi dal SSN?

Trattandosi di un rapporto di lavoro non esclusivo è possibile svolgere attività li-

bero professionale con Enti diversi dal SSN purché non convenzionati con lo stesso e non si configuri un conflitto di interessi fra attività svolta e l'azienda sanitaria di appartenenza (per esempio nel caso in cui la suddetta attività sia incompatibile con l'attività di istituto e/o che gli orari della stessa non pregiudichino l'assolvimento degli obblighi di servizio).

GRADUAZIONE DELLE FUNZIONI

La graduazione delle funzioni può determinare incarichi professionali retribuiti come le UOC?

La retribuzione di posizione si compone di una parte fissa, stabilita dal CCNL, ed una parte variabile concordata a livello aziendale. Il CCNL prevede inoltre anche il tetto massimo sommatoria delle due parti dell'indennità. Ciò premesso la parte fissa degli incarichi professionali non è mai superiore o uguale a quella delle strutture complesse, tuttavia la sommatoria delle due indennità può coincidere o essere superiore. Infatti l'indennità delle strutture complesse può variare da un minimo di 16.000,00 euro/anno ad massimo (somma della fissa e variabile aziendale) di 50.000,00 euro, mentre l'indennità per un incarico professionale di alta specialità può variare da un minimo di 6.500,00 a 42000,00 euro.

Da quando sono applicabili le nuove tipologie di incarichi e i correlati nuovi valori economici delle stesse?

Il comma 6 dell'art. 18 prevede che il nuovo sistema degli incarichi, per la parte normativa che economica, decorra dall'anno successivo a quello della sottoscrizione. In prima applicazione gli incarichi in essere saranno automaticamente ricondotti alle nuove tipologie, sulla base della tabella allegata allo stesso comma.

Nel contratto individuale di lavoro, nel riportare quanto spettante nella graduazione delle funzioni, conviene riportare la retribuzione in termini assoluti o in valore punto?

Si consiglia che venga indicato con un valore assoluto, tenendo conto degli accordi aziendali, poiché il valore punto potrebbe subire una variazione, solitamente in diminuzione, durante il periodo di svolgimento dell'incarico stesso.

Ai colleghi con meno di 5 anni di anzianità può essere conferito un incarico di alta specialità?

La risposta è negativa. Ai dirigenti con meno di cinque anni di anzianità può essere attribuito solo un incarico di base (art. 18 c. 2 CCNL 2016-2018).

RELAZIONI SINDACALI

Se una sigla sindacale non firma l'accordo per il CCNL può partecipare alla contrattazione decentrata?

La risposta è affermativa per le RSA (sono i rappresentanti dei sindacati ed è invece negativa per le RSU (sono i rappresentanti eletti da tutti i dipendenti delle aziende) come stabilito dall'art.7 c.3 del CCNL.

Art.7 CCNL 2016/2018

3. I soggetti sindacali titolari della contrattazione integrativa aziendale sono:

- le RSA di cui all'art. 42, comma 2 del D. Lgs. n. 165/2001, fino a quando non sarà definita una disciplina contrattuale nazionale sulla rappresentanza sindacale dei dirigenti della presente area, in coerenza con la natura delle funzioni dirigenziali;
- i rappresentanti territoriali delle organizzazioni sindacali di categoria firmatarie del presente CCNL.

NOTA BENE - La Rappresentanza Sindacale Aziendale (RSA) è il rappresentante sindacale dei lavoratori all'interno dell'azienda; è individuata da ogni sindacato ed è prevista dalla legge 300/70 (statuto dei lavoratori). La Rappresentanza Sindacale Unitaria (RSU), invece, nasce da un Protocollo Confederale del Luglio 1993 e dall'Accordo Confederale dell'anno successivo tra CGIL, CISL e UIL; è un organo di rappresentanza sindacale, interna all'azienda, unitaria tra le varie sigle sindacali. Non è imposto dalla legge ma è frutto della volontà dei singoli sindacati e delle RSA di confluire in un unico soggetto. Nell'ambito della dirigenza sanitaria non sono state costituite le RSU.

Qual è il ruolo delle Regioni nella contrattazione decentrata?

La normativa vigente non prevede un livello di contrattazione decentrata regionale. A livello regionale è previsto invece, nell'ambito delle relazioni sindacali il confronto regionale, normato dall'art. 6 del CCNL, dal quale possono scaturire linee generali di indirizzo per l'azienda o ente anche su materie che poi saranno oggetto di contrattazione decentrata fra le aziende e i sindacati. Al confronto regionale partecipano solo le organizzazioni sindacali firmatarie del CCNL.

Perché non è possibile la validità di un accordo con il 51%?

Il dlgs.vo 165/2001 all'art. 43 comma 3 prevede che "L'ARAN sottoscrive i contratti collettivi verificando previamente, sulla base della rappresentatività accertata per l'ammissione alle trattative ai sensi del comma 1, che le



“
L'attività
libero-
professionale
è prestata nella
disciplina di
appartenenza



organizzazioni sindacali che aderiscono all'ipotesi di accordo rappresentino nel loro complesso almeno il 51 per cento come media tra dato associativo e dato elettorale nel comparto o nell'area contrattuale, o almeno il 60 per cento del dato elettorale nel medesimo ambito”.

La suddetta norma vale per la sottoscrizione dei Ccnl, non si applica nella contrattazione decentrata nella quale non è prevista una percentuale minima delle rappresentanze sindacali che debbono firmare l'accordo perché questo abbia validità, ma utilizza un termine generico "assenso del maggior numero dei sindacati", ed inoltre trascorsi 30 giorni dall'inizio della contrattazione prorogabili di ulteriori trenta giorni, qualora non si raggiunga un accordo le parti riassumono la loro autonomia e l'azienda, qualora il protrarsi della trattativa determini un pregiudizio alla funzionalità dell'azione amministrativa può emanare disposizione transitorie sulle materia oggetto del mancato accordo (art.8 commi 4-5).

L'organismo paritetico da chi è formato?

Da un rappresentante di ogni organizzazione sindacale che partecipa alla contrattazione decentrata e da un numero pari alla componente sindacale nominata dalle Aziende o Enti (art.6bis c.3).

MISCELLANEA

Quando si parla di dirigenza sanitaria collocata in un unico ruolo qual è la differenza con unico livello?

L'art.15 dlgs.vo 502/92 recita "...la dirigenza sanitaria è collocata in un unico ruolo, distinto per profili professionali, e in un unico livello..."

I medici, veterinari, biologi, chimici ecc... con rapporto di lavoro subordinato con le Aziende o Enti del SSN, appartengono tutti allo stesso ruolo della dirigenza sanitaria la quale prevede, un solo livello (la precedente normativa ne prevedeva due con differenze sia dei compiti affidati, sia della parte economica prevista nel tabellare*, riconoscendo difatti solo ai dirigenti di secondo livello le caratteristiche della dirigenza). La differenza fra i vari professionisti la ritroviamo solo nell'ambito del profilo professionale di appartenenza.

L'ex art.15 dlgs.vo nella versione emanata il 31.12.1992 prevedeva che "al personale medico e delle altre professionalità sanitarie del primo livello sono attribuite le funzioni di supporto, di collaborazione e corresponsabilità, con riconoscimento di precisi ambiti di autonomia professionale, nella struttura di appartenenza, da attuarsi nel rispetto delle direttive del responsabile. Al personale medico e delle altre pro-

fessionalità sanitarie del secondo livello sono attribuite funzioni di direzione ed organizzazione della struttura da attuarsi anche mediante direttive a tutto il personale operante nella stessa e l'adozione dei provvedimenti relativi, necessari per il corretto espletamento del servizio; spettano, in particolare, al dirigente medico appartenente al secondo livello gli indirizzi e, in caso di necessità, le decisioni sulle scelte da adottare nei riguardi degli interventi preventivi, clinici, diagnostici e terapeutici; al dirigente delle altre professioni sanitarie spettano gli indirizzi e le decisioni da adottare nei riguardi dei suddetti interventi limitatamente a quelli di specifica competenza”.

Nel caso di aspettativa per gravidanza entro quanto tempo l'azienda può assumere un sostituto?

La sostituzione di dirigente assente per gravidanza e puerperio, nelle ipotesi di congedo di maternità, di congedo parentale e per malattia del figlio, di cui agli artt.16, 17, 32 e 47 del D.Lgs.n.151/2001, l'assunzione a tempo determinato di un sostituto, può avvenire anche trenta giorni prima dell'inizio del periodo di astensione (art 108c.6).

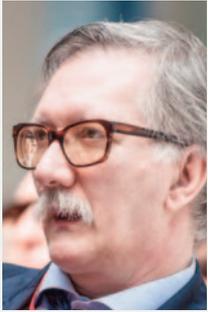
L'azienda può rifiutare l'aspettativa per vincita di altro concorso a tempo indeterminato?

I questi casi si applica il combinato disposto dei commi 10 e 12 dell'art.12 del CCNL 2016-2018 che prevedono la concessione dell'aspettativa solo nei casi in cui al dirigente venga richiesto, dalla nuova azienda, un periodo di prova, in tal caso l'aspettativa copre il periodo di prova.

Art.12 c.10 Al dirigente già in servizio a tempo indeterminato presso un'Azienda o Ente del comparto, vincitore di concorso presso altra amministrazione anche di diverso comparto, può essere concesso un periodo di aspettativa senza retribuzione e decorrenza dell'anzianità, per la durata del periodo di prova, ...

c. 12 sono esonerati dal periodo di prova i dirigenti che abbiano svolto periodi di rapporto di lavoro subordinato anche a tempo determinato e almeno superiori a dodici mesi o che lo abbiano già superato, in rapporti di lavoro subordinato anche a tempo determinato, nella medesima qualifica e disciplina, presso Aziende o Enti del comparto. L'esonero di cui sopra determina l'immediata cessazione del rapporto di lavoro originario.

Una risposta alla Cimo



SERGIO COSTANTINO
Direzione Nazionale Anaaò Assomed

Ho letto con vivo interesse le preoccupazioni della CIMO Fesmed espresse in una lettera al Direttore di *QuotidianoSanità* il 21 ottobre scorso. Tuttavia vorrei puntualizzare alcuni degli argomenti da loro espressi. Un po' di sana e virtuosa polemica ci sta bene.

Ci dovremmo chiedere, per iniziare, dov'era la CIMO quando Anaaò e FEMS "battagliavano" in sede europea, ove era stata aperta una procedura di infrazione (su richiesta esclusiva di Anaaò dopo le deroghe del 2008) presso la Commissione Europea per il riconoscimento della applicabilità della Direttiva europea 93/104/CE (poi 2000/34/CE) anche per i

medici italiani? Purtroppo ho una memoria di ferro, l'argomento era stato discusso nel disinteresse di altri sindacati, nel 2007 e 2008 (Fiuggi: Stati generali della sanità). Prevalsa allora la definizione datoriale di medico dirigente e quindi escluso dalla applicabilità (secondo l'art 17 comma 5 della 66/2003) che tutti o quasi avevano accettato senza discussione. Non mi ricordo di interventi particolari. Chi ha trasferito la querelle da richiesta sindacale a tutela della salute di lavoratori e pazienti costituzionalmente garantito (Sole 24 Ore Sanità, 2009)? Non certo CIMO. La risposta è comunque facile: Anaaò

Assomed. Ovviamente non ci si deve lasciare andare a facili entusiasmi: il D. Lgs. 66/2003 se non "presidiato" attentamente mostra un "bifrontismo" e si presta ad una regressione delle tutele già in essere in Italia. Questo perché, per un altro lapsus del legislatore, il tema del "non regresso" ex art 15 della Direttiva 2003/88/CE in Italia non è mai stato preso in considerazione: "La presente direttiva non pregiudica la facoltà degli Stati membri di applicare o introdurre disposizioni legislative, regolamentari o amministrative più favorevoli". In sintesi, consentendo lo sfondamento della parte datoriale il D. Lgs. 66/2003 può divenire strumento

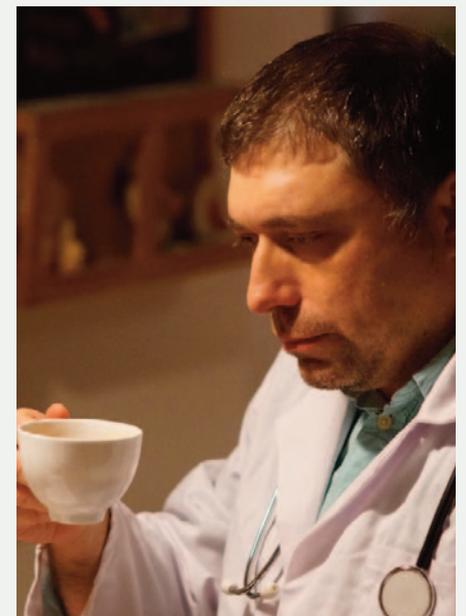
"pericoloso". Quindi quello che ora viene citato come un patrimonio comune non rispettato, quasi fosse stata una gentile concessione della controparte, è diventato strumento importantissimo di difesa dei medici, forse il più importante degli ultimi 15 anni in considerazione della contrazione degli organici, solo grazie all'azione Anaaò e della FEMS. Non occorre certo essere preveggenti per intuire l'invecchiamento della categoria, la gobba pensionistica, la contrazione delle risorse, la difficoltà di sostenere turni mattino notte con 19-20 ore di lavoro su 24 con l'avanzare dell'età. Bene Anaaò lo ha fatto, altri no.

Affrontiamo ora alcuni punti sollevati nella lettera.

1. L'articolazione dell'orario di lavoro su 5 o su 6 giorni non autorizza affatto turni di 7 ore e 36' o di 6 ore e 20': questi sono solo le medie teoriche delle due articolazioni ed hanno una valenza solo "amministrativa". Quindi attenzione nessuno deve sentirsi autorizzato ad interrompere la propria attività una volta raggiunti tali "traguardi" orari, il messaggio può apparire fuorviante.

2. Tema delle 12 ore consecutive di servizio: CIMO Fesmed dovrebbe sapere quale sia l'ordine gerarchico di contratti di lavoro e leggi nazionali ed europee. Nessuno tema, la pausa deve essere presente automaticamente, senza bisogno di scriverlo, perché la norma europea "sbaraglia" qualsiasi azione riduttiva da qualsiasi livello provenga.

3. Pausa caffè: credo sia opportuno che venga da alcuni riletta la circolare n° 8/2005 del Ministero del Lavoro, art. 13, che prevede esplicitamente queste interruzioni. Tranquilla la pausa caffè, per chi lo beve, è salva. Per gli altri vanno bene anche le tisane o l'orzo.



4. La deroga al riposo per partecipare a riunioni ed a formazione obbligatoria va letta nei termini di concedere elasticità organizzativa ai Colleghi che vogliono partecipare a qualche evento di formazione e non altro. Affermare che non si comprenda come mai la riunione interrompa

e la libera professione abbia dei limiti è capzioso. Infatti, da una parte al massimo ti addormenti, dall'altra puoi fare danni sul paziente (oltre che su te stesso e su eventuali collaboratori), paziente sul quale è manifesta una corresponsabilità dell'Azienda sani-

Segue a pagina 15



A conclusione della Terza Conferenza Anaa Assomed "Donne Sanità Sindacato" tenutasi a Genova nei giorni 11 e 12 ottobre vogliamo tentare un bilancio e qualche riflessione sul significato e sul possibile impatto, non solo all'interno del più grande sindacato della dirigenza sanitaria.

SANDRA MORANO
Coordinatrice
Area Formazione
Femminile
Anaa Assomed

Dal mercato della cura ALLA SOCIETÀ DEL CARE

La cornice

110 delegate, fra partecipanti e relatrici, rappresentate da un'artista (Margherita Levo Rosenberg) in "una grande rete semovente le cui maglie sono cucite dalle immagini di donne che hanno dato vita a movimenti ed eventi che l'Anaa ha immaginato, organizzato e sostenuto nel corso degli anni". Una rete simbolica che racconta la necessità della **condivisione**, dell'**interconnessione** e della **coesione**".

Le Tematiche

Le novità e le sfide: il passaggio dal mercato della cura alla società del care, e dal protagonismo femminile all' **autorità**; la crisi della **rappresentanza**, il valore della **esperienza della cura femminile** e al femminile nella ricerca di un **modello diverso dall'attuale**, non idoneo né al prendersi cura dei pazienti, né a far vivere con agio la professione ai curanti. Un modello che non soddisfa e non facilita neanche le tanto invocate categorie di equità o le istanze di pari opportunità.

Le domande

È adeguata l'ottica economicistica al governo del mondo della Sanità?
Esistono modelli più ispirati all'etica della cura o alla "economia civile"?
Le politiche delle pari opportunità sono adeguate ad interpretare i bisogni delle stesse donne che lavorano in sanità?
È il tempo delle donne in Medicina: come sarà il governo che verrà?



Dal mercato della cura alla società del care

La posta in gioco: *universalismo e welfare vs produttività* intesa nel senso peggiore del termine, per come l'abbiamo vissuta in questi anni.

Un sasso nello stagno l'apertura del convegno con una tavola rotonda che idealmente aveva l'ambizione di pensare ad una quadratura del cerchio, che finora si è limitata ad una quadratura dei conti. Un panel interdisciplinare con riferimenti diffusi all'economia civile, degnamente illustrata da **Luigino Bruni**, al pensiero ecologista femminista della teologa tedesca **Ina Praetorius**, all'alternativa di un aziendalismo all'insegna della complessità presentata da **Paola Adinolfi**, a confronto con le letture critiche di parte sindacale e politica dei Senatori **Amedeo Bianco** e **Nerina Dirindin**, e con **Mara Azzi**, vice presidente FIASO, avamposto finale di una oramai improbabile governance virtuosa. Contraddizioni, management inappropriati, istanze inascoltate di curanti e curati: e una prospettiva di governo della Sanità mai più vicina di adesso, per le donne. Una prima impressione a caldo: la novità di tematiche forse conosciute, ma mai intrecciate tra loro, nel prestare attenzione ai professionisti della cura e non alle sue liturgie organizzative; il richiamo, da più parti, alla etimologia della economia (*oikonomia*), la responsabilità della cura del mondo; le testimonianze di protagonisti di "lotta e di governo" tra ieri e oggi, tra narrazione e revisione critica. Partecipazione mai così attenta del pubblico, la sensazione che l'economia non è così distante da tutti noi, e che il governo del bene pubblico non possa essere, e di fatto non sia, così lontano da prassi che coinvolgono le nostre vite di tutti i giorni.

“

Un sasso nello stagno l'apertura del convegno con una tavola rotonda che idealmente aveva l'ambizione di pensare ad una quadratura del cerchio

Il governo delle donne che verrà

“Un passo in alto” il tema della seconda sessione, ovvero donne oltre il soffitto di cristallo: istruzioni per resistere dentro un contenitore fatto da uomini e per uomini. O per cambiare. Il comune denominatore è stata l'esperienza delle (poch) donne che hanno passato il limite di solito concesso e sono arrivate anche molto in alto, con sacrifici immani; oppure, meno spesso, si sono fermate. Da grandi manager a *donneszaguscio* (Luisa Pogliana), passando per gli esecutivi dei sindacati più rappresentativi (Anna Tomezzoli, ANAAO, Michela Spera, FIOM), o per la direzione di Unità Complesse Ospedaliere (Silvia Von Wunster, AOGOD): abbiamo ascoltato storie di “donne di governo” del nostro paese, del nostro tempo. Nelle quali il protagonismo fa i conti con la libertà. Considerazioni in prospettiva: le giovani alla ricerca di modelli possono iniziare a intravedere tutta la contraddittorietà della spinta paritaria, e incominciare a riflettere, come la Danaeris protagonista de “Il Trono di Spade”, se la via d'uscita non sia immaginare **un nuovo modello sociale**. *“Le donne arrivano nel management con la testa più sgombra, perché meno condizionate a comportarsi secondo i modi di un potere dal quale sono state tenute lontane. Meno formate da una cultura manageriale che si riproduce come indiscutibile perché anche da questo mondo sono state tenute fuori. Meno portate a fare come si è sempre fatto, perché loro non l'hanno mai fatto. Partono da quello che hanno davanti, perché alle spalle hanno solo esperienze di uomini. Vedono cose diverse e vedono le cose diversamente. Per il loro modo di vedere non ci sono riferimenti già dati (Luisa Pogliana, Superare i confini)*. Perché in fondo loro a questo management sono estranee. E questa potrebbe essere la loro **uscita di sicurezza**.

Tutti i numeri dell'avanzata femminile

La terza sessione si è aperta con la presentazione di tutti i numeri dell'avanzata femminile in fanteria, del sorpasso e del suo arresto alle soglie dello stato maggiore: numeri che sono stati ampiamente sciorinati su tutti i media. Le relatrici (Chiara Rivetti, Maria Gabriella Coppola, Eleonora Albanese) hanno messo a punto un aggiornamento sulle percentuali di laureate per fasce d'età, sulle scelte (e le relative conseguenze) al momento della specializzazione, sull'attuale dotazione di dirigenti e, in tema della attuale conclamata crisi, anche un quadro “di chi fugge e chi resta”: precarietà, mobilità, pensionamenti, licenziamenti. Un quadro del SSN che le donne, che intanto inesorabilmente avanzano, si troveranno davanti, guardando fuori del soffitto infranto. Ma “i dati non sono dati”, i numeri da soli non bastano, anche se sono la nostra fotografia. Quello che succede nelle corsie e nelle nostre vite, cioè il lavoro ai tempi della produttività, ci vede (Ester Pasetti) come un “Sisifo felice” che nella sua fatica quotidiana “*ricorda tempi migliori in cui ancora c'era l'entusiasmo per ciò che si faceva e la sensazione di un futuro possibile e migliore*”.

Conciliazione, conciliazione, conciliazione

Una sessione specificamente dedicata ai classici cavalli di battaglia del sindacato: dal ruolo dei CUG agli ambienti di lavoro, al welfare aziendale, passando per la prospettiva del gender budget (Marlene Giugliano, Caterina Matinato, Simona Bonaccorso, Concetta Liberatore). Non ci stupiamo se le cifre della mancata carriera sono direttamente collegate alla mancata conciliazione, alla non tutela di diritti, come è emerso da tutte le relazioni su questi temi. Per anni questa denuncia è stata l'espressione più diffusa del disagio femminile nel lavoro, scoglio di tutte le contrattazioni, e che rischia di farci rimanere **non arricchite**, ma paradossalmente **indebolite proprio da quella competenza in più che abbiamo solo noi, cioè la capacità riproduttiva**. Le donne sono persino stufe di ripeterlo. Poi, **i figli si fanno (sem-**





Opera di
Margherita
Levo Rosenberg



pre più tardi, sempre meno) e il buco nero di corse, incastri e sensi di colpa di quegli anni, presto svanisce in un vuoto di memoria. Poi, i bambini crescono in un attimo. Rimane per sempre l'estraneità a sistemi organizzativi che devono cambiare. Per tutti. Perché inseguendo i contenitori, stiamo dimenticando da una parte le nostre esistenze oltre il lavoro, e dall'altra il lavoro inteso come professione di cura, e non come una prigione di turni scanditi da un cartellino. Nonostante i miglioramenti inseriti nell'ultimo CCNL, persiste, anche fra colleghi, una visione del lavoro bollato da quello che non si riesce a dare (**tempo "rubato" per malattia, maternità, part time, legge 104**) e non caratterizzato da quello che può fare la differenza: **contenuti, competenza, relazione, assistenza, guarigione**, come si legge nei Sistemi di Qualità Aziendale. **E allora tutti, anche la stampa, si dovrebbero chiedere, considerando anche che in Italia si fa carriera più tardi, se dietro a quel tanto stigmatizzato 10% di donne direttrici di UOC, non ci sia oggi una scelta, e non una rinuncia. O meglio, il rifiuto di investire le residue risorse professionali ed emozionali nel tenere in vita un sistema ormai inconsistente.** La direzione di una UOC, come ci hanno raccontato le poche direttrici presenti, ha di complesso perlopiù il virtuosismo delle sostituzioni di personale, l'inutilità di riunioni a catena e tanto lavoro in più da "donare", se è vero che oggi le strutture vengono offerte, talvolta a scavalco, in forma di eterne FF e quindi con la stessa retribuzione. Riusciranno le donne, una volta al governo di questo sistema in macerie, a "rifiutarsi di indossare le scarpe degli altri, e a cambiare il disegno di base"? (Pasetti)

La direzione di una UOC, come ci hanno raccontato le poche direttrici presenti, ha di complesso perlopiù il virtuosismo delle sostituzioni di personale, l'inutilità di riunioni a catena e tanto lavoro in più da "donare", se è vero che oggi le strutture vengono offerte, talvolta a scavalco, in forma di eterne FF e quindi con la stessa retribuzione. Riusciranno le donne, una volta al governo di questo sistema in macerie, a "rifiutarsi di indossare le scarpe degli altri, e a cambiare il disegno di base"? (Pasetti)

Il Who's Who del sindacato

Lo studio Who's Who commissionato all'Università di Genova per disegnare un quadro delle motivazioni che spin-

gono oggi le donne e gli uomini a lavorare nell'Anaa Assomed ci restituisce una comune **tendenza a difendere i propri diritti e a valorizzare del ruolo dei medici e dei dirigenti sanitari**. La maggiore criticità nel ruolo di dirigente sindacale risulta essere la capacità di motivare i colleghi. Le donne si confermano più orientate alla **relazione ed alla attività in gruppo**, ma allo stesso tempo denotano **maggiore mascolinità nei tratti stereotipati per genere**, e si descrivono come maggiormente assertive, indipendenti dagli uomini. I punteggi di burnout si attestano intorno alla media dei professionisti dell'area sanitaria, anche se la realizzazione personale è alta. Solo per il 20% dei rispondenti lavorare in un'ottica di gender equality sembra rappresentare un elemento significativo nel lavoro del sindacato. Molto è cambiato, molto è da cambiare.

Le donne, i diritti, la salute 4.0: ci curiamo del futuro

L'ultima sessione, nata da una recente survey proposta dall'Anaa Assomed all'interno della FEMS a 11 paesi partecipanti (Bulgaria, Cipro Nord, Croazia, Italia, Olanda, Portogallo, Romania, Repubblica Ceca, Slovenia, Spagna, Turchia) riguardo alle condizioni lavorative delle mediche, ci ha fatto riflettere in un'ottica allargata **sulle differenti declinazioni dei diritti e della soddisfazione delle donne che curano nei vari angoli d'Europa**. C'è maggiore attenzione al tempo ed alla organizzazione del lavoro, meno alla remunerazione ed alla leadership. Mentre la condizione femminile, cioè **i diritti sociali e di salute delle donne sono, ancorché disomogenei, tuttora lungi dall'essere raggiunti**. Le relatrici italiane (Alessandra Spedicato, Gabriella Marini, Teresita Mazzei, Maria Antonietta Monteduro) e le europee Daiva Brogiene (Lituania) e Sila Usar (Cipro Nord) ci hanno orientato a riconsiderare, nella mission della Associazione, quanto sia ancora lunga la battaglia contro la violenza per la salute delle donne, e distante dagli ideali dei movimenti femministi degli anni 60 e 70.

Take Home message: Oltre il piano dei diritti

Le parole chiave più sentite sono state **economia, azienda, management, diritti, disagio, autorità, forma mentis, cambiamento**. Queste ultime, assolutamente nuove nel contesto della sanità e del sindacato, si sono rincorse nella due giorni di dibattito, attento ed intenso, anche nelle parole del Presidente FNOMCeO, Anelli, fino alle conclusioni del Segretario Nazionale Palermo, che nel ricordare le recenti conquiste contrattuali ha definito il lavoro delle donne indispensabile anche perché contrassegnato da empatia e gentilezza. Riprendendo così l'invito di Anna Rosa Buttarelli a preservare la **dimensione materiale del corpo, fatta di sensibilità, gusto del vivere, contatto intimo (empatia) ed esteriore**. La quale ci ha invitato a considerare quanto le sacrosante battaglie di oggi per i diritti, iniziate nel secolo scorso e non ancora pienamente vinte, ci tengano bloccate in superficie, separate dall'evoluzione della coscienza. In realtà, secondo la filosofa, **la possibilità di dialogare diversamente è cambiare la forma mentis**. Paradossalmente abbiamo dimostrato che, in condizioni che appaiono oggettivamente meno appetibili, **“.le idee le abbiamo noi. Non si tratta quindi solo di occupare posti decisionali (un passo in alto), ma di fare un passo anche in avanti, di lavorare molto di più sulla coscienza radicale, offrendo ad una società in cui è evidente la sofferenza anche degli uomini, una trasformazione di come pensiamo che diventi il mondo, ciò che possa essere il meglio per noi stesse”** (Anna Rosa Buttarelli).

Più volte abbiamo ribadito che per governare c'è bisogno di una visione. Da queste pagine parte l'invito ad iniziare a discuterne.





Cresce il fondo e più soldi per l'edilizia sanitaria MA IL PERSONALE RESTA ALL'ASCIUTTO

Iniziato in Commissione l'iter di approvazione della legge di Bilancio 2020. Per la sanità un testo piuttosto scarno con la vistosa assenza di qualsiasi norma sul personale del Ssn. Ecco le misure.

Giovanni
Rodriguez

Stop al superticket dal 1° settembre, incremento di 2 miliardi per il Fsn e di altri 2 per l'edilizia sanitaria. Restano i fondi per i farmaci innovativi. Arriva la sugar tax e cambiano le norme per la detrazione fiscale per le spese sanitarie.

Sono queste le principali novità del ddl Bilancio per il 2020 di cui è iniziato l'esame in Commissione Bilancio del Senato. Salvo integrazioni nell'esame parlamentare, il "pacchetto" sanità nella legge di Bilancio 2020 sembrerebbe molto scarno rispetto agli anni passati. Le uniche vere novità di rilievo sono la cancellazione del superticket a partire dal 1° settembre (con lo stanziamento di risorse aggiuntive pari a 185 milioni

di euro per l'anno 2020 e a 554 milioni di euro annui a decorrere dal 2021) e l'incremento di 2 miliardi per l'edilizia sanitaria di cui 235 destinati all'acquisto di apparecchiature diagnostiche negli studi dei medici di famiglia con l'obiettivo di ridurre le liste d'attesa.

Sul piano delle risorse per la spesa corrente del Ssn, i "famosi" 2 miliardi in più di cui ha spesso parlato il ministro Speranza, non c'è invece una nuova disposizione specifica e pertanto fa fede quanto già previsto dalla precedente legge di Bilancio 2019 (comma 514) che aveva fissato le somme per il fondo sanitario del triennio 2019-2021 (pari a 2 miliardi in più per il 2020 e a 1,5 miliardi in più nel 2021), vincolando gli aumenti alla stipula del Patto per la Salute, attesa entro la fine dell'anno in corso dopo la proroga stabilita dal decreto fiscale. Lo stesso vale per i due fondi vincolati per i farmaci innovativi oncologici e non (500 milioni ciascuno) che non compaiono nel testo e che pertan-

to, anche in questo caso, vanno considerati confermati nelle modalità stabilite dalle precedenti disposizioni di legge (in particolare legge di Bilancio 2017). Ma all'appello mancano però, al momento, tutte quelle altre norme sanitarie delle quali si era parlato nelle settimane precedenti alla presentazione del testo (dalla governance farmaceutica alla carenza di personale).

In sintesi tutte le norme di interesse sanitario comprese nel disegno di legge di Bilancio:

Articolo 9 (Nuove risorse per l'Edilizia sanitaria)

Viene qui confermato uno stanziamento di 30 miliardi per l'edilizia sanitaria. Viene dunque aumentata di 2 miliardi la dotazione già prevista dalla legge di Bilancio 2019.

Art. 41 (Fondo per la disabilità e la non autosufficienza)

Viene istituito un fondo denominato "Fondo per la disabilità e la non autosufficienza", con una dotazione pari a 50 milioni di euro per l'anno 2020, a 200 milioni di euro per l'anno 2021, a 300 milioni di euro annui a decorrere dall'anno 2022. Con appositi provvedimenti normativi, nei limiti delle risorse di cui al primo periodo del presente comma, che costituiscono il relativo li-



mite di spesa, si provvede a dare attuazione agli interventi ivi previsti.

Articolo 54 (Abolizione Superticket)

Nelle more di una più generale revisione del ticket, a decorrere dal 1° settembre 2020 viene abolito il superticket, ossia la quota di partecipazione al costo per le prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale per gli assistiti non esentati. Conseguentemente, per le coperture viene incrementato il Fondo sanitario nazionale di 185 milioni di euro per l'anno 2020 e di 554 milioni di euro annui a decorrere dal 2021. Infine, la dotazione del fondo per il superamento del ticket di 60 milioni di euro annui, stabilita dalla manovra 2018, viene ridotta di 20 milioni di euro per l'anno 2020 e 60 milioni di euro annui a decorrere dall'anno 2021.

Art. 55 (Apparecchiature sanitarie dei medici di medicina generale)

Per migliorare il processo di presa in cura dei pazienti e ridurre il fenomeno delle liste d'attesa, viene autorizzato un contributo pari a € 235.834.000,00 per l'acquisto di apparecchiature sanitarie per i medici di medicina generale. Lo stanziamento andrà a valere sull'importo fissato dal fondo per l'edilizia sanitaria nell'ambito delle risorse non ancora ripartite alle regioni. I trasferimenti in favore delle regioni saranno disposti sulla base di un piano dei fabbisogni predisposto e approvato nel rispetto dei parametri fissati con decreto del Ministro della salute, da adottarsi entro il 31 gennaio 2020, previa intesa in sede di Conferenza Stato Regioni. Da sottolineare che il ddl specifica che le apparecchiature sanitarie sono di proprietà delle aziende sanitarie e che saranno messe a disposizione dei medici secondo modalità individuate dalle aziende stesse.

Art. 75 (Rimodulazione degli oneri detraibili in base al reddito)

Cambiano le disposizioni in merito alle detrazioni fiscali sulle spese sanitarie. Queste ultime spetterebbero:

- nell'intero importo se il reddito complessivo non ecceda 120.000 euro;
- per la parte corrispondente al rapporto tra l'importo di 240.000 euro, diminuito del reddito complessivo, e 120.000 euro, qualora il reddito complessivo sia superiore a 120.000,00 euro.

In ogni caso, **la detrazione compete nell'intero importo per le spese sostenute per patologie che danno diritto all'esenzione dalla partecipazione alla spesa sanitaria.**

Art. 80 (Accise tabacchi)

Aumenta da 30 a 35 euro al chilogrammo l'accisa minima per sigari; da euro 32 ad euro 37 per i sigaretti; e da euro 125 ad euro 130 per tabacco trinciato a taglio fino da usarsi per arrotolare le sigarette. E ancora, per i tabacchi lavorati l'onere fiscale minimo passa da "95,22 per cento" a "96,22 per cento". Inoltre, la voce "tabacchi lavorati" viene sostituita dalla seguente: "Tabacchi lavorati: a) sigari 23,5 per cento; b) sigaretti 24 per cento; c) sigarette 59,8 per cento; d) tabacco trinciato a taglio fino da usarsi per arrotolare le sigarette 59 per cento; e) altri tabacchi da fumo 56,5 per cento; f) tabacchi da fiuto e da mastico 25,28 per cento."

Art. 81 (Imposta di consumo sui prodotti accessori al consumo dei tabacchi da fumo)

Viene qui introdotta un'imposta di consumo sui prodotti accessori ai tabacchi da fumo.

1. Le cartine, le cartine arrotolate senza tabacco e i filtri funzionali ad arrotolare le sigarette sono assogget-

MANOVRA ECONOMICA 2020

Buone notizie per la sanità?



CARLO PALERMO
Segretario Nazionale Anaao Assomed

Il **ddl di Bilancio 2020** contiene positivi spiragli sulle sorti della sanità pubblica che testimoniano l'impegno del Ministro Speranza nel sostenere il Servizio Sanitario Nazionale.

Non solo l'interruzione del suo definanziamento, confermando gli aumenti previsti ed incrementando la dote delle Regioni a 5,8 miliardi a vario titolo, e l'abolizione del superticket, ormai diventato un vero driver di prestazioni verso il privato per la maggiore convenienza rispetto al pubblico, ma anche alcune misure sul personale. La parola "medico" non compare più solo in accezione negativa, visti i 235 milioni destinati ai Medici di Medicina Generale per l'acquisto di apparecchiature tecnologiche con la finalità di contribuire alla riduzione delle liste di attesa nel settore della diagnostica di primo livello. Inoltre, viene finalmente incrinato il totem innalzato da una confusa riforma delle amministrazioni pubbliche con il blocco delle risorse accessorie contrattuali del

DDL BILANCIO 2020

tati ad **imposta di consumo in misura pari a € 0,0036** il pezzo contenuto in ciascuna confezione destinata alla vendita al pubblico.

2. La circolazione dei prodotti di cui al comma 1 è legittimata dall'inserimento degli stessi in apposita tabella di commercializzazione, secondo le modalità previste al comma 5.
3. I prodotti di cui al comma 1 sono venduti al pubblico esclusivamente per il tramite delle rivendite di cui alla legge 22 dicembre 1957, n. 1293, e successive modificazioni.
4. L'imposta di consumo è dovuta dal produttore o fornitore nazionale o dal rappresentante fiscale del produttore o fornitore estero all'atto della cessione dei prodotti alle rivendite di cui al comma 3, con le modali-

personale dipendente, derogando per polizia, vigili del fuoco, presidi, funzionari e dirigenti ministeriali e della presidenza del Consiglio la norma che lo prevedeva. Categorie impegnate in compiti delicati, come la sicurezza e le funzioni amministrative, tanto che si prevedono anche finanziamenti aggiuntivi. Ora che la diga mostra innegabili crepe, chiediamo che analogo provvedimento venga adottato anche per la Dirigenza medica e sanitaria. Non solo perché è l'unica che ha già fatto, e gratis, quanto si richiede agli altri con risorse aggiuntive dello Stato, cioè l'armonizzazione delle risorse accessorie di tutte le professioni afferenti alla propria Area contrattuale, ma anche perché le risorse da liberare sono già nella disponibilità e nel finanziamento dei fondi aziendali e non richiedono un intervento economico addizionale. Comportamenti diversi sarebbero interpretati come inaccettabile discriminazione e scarsa attenzione verso coloro ai quali è affidata l'erogazione e la sicurezza delle cure, aspetti fondanti ogni società civile. Per di più, queste risorse sono da utilizzare per la retribuzione del lavoro disagiato e la valorizzazione della professionalità, anche per rispondere alla carenza di medici specialisti, attuale e futura, ed alla scarsa attrattività del lavoro ospedaliero in Italia. In relazione, poi, alle straordinarie esigenze poste da tale carenza, certo il Ministro Speranza ed il

Viceministro Sileri non vorranno fare mancare un incremento di almeno 2.500 contratti aggiuntivi di formazione specialistica, in un anno accademico in cui si presenteranno quasi 30.000 giovani medici al concorso per l'accesso alle scuole di specializzazione". L'attenzione prestata all'antica e cronica questione delle liste di attesa nel settore della diagnostica di primo livello, testimoniata dal provvedimento a favore dell'attività dei MMG, lascia, inoltre, ben sperare anche per un intervento di defiscalizzazione delle prestazioni aggiuntive dei medici ospedalieri, analogo a quello in vigore per i medici privati e gli insegnanti pubblici. Si metterebbero, così, a disposizione dei cittadini milioni di prestazioni in più a costi irrisori, finalizzate ad abbattere le attese anche per le visite specialistiche, la chirurgia in elezione e la diagnostica strumentale di secondo livello, che ben trovano giustificata capienza nei fondi sanitari come investimenti con finalità sociali. I Medici ed i Dirigenti sanitari dipendenti del SSN sono certi che Ministro, Governo e Parlamento non vorranno discriminare e penalizzare il lavoro che svolgono, tutti i giorni e le notti dell'anno, per garantire l'esigibilità di un bene costituzionalmente tutelato, rinunciando a caratterizzare la Legge di Bilancio 2020 con una sostanziale inversione di tendenza. In caso contrario, ovviamente, trarranno le debite conseguenze.

tà previste dall'articolo 39-decies.

5. Con determinazione del direttore dell'Agenzia delle dogane e dei monopoli, sono disciplinate le modalità di presentazione e i contenuti della richiesta di inserimento dei prodotti di cui al comma 1 nelle tabelle di commercializzazione previste per ciascuna delle categorie di prodotto, nonché gli obblighi contabili e amministrativi dei soggetti obbligati al pagamento dell'imposta.

6. È vietata la vendita a distanza, anche transfrontaliera, di prodotti di cui al comma 1, ai consumatori che acquistano nel territorio dello Stato. L'Agenzia delle dogane e dei monopoli, fermi i poteri dell'autorità e della polizia giudiziaria ove il fatto costituisca reato, comunica ai fornito-

ri di connettività alla rete Internet ovvero ai gestori di altre reti telematiche o di telecomunicazione o agli operatori che in relazione ad esse forniscono servizi telematici o di telecomunicazione, i siti web ai quali inibire l'accesso, attraverso le predette reti, offerenti prodotti di cui al comma 1.

7. Per i prodotti di cui al comma 1 si applicano le disposizioni previste dagli articoli 291-bis, 291-ter e 291-quater del decreto del Presidente della Repubblica 23 gennaio 1973, n. 43 e successive modificazioni, nonché dall'articolo 96 della legge del 17 luglio 1942, n. 907, e dall'articolo 5 della legge 18 gennaio 1994 n. 50, in quanto applicabili."



Art. 82 (Imposta sul consumo di bevande con zuccheri aggiunti)

Viene istituita un'imposta sulle "bevande edulcorate", ossia quei prodotti finiti e i prodotti predisposti per essere utilizzati come tali previa diluizione, destinati al consumo alimentare umano, ottenuti con l'aggiunta di edulcoranti e aventi un titolo alcolometrico inferiore o uguale a 1,2 per cento in volume.

L'importo della nuova imposta viene fissata nelle misure di:

- a) euro 10,00 per ettolitro, per i prodotti finiti;
- b) euro 0,25 per chilogrammo, per i prodotti predisposti ad essere utilizzati previa diluizione.

Art. 85 (Tracciabilità delle detrazioni)

Ai fini dell'imposta sul reddito delle persone fisiche, la detrazione dall'imposta lorda nella misura del 19 per cento degli oneri indicati nell'articolo 15 del testo unico delle imposte sui redditi spetta a condizione che l'onere sia sostenuto con versamento bancario o postale ovvero mediante altri sistemi di pagamento elettronici.

Al comma 2 si specifica tuttavia che l'obbligo del pagamento tracciabile **non si applica alle detrazioni spettanti in relazione alle spese sostenute per l'acquisto di medicinali e di dispositivi medici, nonché alle detrazioni per prestazioni sanitarie rese dalle strutture pubbliche o da strutture private accreditate al Servizio sanitario nazionale**, che potranno quindi essere pagate in contanti senza perdere il diritto alla detrazione

“
I Medici ed i Dirigenti sanitari dipendenti del SSN sono certi che Ministro, Governo e Parlamento non vorranno discriminare e penalizzare il lavoro che svolgono

DDL BILANCIO 2020

Molise.
Curare, ma non troppo...

L'odissea dei medici e pazienti molisani a caccia di un sistema sanitario degno di tal nome



ALDO ROCCA
 Responsabile
 Anaao Giovani
 Molise

Tante le soluzioni proposte nei mesi scorsi, richiamo dei pensionati, impiego dei medici non specialisti, impiego dei medici militari.

Nessuna di queste soluzioni, sebbene spesso fantasiosa e non condivisibile è stata messa in campo, eccetto il pagamento straordinario di prestazioni di medici turnisti extra-regione che costano ben 700 euro a turno, con il risultato di continuare a chiedere ai pochi medici in servizio di sacrificare il proprio riposo, la propria famiglia, per andare in contro alle esigenze aziendali e dei cittadini, lavorando sempre oltre il proprio monte ore, con conseguente inadempienza rispetto alle regole comunitarie e riduzione del livello qualitativo delle prestazioni. In buona sostanza una gestione miope, senza alcuna prospettiva di miglioramento di qualità di servizi né per l'utenza ormai sfiduciata, né per il personale medico.

L'azienda si nasconde dietro il bando di sporadici concorsi effettuati.

I concorsi fatti, troppo spesso sono andati deserti, con graduatorie di numerosità nettamente inferiore al numero di posti disponibili e oserei dire necessari. Chiedersi il perché è imperativo. La causa dell'emorragia di medici ha radici profonde, viene da anni di mancata programmazione, e non si parla solo di numero chiuso, ma di percorsi assistenziali di qualità in grado di attrarre i giovani. Manca l'attrattiva, manca la prospettiva di un servizio adeguato agli standard che vorremmo offrire ai pazienti, con remunerazione pari alle energie spese ed un'assistenza degna della nostra formazione. I turni sempre sotto-organico, impongono un eccezionale sovrannumero orario con notti e festivi quasi mai coperti in

In questo periodo il nostro Sistema Sanitario Regionale è tornato a far parlare di sé sia a livello locale che nazionale per l'emergenza sanitaria che lo sta colpendo sempre più duramente.

turno e sempre in pronta disponibilità, con conseguente calo attentivo, aumento dello stress e ricerca disperata di altra allocazione. Si rammenta che ancorché nei presidi di riferimento per l'emergenza-urgenza, non è prevista di notte la presenza in turno di professionalità fondamentali, come i chirurghi generali, mettendo a rischio l'incolumità e la tempestività di cura dei pazienti, senza che alcuna soluzione a lungo termine sia stata messa in opera.

In questo contesto è difficile riuscire ad esprimere il proprio desiderio di eccellenza, manca il tempo per dedicarsi alla ricerca scientifica e anche la formazione continua diventa una chimera.

È vero, come più volte sostenuto da Anaao Assomed è tempo di dare un futuro alle migliaia di medici in cerca di una realizzazione professionale attraverso la specializzazione, e chi meglio della regione Molise oggi potrebbe essere sede di un progetto pilota di formazione specialistica ospedaliera sul campo, in collaborazione anche con l'Università, con il triplo effetto di risolvere una carenza, limitare l'emigrazione dei propri giovani neo-laureati ed attrarre magari giovani extra-regione da poi coltivare e crescere per il prossimo futuro.

Per questo chiediamo di smettere di trovare continue soluzioni tampone che altro non fanno che spostare il problema in vanti di qualche mese, ma di sedersi ad un tavolo con le parti in causa per cercare soluzioni prospettiche, che possano dare un futuro vero a questo sistema sanitario.

Applicazioni diagnostiche e prognostiche del DNA libero circolante nel plasma

Lo screening prenatale non invasivo e la biopsia liquida

Nel 1948, la presenza di molecole di DNA libero da cellule (cfDNA, cell free DNA) fu per la prima volta scoperta da Mandel e Metais nei sieri di pazienti affetti da cancro (Mandel and Metais, 1948).

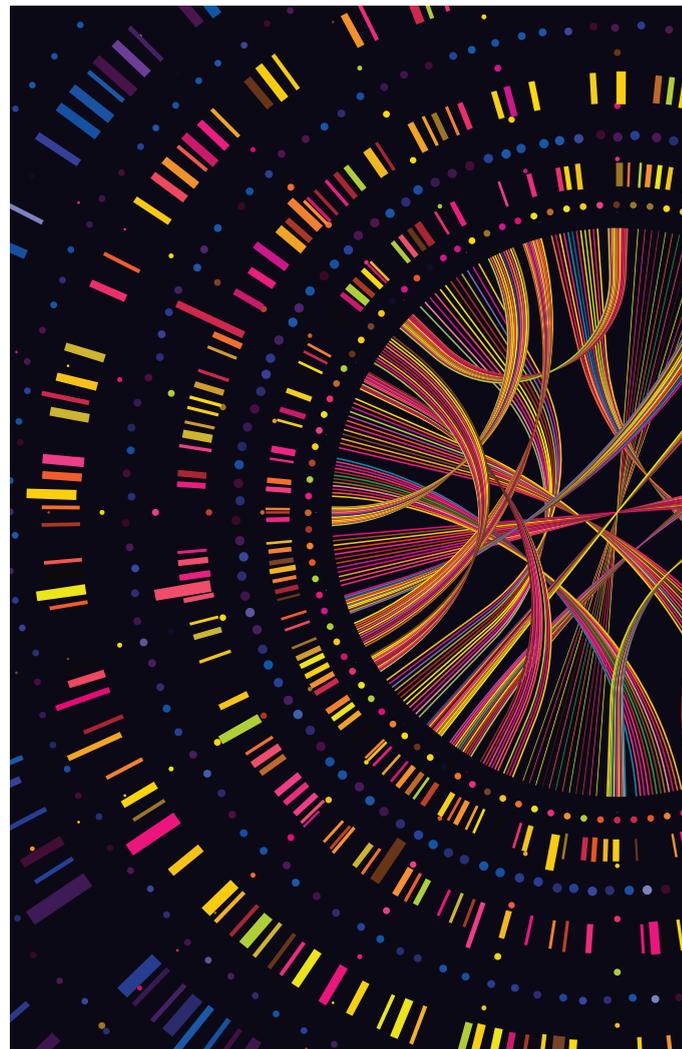
Successivamente, l'osservazione che pazienti affetti da patologie tumorali (Bendich et al., 1965) o autoimmuni (Tan et al., 1966) mostravano livelli diversi di DNA libero circolante nel siero, riaccese l'interesse per il cfDNA come biomarcatore non invasivo di una varietà di malattie. Il cfDNA viene rilasciato da ogni tipo di cellula di un individuo e, per questo motivo, possiede una natura chimerica, caratteristica che per lungo tempo ha limitato le possibilità di indagine della piccola proporzione di cfDNA proveniente dalle cellule che devono essere indagate. Solamente negli anni '90 i progressi tecnologici hanno infatti consentito il rilevamento riproducibile del cfDNA permettendo quindi di esplorare il suo potenziale prognostico e diagnostico sia in condizioni fisiologiche (rilevamento di cfDNA di derivazione fetale durante la gravidanza), che patologiche (ad esempio tumori e patologie cardiovascolari).

TEST PRENATALE NON INVASIVO

(NIPT, non invasive prenatal test). La prima applicazione del cfDNA come biomarcatore non invasivo in epoca prenatale, fu introdotta da Dennis Lo nell'Università di Hong Kong. Nel 1997 infatti Dennis Lo fu in grado di rilevare il sesso ed il gruppo sanguigno RhD fe-

tale a partire da un prelievo di sangue materno mediante una PCR real time (Lo et al., 1997). Successivamente si tentò, ma senza grande successo, di applicare la stessa tecnica per rilevare alterazioni del numero dei cromosomi fetali. La vera svolta avvenne nel 2011, quando fu pubblicato il primo articolo sulla determinazione della trisomia 21 fetale mediante un sequenziamento massivo parallelo (MPS, massively parallel sequencing) del cfDNA estratto da plasma materno (Chiu et al., 2011). Questa osservazione aprì la porta alle applicazioni del MPS nella ricerca di aneuploidie fetali su DNA libero dalle cellule proveniente dalla placenta e circolante nel sangue materno. Con questo approccio, tutte le molecole di DNA circolante contenute in un campione di plasma materno vengono sequenziate. Quindi, allo scopo di identificare alterazioni del numero di copie di un cromosoma (ad esempio, il cromosoma 21) la proporzione di sequenze del cromosoma di interesse viene confrontata, mediante analisi bioinformatiche, con il numero di sequenze prodotte per tutti gli altri cromosomi. Il vantaggio di questo approccio è che il sequenziamento riguarda tutto il genoma e pertanto, può potenzialmente essere applicato per la ricerca di alterazioni di tutti i cromosomi. Ad oggi però, i dati pubblicati indicano risultati estremamente buoni per l'identificazione della trisomia 21, della trisomia 18 e della trisomia 13. Per queste alterazioni cromosomiche infatti, i tassi di rilevamento ottenuti analizzando grandi casistiche con tecnologie di MPS diverse hanno riportato una sensibilità e specificità vicine al 100% (Gil et al., 2017).

Di seguito vengono elencati i fattori che

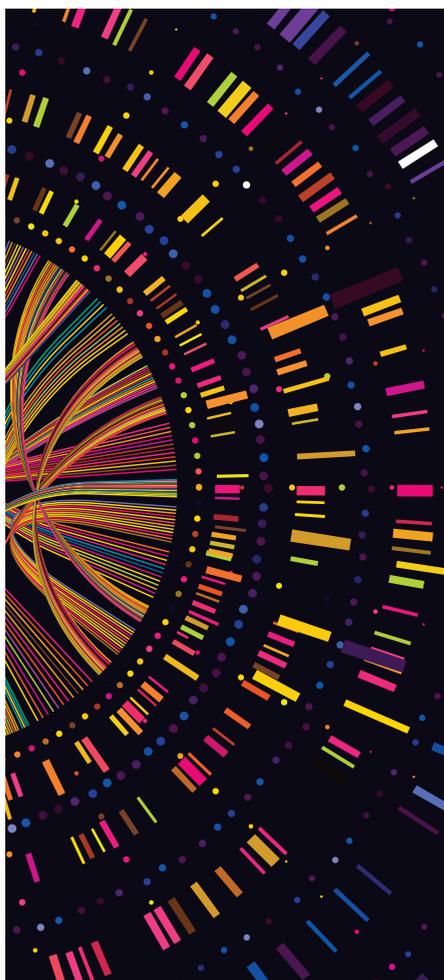


IRENE BOTTILLO
Specialista in
Genetica Medica -
Dottore di Ricerca
in Genetica
Medica UOC
Laboratorio di
Genetica Medica -
Università La
Sapienza -
Azienda
Ospedaliera San
Camillo-Forlanini

maggiormente condizionano i risultati di un test NIPS.

Frazione fetale. Il sangue materno contiene molecole di cfDNA che provengono per il 90-95% dalle cellule della madre, e per il 5-10% dalle cellule placentari. La quantità di cfDNA fetale nel sangue materno (anche chiamata Frazione Fetale, FF) varia infatti durante il corso della gravidanza: aumenta all'aumentare delle settimane di gestazione ed è massima al momento del parto (Wang et al., 2013). Considerate le attuali tecnologie di sequenziamento, i protocolli di analisi consentono il rilevamento del DNA fetale libero circolante solo quando la FF è almeno del 4-5%. Questi livelli di frazione fetale si raggiungono in media per le donne in gravidanza a partire dalla decima settimana di gestazione. La frazione fetale La FF è inoltre influenzata da diverse caratteristiche della madre, tra cui il peso: l'aumento del peso materno è associato a una minore percentuale di DNA fetale (Wang et al., 2013).

Gravidanze multiple. Quando una gravidanza gemellare è moncoriale (e quindi monozigotica), i feti saranno o entrambi portatori o entrambi non por-



tatori di un'anomalia cromosomica. In questo scenario il NIPT è possibile e non presenta criticità. Tuttavia, quando i gemelli sono dicorionici, la presenza di anomalie genetiche può essere discordante tra i due feti. Il NIPT per l'identificazione di aneuploidie cromosomiche in almeno uno dei due feti e' comunque possibile ma l'analisi bioinformatica risulta più complessa. Attualmente inoltre rimangono alcuni interrogativi, uno dei quali riguarda lo scenario in cui un feto in una gravidanza gemellare dizigotica abortisce (gravidanza con un gemello riassorbito); ad oggi non è chiaro il contributo del DNA del gemello riassorbito sul totale del cfDNA nel plasma materno. La complessità delle gravidanze gemellari suggerisce pertanto che, prima del test NIPT, è indicato eseguire un'ecografia per rilevare eventuali sacche di gravidanza vuote e per determinare la corionicità dei feti. In caso di NIPT positivo, questo test comunque non indica quale gemello sia portatore dell'anomalia cromosomica.

Mosaicismo placentare. È stato dimostrato che la fonte del cfDNA fetale sia la placenta (Alberry et al., 2007) ed è noto come, in questo tessuto, possano essere presenti linee cellulari che presentano anomalie cromosomiche che



non sono presenti nel feto, un fenomeno spesso chiamato "mosaicismo placentare". Questo è uno dei motivi per cui, a seguito di un test NIPT positivo, viene richiesta la conferma del risultato mediante un test invasivo (i.e. amniocentesi).

Fattori materni. Anomalie genetiche materne, tra cui il mosaicismo cromosomico o la presenza di una forma tumorale, potrebbero, in rari casi, spiegare la positività ad un test NIPT e l'assenza di anomalie cromosomiche nel rispettivo prelievo di cellule da liquido amniotico.

Interpretazione del risultato. Il NIPT, in quanto screening genetico, produce un risultato che presenta un rischio residuo (ad es. il rischio che il feto sia portatore di una condizione genetica anche se il test e' risultato negativo). Come tutti i test genetici, anche il NIPT deve pertanto essere preceduto e seguito da una consulenza genetica e dalla firma di un consenso informato.

BIOPSIA LIQUIDA

Nei decenni successivi alla scoperta del DNA libero circolante, numerosi studi hanno dimostrato che i pazienti oncologici presentano generalmente livelli di cfDNA più alti rispetto ai soggetti non affetti (Fleischhacker and Schmidt, 2007). Nel 1989, Stroun e colleghi dimostrarono che una frazione del cfDNA presente nel plasma dei pazienti oncologici deriva da cellule tumorali (Stroun et al., 1989). Studi successivi non solo hanno confermato che le cellule tumorali rilasciano quantità rilevabili di frammenti di cfDNA nel circolo sanguigno ed in altri fluidi biologici, ma hanno anche rivelato che questi frammenti sono portatori delle alterazioni genetiche ed epigenetiche caratteristiche del tumore da cui hanno origine (Wan et al.,

“
La biopsia liquida trova oggi massimo impiego nel carcinoma polmonare non a piccole cellule (NSCLC), un tumore che si distingue in molteplici sottotipi genetici ognuno caratterizzato da mutazioni che costituiscono un bersaglio molecolare per la terapia

2017). Questi studi dimostrarono che la determinazione del profilo molecolare del cfDNA può rivestire un ruolo utile nella gestione "non invasiva" del tumore. Tale osservazione, unita all'avvento delle nuove tecnologie al servizio della genetica molecolare, ha catalizzato le ricerche sulla correlazione tra le caratteristiche del cfDNA e tipi tumorali. La biopsia liquida in pazienti oncologici si esegue mediante un prelievo di sangue dal cui plasma viene estratto il cfDNA. Le indagini che vengono condotte mirano allo studio di mutazioni del DNA tumorale circolante (ctDNA) in grado di conferire sensibilità o resistenza alle terapie a bersaglio molecolare (Siravegna et al., 2015). In questo scenario, il sequenziamento massivo parallelo permette, in un unico esperimento, sia di testare la presenza di mutazioni già note, che di identificare altre alterazioni per le quali il paziente possa essere inserito in sperimentazioni cliniche. L'MPS inoltre consente di quantificare la "frequenza dell'allele mutato" (VAF, variant allele frequency), un parametro rilevante per monitorare l'evoluzione del tumore nei pazienti in corso di trattamento (Abbosh et al., 2017). La biopsia liquida trova oggi massimo impiego nel carcinoma polmonare non a piccole cellule (NSCLC), un tumore che si distingue in molteplici sottotipi genetici ognuno caratterizzato da mutazioni che costituiscono un bersaglio molecolare per la terapia (Rolfo et al., 2018). Le più comuni sono le alterazioni del recettore del fattore di crescita dell'epidermide (EGFR), bersaglio dei farmaci inibitori della proteina tirosina-chinasi (TKI) ed identificate nel 10-30% dei pazienti NSCLC. Una delezione di 5 aminoacidi nell'esone 19 e le sostituzioni L858R e L861Q sono state associate all'efficacia degli EGFR-TKI, mentre la sostituzione T790M induce resistenza agli EGFR-TKI (Mountzios, 2018). L'approvazione dei TKI di prima generazione è stata seguita dallo sviluppo di TKI di seconda e terza generazione, rivolti a specifiche mutazioni di resistenza di EGFR (Mountzios, 2018); TKI di quarta generazione sono attualmente in studio (Jia et al., 2016).

Attualmente l'impiego della biopsia liquida a scopi di diagnosi predittiva per il trattamento farmacologico è circoscritto a pazienti affetti da NSCLC, per la ricerca delle mutazioni di EGFR solo se la biopsia tissutale risulti non effettuabile o non idonea o solo in caso di franca recidiva di malattia (EMA. Guideline on good pharmacogenomic practice. 2016).

Una risposta alla Cimo

taria che obbliga a misure restrittive. Non è così per coloro che lavorino in extramoenia, visto che accettano il rischio in prima persona e questa è una differenza non da poco sotto il profilo della responsabilità legale.

5. Nessun trucco sulle 4 ore di attività non assistenziali: la mezz'ora, così come era già in essere, si negozia con le procedure di budget. Quindi nessuno scippo. Un commento forse si sarebbe potuto fare sulla trasformazione di fatto di queste ore "libere" di aggiornamento che annualmente vengono devolute alle Aziende sanitarie. Ben pochi riescono ad utilizzare le circa 160 (140 se negoziata la mezz'ora settimanale) ore annue che ne derivano. La difesa ed il presidio di queste ore è un punto fondamentale della trattativa locale. Già alcuni in passato hanno ottenuto di poter utilizzare 21 giorni/anno a questo scopo, altri si sono ingegnati per ottenere un conteggio separato delle ore di aggiornamento per documentare il dato che queste ore nella maggior parte dei casi diventano "cliniche" E' come regalare un mese di lavoro al proprio Ente (che talora invece di essere riconoscente pone in atto strumenti di controllo poliziesco per contestare anche variazioni minime, minuti, della permanenza in ospedale).

6. La durata media massima dell'orario di lavoro settimanale credo venga male interpretata. Gli argini sono si spostati a 6 mesi (ma lo stesso risultato la controparte poteva facilmente ottenerlo per semplice decreto ai sensi dell'art. 17, comma 2, del D.Lgs 66/2003) ma non vuol dire che possano essere superate le 48 ore settimanali per più di 6 mesi. Le 48 ore medie sono valutate non su paletti fissi (es Gennaio- Giugno) ma dinamici (da qualsiasi punto zero per i 6 mesi successivi). Entro tale perio-

do le prestazioni non potranno essere superiori a tale limite, che comprende orario ordinario e straordinario. Va comunque ricordato come il limite europeo per lo straordinario, ed è di questo che si parla, sia, in base all'art. art 5 comma 3 del D.Lgs 66/2003, di 250 ore/anno (circa 6 ore a settimana per 10 mesi circa di presenza): *"In difetto di disciplina collettiva applicabile, il ricorso al lavoro straordinario è ammesso solo previo accordo tra il datore di lavoro ed il lavoratore per un periodo che non superi le 250 ore annuali"*. Quindi nessun timore di superare, con un calcolo approssimativo, 400 ore di extra lavoro: ciò non è consentito.

7. Sicuramente il capitolo degli obiettivi di budget rappresenta uno scoglio pericoloso e da gestire perifericamente con estrema attenzione. Per prima cosa, non credo sia scritto in nessun luogo che gli obiettivi ordinari debbano corrispondere obbligatoriamente ad un incremento orario, anzi questi devono essere correlati alle risorse umane, finanziarie e strumentali messe a disposizione (art. 56, comma 1 del CCNL 16/18). Poi si devono evitare accordi che abbiano come tema principale la cessione di ore e non di attività, creando un ibrido ovvero uno straordinario travestito, quindi non in linea con nessuna delle disposizioni contrattuali (presenti e passate) e già valutato illegittimo dalla magistratura. Per completare il quadro, queste regole di fatto sono quelle vigenti nel precedente contratto con qualche "limatura". Il riferimento è all'art. 65 comma 3 del CCNL 96, sepolto con rinvio in fondo al nuovo contratto (art. 94, comma 5), riferito ad "obiettivi prestazionali eccedenti l'orario dovuto" come è chiaramente citato nell'art. 24 ultimo periodo del CCNL 16/18. In sintesi, abbiamo limitato il tentativo di far passare come cogente su tutto il processo di budgeting una disposizione contenuta in un CCNL di più di 20 anni fa, esplicitamente riferita al periodo di passaggio dalle incentivazioni al lavoro per obiettivi.

8. Prestazioni aggiuntive: è del tutto ovvio che per loro definizione siano da effettuare al di fuori del debito orario annuale, fatte salve le tutele del riposo. Forse, ma lo spazio negoziale era nullo, si sarebbero potute modificare in modo incrementale le tariffe orarie.

9. Guardie in libera professione: anche queste fuori dal debito orario come in passato, è ovvio che non si possa percepire la quota prevista per l'attività istituzionale (100 Euro incrementabili in trattativa decentrata) ma la retribuzione per il turno extra orario ben lo compensa.

10. Pronta disponibilità: niente è deciso, non è nelle disponibilità dell'azienda, si rinvia alla valutazione del costituendo Comitato paritetico (ex articolo 6 bis) che ha peraltro potere ostativo. Possibilità non significa che si debba accettare per forza, i sindacati facciano il loro lavoro esprimendosi in una intersindacale forte e coesa trovando soluzioni condivise e che non rappresentino gli interessi di una singola sigla.

Credo che più di tutto, prima di lamentarsi di un presunto CCNL debole, ci si debba confrontare con i pericoli regressivi contenuti nel D.Lgs 66/2003, tutti evitati, e con anni di promesse datoriali mancate. I 3-4 mila medici promessi, dopo l'approvazione della L. 161/2014, probabilmente dovremo farli cercare da "Chi li ha visti?" così come i finanziamenti correlati.

Niente è perduto dopo anni di fermo illegittimo, la macchina si è rimessa in moto. Esorto i Colleghi della CIMO Fesmed a dare il meglio di sé nella preparazione del contratto futuro 2019-2021 e a tralasciare critiche e polemiche che al momento appaiono, francamente, non solo inconsistenti ma anche poco utili rispetto alla necessità di difendere i medici e i dirigenti sanitari in una contrattazione decentrata importantissima per la concreta applicazione degli innovativi istituti conquistati nel CCNL firmato il 24 luglio.

Ciao Marzia ci mancherai

Il 12 agosto Marzia Cozzi, Segretaria Aziendale Anaao Assomed del CRO di Aviano, dopo una lunga malattia ci ha lasciato. Il ricordo di due colleghi, Giorgio Mucignat, Referente regionale della Dirigenza Sanitaria della regione Friuli e Anita Parmeggiani, componente dell'Esecutivo Nazionale

“Quando non ci siamo più, continuiamo a vivere nei ricordi di coloro che ci hanno conosciuto, in tutto o in parte.”

Io ho conosciuto una parte di Marzia; una parte pubblica ma nello stesso tempo intima, in quanto, da colleghi, ci scambiavamo molte impressioni e valutazioni su quello che ci accadeva intorno e come lo vivevamo.

L'ho conosciuta tanti anni fa. Eravamo entrambi attivi all'interno di società scientifiche di Laboratorio e ciò costituiva spesso motivo di confronto tra di noi. Un confronto intellettualmente e scientificamente appagante perché Marzia era una persona attenta e preparata sempre disposta a lottare per affermare le sue idee, ma mai prevaricante. Sapeva vedere sempre gli aspetti positivi di qualsiasi situazione. Manteneva un approccio positivo, nonostante la sua carriera professionale era stata, come seppi, costellata da vari intoppi e difficoltà. Persona studiosa e precisa, era poco propensa ai compromessi al ribasso in cui spesso ci imbattiamo nella nostra vita professionale. Per questo probabilmente, spesso non vedeva restituito, sotto forma di considerazione personale, l'impegno che lei metteva nel suo lavoro. Il sindacato, prima SNABI poi ANAAO, costituiva un altro suo ambito di impegno. La sua preparazione la metteva a disposizione degli altri. Era disponibile all'ascolto dei colleghi che trovavano in lei persona di raro equilibrio e capace di dispensare consigli e puntuali indicazioni di metodo. Di recente si è spesa molto sulla questione dei “precari della ricerca” degli IRCCS. Ha dato tutta se stessa a quelli che lei definiva “i miei ragazzi”, forse con una venatura materna che non aveva potuto esprimere in altri ambiti. Un po' di anni fa ha scoperto di avere un nodulo al seno inoperabile. Ne parlava come di un passaggio della sua vita, ineludibile ma di sicuro risultato: l'avrebbe sconfitto. Valutava tutte le cure ed i protocolli a cui la sottoponevano i colleghi del CRO di Aviano, dove lavorava, con l'approccio della scienziata (quale altro titolo dare ad una studiosa innamorata della sua scienza) sapendo che molte sono le armi a disposizione per combattere questo ospite parassita. Mi stupiva sempre la sua carica ottimista che la portava ad impegnare il suo futuro di cose da fare, di problemi da affrontare e risolvere. L'ho vista quando la stavano dimettendo dopo tre mesi di ricovero e si diceva contenta che aveva ripreso l'uso della gamba fratturata dall'ennesima metastasi e grata a suo marito Carlo che l'avrebbe sostenuta ed aiutata a progredire nel recupero.

Giorgio



Anch'io ho conosciuto Marzia attraverso la sua “parte sindacale”, ma questo in realtà si è tramutato presto, inevitabilmente con Marzia, in profonda stima e amicizia. La sua militanza sindacale era al tempo stesso pacata e razionale, ma ferma e determinata. Recentemente nelle nostre lunghe telefonate a proposito dei problemi degli IRCCS, la sua lucida conoscenza dei mali che affliggono questi istituti è stata sicuramente determinante per convincermi della necessità di avviare un lavoro approfondito sul tema, che poi è sfociato nell'avvio della Commissione Nazionale sugli IRSCC cui lei aveva, nonostante le sue condizioni di salute, aderito con grande entusiasmo promettendomi, non potendo partecipare alla prima riunione, un documento che non è mai riuscita a scrivere. Il suo contributo ci mancherà moltissimo, ma sarà anche uno stimolo in più per tutti noi a lavorare con l'entusiasmo e l'impegno che la contraddistingueva nelle sue battaglie.

Non ultima, l'impegno nell'affrontare le tematiche di genere, che sentiva molto e che, come suo costume, l'aveva vista occuparsi di temi concreti, da sindacalista, conciliazione vita-lavoro, soprattutto smart working, argomento sicuramente innovativo, ma con cui inevitabilmente, in un futuro molto prossimo, diceva, anche in sanità ci dovremo misurare. Aveva ovviamente ragione.

Proprio per il suo impegno faceva parte del gruppo donne di Anaao, anche se la sua malattia gli aveva impedito di partecipare all'incontro di formazione che si è tenuto in febbraio a Milano. Proprio in quei giorni la malattia si è manifestata in tutta la sua durezza e non le ha dato più tregua. Anche qui, so che a noi tutte del gruppo mancherà molto il suo contributo, concreto ed innovativo.

Qualcuno ha detto: “Quando muore qualcuno, agli altri spetta di vivere anche per lui.”

Raccogliamo il testimone del suo impegno e delle sue battaglie.

Anita

Chiarimenti in tema di Deleghe ai sensi del decreto 81/2008

Spesso si fa confusione su cosa possa essere delegabile o meno da parte del Datore di Lavoro di una qualsivoglia Azienda, sebbene la normativa vigente non ponga alcun dubbio in merito.

Il Testo unico in tema di Salute e Sicurezza sul lavoro (**D.Lgs. 81/08**) prevede la possibilità inequivocabile di poter delegare alcune funzioni nel rispetto di quanto previsto dall'**Art. 16 (Delega di funzioni)** del medesimo decreto:

1. La delega di funzioni da parte del datore di lavoro, ove non espressamente esclusa, è ammessa con i seguenti limiti e condizioni:

- a) che essa risulti da atto scritto recante data certa;
- b) che il delegato possieda tutti i requisiti di professionalità ed esperienza richiesti dalla specifica natura delle funzioni delegate;
- c) che essa attribuisca al delegato tutti i poteri di organizzazione, gestione e controllo richiesti dalla specifica natura delle funzioni delegate;
- d) che essa attribuisca al delegato l'autonomia di spesa necessaria allo svolgimento delle funzioni delegate;
- e) che la delega sia accettata dal delegato per iscritto.

Contestualmente all'**Art. 17 (Obblighi del datore di lavoro non delegabili)** individua quali sono le attività non delegabili: Il datore di lavoro non può delegare le seguenti attività:

- a) la valutazione di tutti i rischi con la conseguente elaborazione del documento previsto dall'articolo 28;
- b) la designazione del responsabile del servizio di prevenzione e protezione dai rischi.

Non bisogna dimenticarsi che all'**Art. 28 (Oggetto della valutazione dei rischi)** viene specificato che, per consentire di svolgere le funzioni delegate, il Documento di Valutazione dei Rischi deve anche avere i seguenti contenuti

(Comma 3; Lettera D):

L'individuazione delle procedure per l'attuazione delle misure da realizzare, nonché dei ruoli dell'organizzazione aziendale che vi debbono provvedere, a cui devono essere assegnati unicamente soggetti in possesso di adeguate competenze e poteri.

RAFFAELE ALOI

Segretario Anaao Asl 4
Liguria

FIRMATO IL RINNOVO DEL CCNL 2016-2018

**Una ripartenza
e un ritorno
alla normalità
dopo 10 anni
di blocchi
e di tagli.**

- È ripartito l'orologio
- Nessuno prende di meno
- Qualcosa di più su disagio
- Riparte la carriera per tutti
- Recuperata l'anzianità perduta
- Il contratto investe sui giovani neoassunti e con meno di cinque anni
- Il contratto investe anche sui meno giovani con più voci fisse in stipendio e maggiori benefici sulla pensione e sulla liquidazione
- Nuove tutele (maternità, ferie, assenze per visite specialistiche, terapie salvavita e motivi familiari)
- Ripresa della contrattazione decentrata
- Nessun arretramento sulla parte normativa
- Difesa la libera professione intramoenia
- Aumentata la massa salariale, base degli aumenti del prossimo CCNL
- Difeso il diritto al riposo
- Recuperati tutti i periodi lavorativi effettuati per ricostruire l'anzianità di servizio
- Valorizzazione della contrattazione decentrata

1959-2019

**60 anni al servizio dei medici
e dirigenti sanitari.**

Buon compleanno Anaaao!

