

Q!

d!rigenza medica

- 1 **Anaao.**
Storia e valore
di un sindacato
il libro di Roberto Ziccardi
- 6 **Basta con i contratti virtuali,**
di Giuseppe Montante

Il mensile dell'Anaao Assomed

ANAAO ASSOMED
ASSOCIAZIONE MEDICI DIRIGENTI

ULTIM'ORA
12 DICEMBRE

**SCIOPERO
NAZIONALE**
DELL'INTERSINDACALE
MEDICA E SANITARIE

I MEDICI ITALIANI E IL SINDACATO

I risultati dell'indagine
commissionata
dall'Anaao Assomed
alla Swg sui medici
del Ssn e il loro rapporto
con il sindacato

LA FIDUCIA TIENE

INDAGINE
ANAAO
ASSOMED/
SWG

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 novembre 2017

“Anaaò Storia e valore di un sindacato” il libro di Roberto Ziccardi

Nel 2019 l'Anaaò compie 60 anni. Una vita, due generazioni, un tempo sufficiente per cambiamenti epocali, quali quelli che, di fatto, si sono verificati nella medicina e nella sanità.

All'avvicinarsi di un importante traguardo, questo libro vuole essere non solo la storia di un organismo chiamato “sindacato” ma anche del suo karma, una memoria ma anche una riflessione sul coraggio di pensare, attraverso gli anni, una sanità diversa, il racconto di una passione civile capace di tenere insieme il diritto alla cura e quello a curare, la rappresentanza e la difesa di legittimi interessi dei medici con la esigibilità per i cittadini dell'art. 32 della Costituzione. Questioni sindacali mai separate da ideali e sensibilità etiche.

Ci sono già state altre pubblicazioni riguardanti l'Anaaò. Questa, al cui Autore, per molti anni dirigente di questa associazione, mi lega il debito della iniziazione e del reclutamento nell'Anaaò in anni ormai lontani, vuole ritornare alle radici per ricostruirne il percorso attraverso i suoi congressi, letti nel loro contesto sociale e politico, i fatti, i nomi e i volti di chi ha costruito la storia di questo sindacato e, in parte non piccola, anche della sanità italiana. Operazione necessaria per rafforzare, in tempi liquidi come i nostri, il senso identitario.

Il libro costituisce anche lo spunto per una riflessione sullo strumento “sindacato”, quanto mai attuale dentro una rivoluzione culturale, sociale e tecnologica senza eguali. Un tentativo di risposta alla domanda che, anche nelle nostre fila, serpeggia come un fiume carsico: a che serve oggi il sindacato? A che serve l'Anaaò?

Di fronte al cambiamento strutturale realizzatosi nel mondo dei lavori e all'esplosione dei contratti atipici, così diversi dal rassicurante tempo indeterminato cui eravamo abituati, non appare più scontata la capacità del sindacato di rappresentare in maniera incisiva il lavoro, nelle molteplici forme in cui oggi viene declinato.

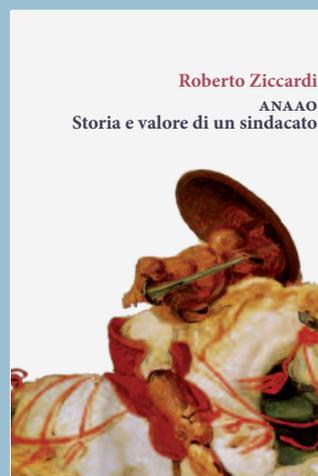
Non si può negare che l'onda lunga della crisi di consenso e di fiducia verso le istituzioni ha raggiunto anche il sindacato, e la sua capacità di rappresentanza. Tanto che sparare contro il sindacato è diventato una moda, una variante della retorica anti-casta, terreno di consensi facili e a buon mercato. La vulgata corrente parla di un sindacato causa di quasi tutti i guai del Paese, fattore di ritardo, ostacolo alle magnifiche e progressive sorti del liberismo. Capace di rappresentare, e male, solo gli interessi dei propri iscritti, senza tutelare gli outsiders, quelli che svolgono mansioni sostanzialmente identiche con disparità di retribuzione e di diritti. Un sindacato strabico, che sembra stare da un solo lato non vedendo che si lavora fianco a fianco divisi da barriere invisibili. Come se non fosse, però, la forza dell'organizzazione e degli organizzati a permettere di agire per includere gli esclusi.

Certo, il sindacato ha commesso errori, manifesta limiti e ritardi, così lontano dalla novità dei blog, di

COSTANTINO TROISE
*Segretario Nazionale
Anaaò Assomed*



ROBERTO ZICCARDI
Medico Igienista



Segue a pag. 16

INDAGINE
ANAAO/
SWG

I MEDICI ITALIANI E IL SINDACATO LA FIDUCIA TIENE

Per il 79% dei medici il sindacato è indispensabile, ma per il 44% ha “perso autorità”. I giovani e le donne sono critici. Per i primi è “un corpo estraneo e lontano dalle loro problematiche” e per le donne “c’è troppo maschilismo”. Un medico su tre vorrebbe un sindacato di categoria “unitario”. Questi i risultati dell’indagine commissionata dall’Anaa Assomed alla Swg sui medici del Ssn e il loro rapporto con il sindacato professionale.

Ai medici il sindacato piace. Se la fiducia degli italiani verso le istituzioni, sindacato compreso, nel corso degli ultimi 20 anni ha registrato brusche cadute, per i medici questa frattura sembra non essere tanto profonda. Pur ammettendo la scarsa capacità di incidere delle iniziative sindacali, la categoria mantiene alto il livello di fiducia verso il sindacato (i 2/3 è iscritto), sia per l’aspettativa di un supporto pratico sia perché consapevole che senza, le condizioni di lavoro sarebbero di gran lunga peggiori.

Le diversità di genere e di età modificano, però, il giudizio complessivo. I giovani si sentono poco rappresentati e le

donne appaiono convinte che all’interno della professione, e del sindacato, ci sia un forte atteggiamento maschilista, negato peraltro dalla maggioranza degli uomini. Questi in sintesi i risultati dell’indagine commissionata dall’Anaa Assomed alla Swg in collaborazione con Health Communication sul sindacato nel mondo medico, dalla quale emerge anche una ricetta contro il declino: la crisi di rappresentanza del sindacato tradizionale può essere superata solo se si riesce a costruire un forte soggetto unitario.

Entrando nel dettaglio, l’indagine mette in luce che:

il campione di medici ospedalieri interpellato ripone fiducia nelle organizzazioni sindacali in misura maggiore rispetto alla media della popolazione;

i 2/3 è iscritto a un sindacato;

una consistente quota di iscritti dichiara di partecipare, almeno saltuariamente, alle attività promosse dal

sindacato, e solo una minoranza (17%) non lo fa;

la maggioranza assoluta del campione (79%) sostiene l’importanza della presenza del sindacato nel mondo del lavoro, ma risulta più bassa (44%) la percentuale che riconosce autorità al suo ruolo;

forte è la convinzione che senza la presenza del sindacato le condizioni di lavoro sarebbero sicuramente peggiori (60%);

l’iscrizione al sindacato assume il significato di un contributo personale al miglioramento delle condizioni lavorative (65%) e contestualmente di difesa collettiva nei confronti del datore di lavoro (62%). Motivazioni che appaiono significativamente più forti tra gli iscritti (78% e 70%);

8 interpellati su 10 pensano che la categoria non possa non avere un sindacato ma, pur ritenendo utile l’azione da esso svolta (66%), esprimono dubbi sull’efficacia e incisività delle sue iniziative.



8/10 DEGLI INTERPELLATI RITIENE IL SINDACATO INDISPENSABILE

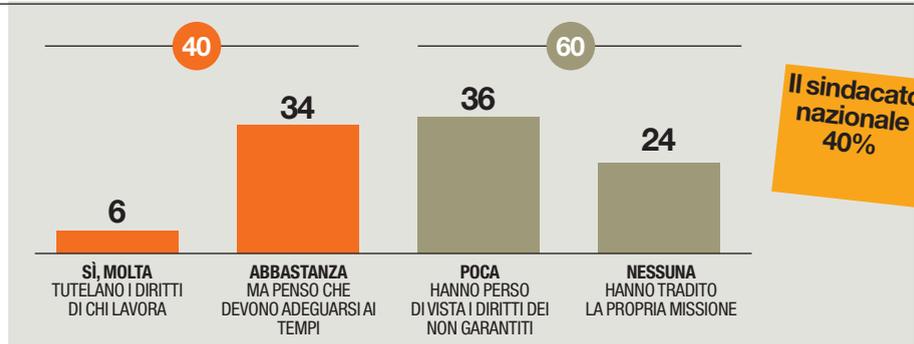
La categoria mantiene alto il livello di fiducia verso il sindacato (i 2/3 è iscritto), sia per l'aspettativa di un supporto pratico sia perché consapevole che senza, le condizioni di lavoro sarebbero di gran lunga peggiori



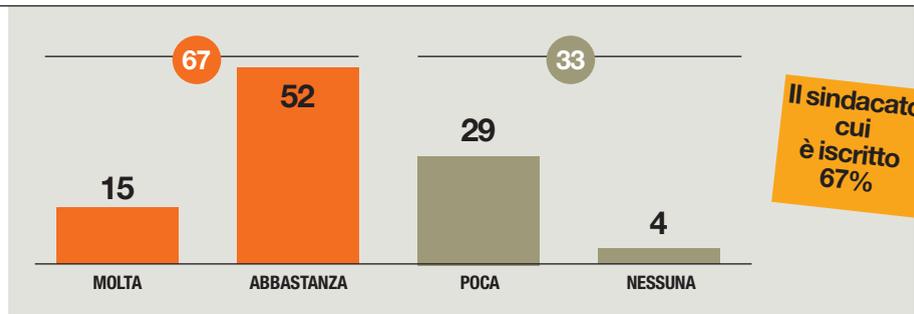
Figura 1. La fiducia nei sindacati dei medici

VALORI IN PERCENTUALE

Lei ha fiducia nei sindacati nazionali dei medici?



E quanta fiducia ha nel sindacato cui è iscritto? (risponde chi è iscritto a un sindacato)



Le differenze tra organizzazioni sindacali

Figure da 1 a 4. La fiducia verso il sindacato in quanto tale appare inferiore rispetto a quella nutrita verso il sindacato cui si è iscritti (67% contro 40%). Per quanto riguarda la percezione delle differenze esistenti tra le varie sigle sindacali, le opinioni risultano alquanto variegata tra chi ritiene non ci siano differenze e chi sostiene che esse siano marginali, chi le ritiene, invece, evidenti e chi comunque auspica un forte sindacato unitario. Quest'ultima posizione, pur non raccogliendo la maggioranza assoluta, rappresenta la scelta prevalente, aversata da non più del 25% del campione.

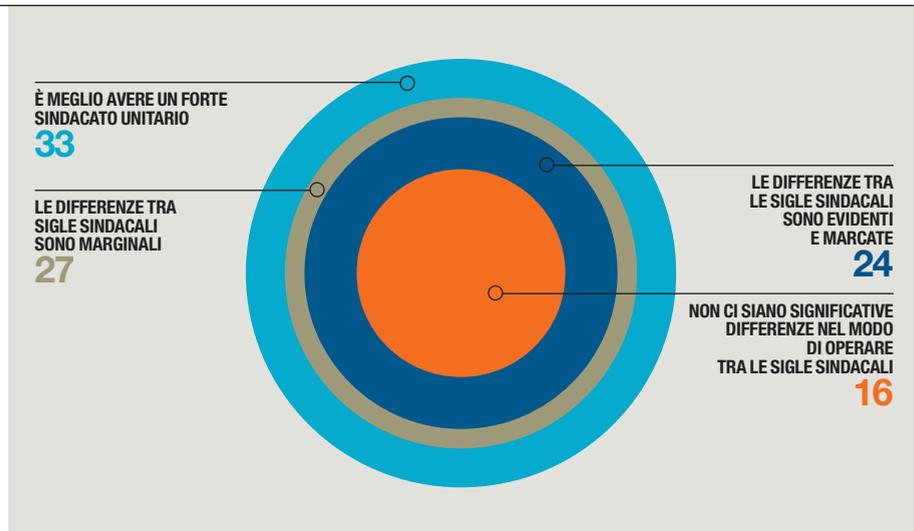
Le cause della attuale crisi di rappresentanza del sindacato sono imputate a più fattori: una percezione di lontananza dai bisogni reali, una scarsa capacità di contrastare efficacemente il datore di lavoro, un deficit di preparazione dei suoi rappresentanti, la generale crisi delle ideologie che ha portato ad un riflusso verso il privato e l'individualismo.

Tuttavia la categoria, soprattutto tra gli iscritti ad un sindacato, si dimostra fiduciosa e confida nella possibilità di superare la crisi attraverso la costruzione di un forte soggetto unitario.

Figura 2. L'operato del sindacato e le differenze tra le sigle

VALORI IN PERCENTUALE

Osservando il modo in cui opera il sindacato ritiene che:



I MEDICI ITALIANI E IL SINDACATO

Figura 3. Le cause della crisi del sindacato

VALORI % SOMMA RISPOSTE

Oggi il sindacato, è oggettivamente in crisi di rappresentanza. Quali sono secondo lei le principali cause fra quelle elencate di seguito?

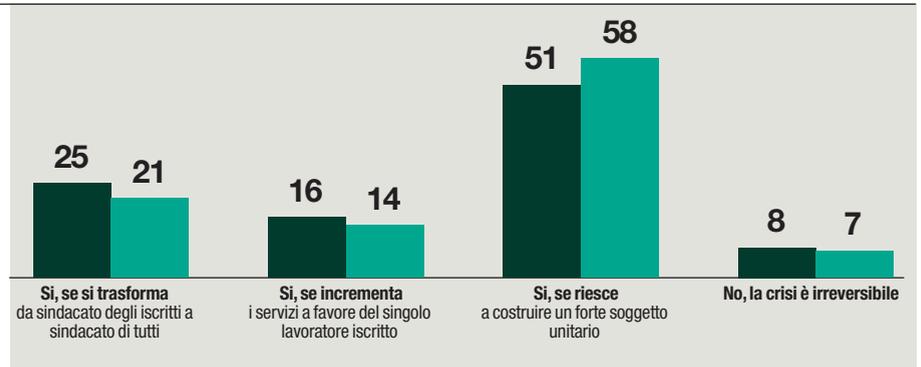


Figura 4. Come superare la crisi di rappresentanza

VALORI %

La crisi di rappresentanza del sindacato tradizionale, secondo lei, si può superare?

■ Totale campione
■ Iscritti al sindacato



Priorità e compiti del sindacato

Figure 5 e 6. Secondo la maggioranza dei medici interpellati le priorità del sindacato dovrebbero essere sia di ordine economico che normativo, mirando alla certezza applicativa delle norme contrattuali ed alla riduzione dei carichi di lavoro e del disagio correlato. Gli iscritti, rispetto a quanti non hanno la tessera sindacale, sembrano essere più attenti all'aspetto economico e chiedono al sindacato anche assistenza legale (84%) e tutela assicurativa (64%).

In un'epoca in cui si sono persi di vista i valori e trionfa il pensiero debole è interessante notare come tra i medici prevalga l'idea di un sindacato che, pur tenendo conto delle singole specificità, sia capace di impegnarsi soprattutto a livello collettivo, tenendo conto delle esigenze di tutta la categoria e non solo dei suoi iscritti.

Figura 5. I temi prioritari

VALORI % SOMMA RISPOSTE

Quali dovrebbero essere i temi prioritari per il sindacato

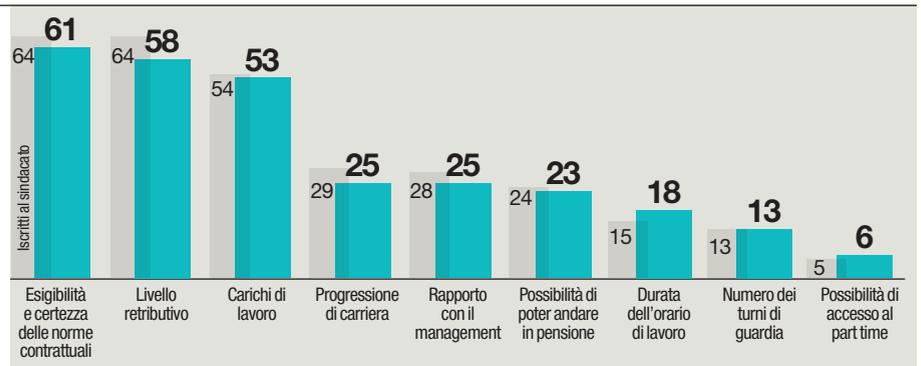


Figura 6. I servizi

VALORI % SOMMA RISPOSTE

Quali servizi si aspetta dal sindacato?

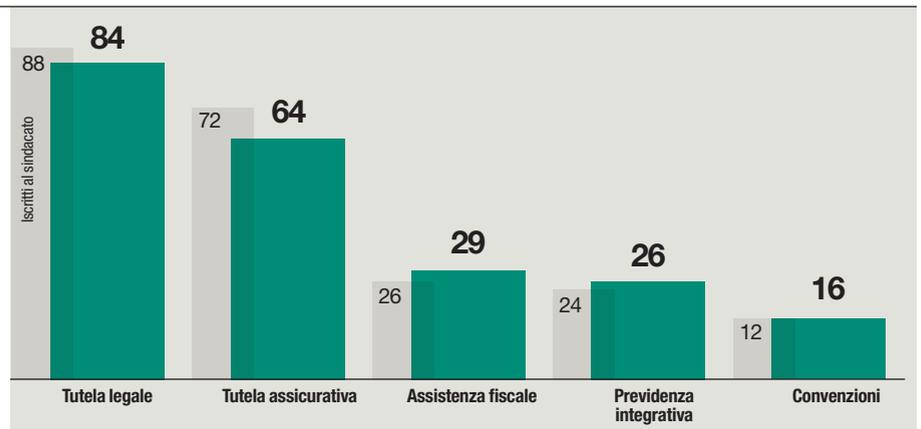
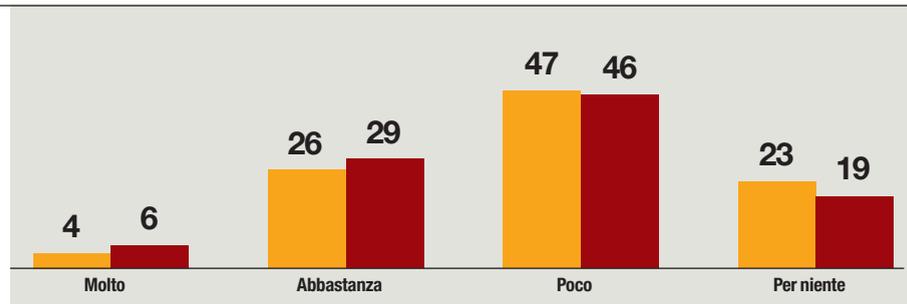


Figura 7. Il supporto del sindacato ai giovani medici

VALORI %

Quanto supporto il sindacato è, secondo lei, in grado di assicurare ai giovani nel mondo del lavoro di oggi?

Under 40
Over 40



Focus giovani e donne

Figure 7,8 e 9. Il sindacato appare un'entità un po' estranea al modo di vivere e di pensare dei giovani medici. Sembra essere poco convincente il supporto che è oggi in grado di assicurare loro e scarso lo spazio messo a disposizione all'interno dell'organizzazione. Valutazioni che risultano in molti casi condivise anche dalla parte più matura della categoria.

Per quanto riguarda le donne medico notiamo la forte discrepanza tra le risposte fornite dai due sessi: le donne sono convinte che all'interno della professione ci sia un forte atteggiamento maschilista, negato peraltro dalla maggioranza degli uomini. I quali, inoltre, disconoscono le difficoltà con cui si scontrano le colleghe all'interno della azienda sanitaria pubblica e, più delle loro colleghe, si dicono convinti che il sindacato si occupi a sufficienza delle questioni femminili dando attenzione e spazio alle donne medico.

Figura 8. Lo spazio per i giovani nell'organizzazione sindacale

VALORI %

Quanto spazio trovano i giovani medici all'interno dell'organizzazione sindacale?

Under 40
Over 40

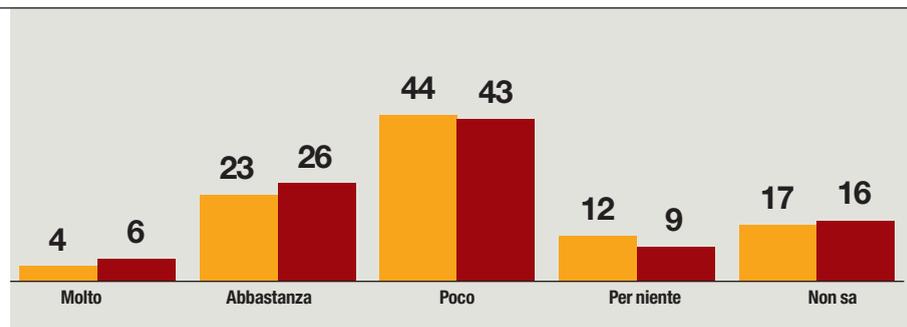
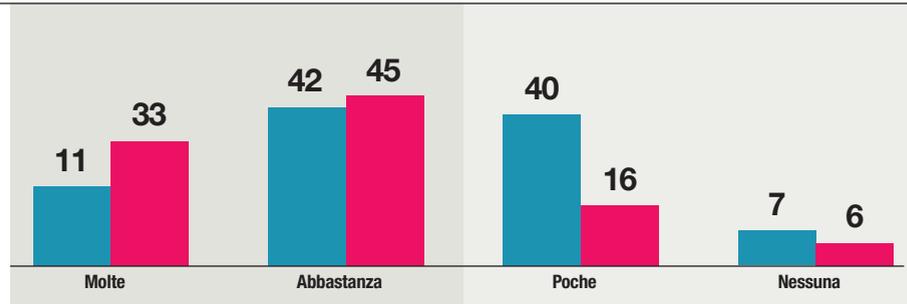


Figura 9. Le donne medico

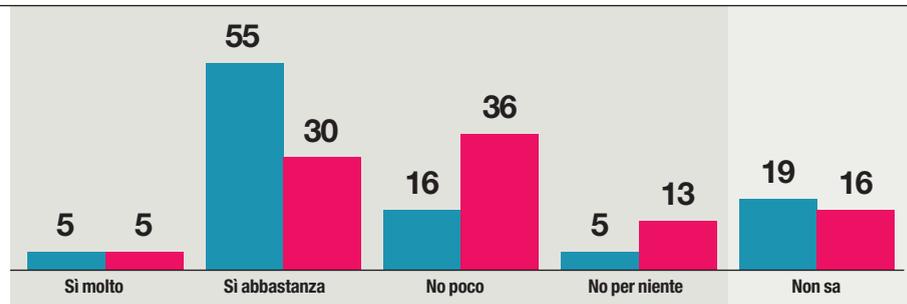
VALORI %

Ritiene che le donne che svolgono la professione medica incontrino molte, abbastanza, poche o nessuna difficoltà?

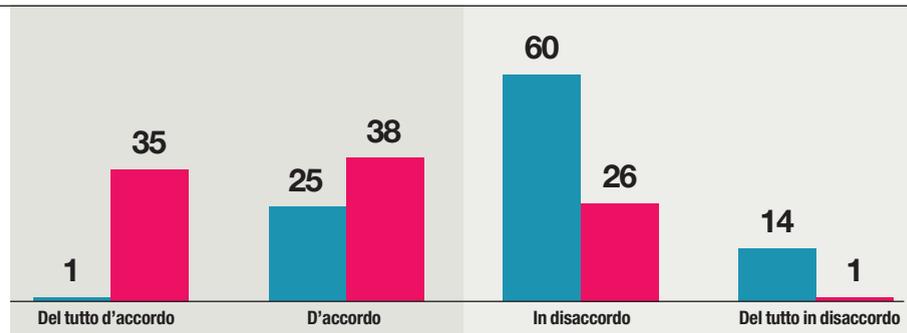
Uomini
Donne



Secondo lei il Sindacato offre sufficiente spazio e attenzione alle donne che svolgono la professione medica?



Con quanti sostengono che oggi ci sia un atteggiamento maschilista verso le donne che svolgono la professione medica lei è..





“Basta con contratti nazionali virtuali”

di Giuseppe Montante
Vice Segretario Nazionale Anaa Assomed



Il mondo del lavoro nei primi decenni del '900 è stato dominato dalla logica cinica dei “padroni delle ferriere”, che imponevano ai propri dipendenti condizioni di lavoro pesanti e rischiose, l'assenza di diritti certi, l'assoluta precarietà del rapporto di lavoro e retribuzione molto basse.

Oggi, in conseguenza dei molti decenni trascorsi e dell'evoluzione della società, potremmo pensare che quella logica ormai non esista più e faccia ormai parte della storia passata. Purtroppo non è così!

Attualmente i migliori imitatori dei “padroni delle ferriere” sono le Direzioni delle Aziende Sanitarie. Molti dei componenti di queste, cresciuti professionalmente e socialmente nella convinzione che il loro dovere prioritario sia soddisfare i “desiderata” dei propri mentori nella politica regionale, hanno sviluppato l'abitudine a interpretare in modo “elastico” le norme legislative e contrattuali, adeguando tale interpretazione alle volontà superiori, sacrificando all'occorrenza i diritti dei lavoratori e dei cittadini!

Questi neo “padroni delle ferriere” si sono adeguati però ai tempi moderni e

hanno raffinato la loro tecnica, privandola della grossolanità dei comportamenti dei loro precursori. Di solito, si presentano come rispettosi del metodo democratico, depositari della “verità legislativa e contrattuale”, difensori dell'interesse pubblico e, ammantati di questo ruolo, si ritengono autorizzati a modificare l'interpretazione delle norme a loro piacimento!

Questo andazzo ha creato nelle aziende condizioni diffuse e crescenti di incertezza e disomogeneità attuativa dei Ccnl, spesso sfocianti in vere e proprie scorrettezze e illecità. Non di rado accompagnate da una azione subdolanamente intimidatoria sui dipendenti e sui rappresentanti sindacali.

Per anni le organizzazioni sindacali della dirigenza del ruolo sanitario hanno denunciato al livello nazionale questa piaga. Ciò malgrado, questa deriva comportamentale, non solo non è stata mitigata, ma dal 2010 in poi si è sempre più accentuata, grazie anche alla complicità delle Regioni, firmatarie al livello nazionale del Ccnl e impegnate a parole alla corretta attuazione, ma dedite a supportare le aziende nella sua violazione.

Questo modo di agire, oltre a creare all'interno della dirigenza del ruolo sanitario forti condizioni di disagio lavorativo per la gravosità dei carichi di lavoro, per la crescita esponenziale del rischio lavorativo e clinico e per l'accrescersi della precarietà dei rapporti di lavoro, ha determinato anche un danno economico importante per tale dirigenza, pari a circa 200 milioni di euro l'anno (calcolato per difetto).

Negli ultimi tempi, è, quindi, tornata alla ribalta la centralità di una esigibilità certa e corretta per tutti del Ccnl.

Il testo dell'Atto di Indirizzo per il rinnovo del Ccnl della Dirigenza del Ruolo Sanitario (pubblicato recentemente), però, parte da una esortazione iniziale con toni da “pastore delle anime” a basare le relazioni sindacali e la contrattazione integrativa aziendale su “principi di buona fede reciproca” per auspicare di migliorare la comprensibilità delle norme ed accentuare la loro rigidità attuativa solo con disposizioni di tipo ordinatorio. Individuando la soluzione definitiva al problema nel Contratto Individuale fra il dirigente e l'Azienda, dove definire con chiarezza gli impegni e gli accordi reciproci...!

Quanto proposto è, a dir poco stucchevole e inadeguato, del tutto inefficace e non credibile, senza una qualche azione sanzionatoria che, ancor prima dei contenziosi legali, limiti gli abusi.

Senza contare che considerare il “Contratto individuale” lo strumento più efficace di difesa di ciascun dirigente dall'incertezza attuativa, mira ad annullare l'azione di intermediazione e di difesa collettiva del Sindacato per isolare il dipendente in una lotta impari con l'azienda in posizione dominante nei suoi riguardi.

Qualcuno potrebbe commentare che l'Atto di Indirizzo in fin dei conti è solamente un elenco di desiderata che in gran parte rimarranno irrealizzati. Questo non attenua il tenore del giudizio: è scandaloso che le Regioni si limitino ad avanzare solamente queste proposte! Sono per caso proposte provocatorie per allontanare nel tempo il rischio di un nuovo Ccnl?

Se la politica del lavoro delle Regioni in Sanità è quella dei “padroni delle ferriere 2.0”, che senso può avere trattare con loro un Ccnl solo virtuale, visto che non vogliono o non hanno il potere di garantirne una applicazione corretta? Meglio sarebbe trattare solamente con il Governo e le Aziende sanitarie.

Il ciclo di interviste ai segretari aziendali Anaa Assomed arriva in Toscana con il segretario aziendale della neo Azienda Toscana Nord Ovest, pronto a rinnovare il suo mandato. Sono stati tanti i risultati raggiunti con l'azione sindacale. Ma ora sta cercando di costituire un'intersindacale forte e unita perché "il disaccordo tra le sigle della Dirigenza medico veterinaria avvantaggia solo le direzioni aziendali"

“L'unità fa la forza”



Vito Giudice
Usi Toscana Nord-Ovest



Dottor Giudice ci racconti qualcosa di sé, del suo lavoro, della sua formazione e se non siamo troppo indiscreti, della sua famiglia, hobbies, passioni...

Lavoro come specialista oculista presso l'ospedale civile di Livorno, la mia formazione professionale e specialistica si è realizzata presso l'università degli studi di Pisa, città dove abito. Sono coniugato, i miei hobbies sono il fai da te e una grande passione l'acquariologia a cui dedico parte del mio tempo libero alla gestione di un acquario marino tropicale.

Qual è stato il suo percorso per diventare Segretario Aziendale e perché la scelta dell'Anaa? Cosa le ha insegnato il suo predecessore?

Il mio percorso è stato facile perché il precedente segretario oramai in prepensionamento ha puntato tutto su di me, inviandomi ai corsi della scuola quadri più volte, alle conferenze organizzative e coinvolgendomi ai tavoli negoziali. La scelta dell'Anaa è stata scontata perché nell'Azienda in cui lavoro (ex Asl 6 Livorno), come ancora tutt'oggi nella neo Azienda Toscana Nord Ovest, l'Anaa è il sindacato più rappresentativo nelle deleghe e di maggiore credibilità.

Qual è il rapporto con gli altri segretari aziendali della Regione?

Il mio rapporto con gli altri segretari aziendali appartenenti all'area Nord Ovest di cui sono il coordinatore è di collaborazione, scambio e condivisione di proposte e piani operativi; con i restanti segretari delle altre Aziende della Toscana c'è perfetta sintonia di intenti e vedute sulla azione sindacale. Tutto ciò grazie anche alla ottima azione di coesione svolta dal nostro segretario regionale Flavio Civitelli.

Ci sarà un altro mandato o sta pen-

sando alla sua successione?

Sicuramente ci sarà un altro mandato. Tanto più che da poco di un anno è stata costituita la neo Azienda Toscana Nord Ovest. Se sarò rieletto svolgerò questo ruolo con lo stesso entusiasmo del primo giorno; sto comunque formando alla successione una donna.

Com'è composto il consiglio della sua Azienda? Quali figure professionali sono rappresentate? Con quale frequenza vi incontrate?

Il consiglio dell'Anaa Nord Ovest è costituito da 5 segretari aziendali (appartenenti alle 5 ex aziende ora unite), 8 delegati di presidio, 5 giovani (4 donne + 1 uomo); le figure professionali coinvolte sono dirigenti medici e dirigenti sanitari; ci incontriamo con una frequenza mensile e comunque ci teniamo in stretto contatto con email e telefonicamente.

Qualcosa sulla Regione in cui opera, la Toscana. Quante Aziende ci sono? Come sono organizzate? Quali cambiamenti recenti o che ci saranno a breve?

In Toscana esistono tre Aziende universitarie ospedaliere (Pisa/Siena/Firenze), l'ospedale pediatrico Mayer a Firenze, tre macro Aziende sanitarie Asl di recente costituzione (Nord Ovest, Centro, Sud) oltre altre fondazioni sanitarie; l'organizzazione: ogni macro Azienda è in rete con i gli ospedali che la costituiscono; le sedi universitarie sono di riferimento ultra specialistico per ogni macro Azienda (es Nord Ovest verso Pisa); l'ospedale Mayer è un riferimento regionale.

Qual è la richiesta più frequente da parte dei suoi iscritti?

Le richieste sono molte e tra quelle più ricorrenti: a quando il rinnovo del contratto? Il rispetto dei principi di mobili-

tà intraziendale, le mancate sostituzioni per pensionamento e/o gravidanza.

Quale la cosa fatta di cui è più orgoglioso? Quale vorrebbe aver fatto, ma non è ancora riuscito a fare?

Sono orgoglioso di essere riuscito a far attribuire a ciascun dirigente un incarico professionale (da quelli di base e quelli di elevata professionalità) economicamente riconosciuto e valorizzato nel tempo; di aver ottenuto che a tutti i dirigenti intramoenia fosse riconosciuta l'indennità esclusiva al raggiungimento dei 15 anni compresi gli arretrati. Infine sto cercando di costituire un'intersindacale della Dirigenza medico veterinaria forte e unita perché sono convinto che le direzioni aziendali traggono solo vantaggio quando trovano le altre sigle sindacali in disaccordo tra loro.

Cosa si aspetta dall'Esecutivo nazionale dell'Associazione e cosa vorrebbe trovare nel nuovo contratto?

Dall'Esecutivo Nazionale auspico alta attenzione a quanto viene segnalato dalla base e per quando riguarda il contratto il superamento di quelle norme o articoli che si prestano ad ambigue interpretazioni tra la parte sindacale e aziendale e sono il motivo di tanto contendere e disomogeneità di applicazione nel territorio nazionale.

Infine una domanda per il futuro. Come cerca di stimolare i giovani medici ad avvicinarsi al sindacato?

Non è facile stimolare i giovani ad avvicinarsi al sindacato, non soltanto ad iscriversi ma soprattutto a svolgere l'attività sindacale in prima linea, per coinvolgerli spesso li invito come auditori alle trattative negoziali e poi spero da cosa nasca cosa.

INTERVISTE AI

SEGRETARI
AZIENDALI



L'Anaao Giovani porta in Europa le istanze dei giovani medici

Il report della riunione dell'European Junior Doctors che si è svolto a Malmo (Svezia) il 27/28 ottobre 2017 alla presenza di delegati di 19 nazioni europee. La delegazione italiana era composta da Alessandra Spedicato, Michele Negrello e Diliana Beleva, questi ultimi al loro primo meeting



DILIANA BELEVA
specializzanda in Ostetricia e ginecologia - Università di Genova, Ospedale Policlinico San Martino

La prima giornata è stata suddivisa in due parti: nella prima si sono svolti 4 diversi working groups, mentre nella seconda parte ha preso avvio l'assemblea generale.

I working groups vertevano su diversi argomenti: la relazione tra Ejd e Bruxelles, diretto dalla responsabile britannica Kitty Mohan (a cui hanno partecipato Alessandra Spedicato e Diliana Beleva); la leadership tra i giovani medici (a cui ha preso parte Michele Negrello); l'obbligo restrittivo, vigente in alcuni Paesi Ue e non Ue, a lavorare presso l'ospedale o la regione al termine del conseguimento della specializzazione, pena il rimborso del costo dell'intero percorso di formazione specialistica; la problematica del burn-out tra i giovani medici.

Nel working group riguardante le relazioni con Bruxelles si è parlato delle varie strategie già adottate e da adottarsi in futuro per cercare di sensibilizzare i

rappresentanti del Parlamento europeo circa le problematiche dei giovani medici (specializzandi e neo-specialisti). Si è ribadita l'importanza di trovare interlocutori all'interno del Parlamento Europeo che riescano a portare avanti le istanze dell'Ejd, e di poter partecipare direttamente o indirettamente alle discussioni delle Commissioni che si occupano di istruzione, università, ricerca e formazione della classe medica a livello internazionale.

Gli scopi principali dell'Ejd a Bruxelles consistono nel far emergere e portare alla discussione i problemi e le questioni più urgenti che affliggono i giovani medici, sia a livello della singola nazione che a livello internazionale, e nel sollecitare gli organi parlamentari a trovare delle soluzioni concrete per questi; nel cercare di indirizzare, per quanto possibile, verso un'uniformità legislativa e istituzionale a livello europeo i vari aspetti della vita professionale dei giovani medici, dalla formazione pre e post laurea, alla specializzazione e alle possibilità lavorative post-specialità.

Il secondo working group aveva come argomento principale la leadership tra i giovani medici, ovvero cercare di approfondire e comprendere quanto i giovani medici nei vari Paesi europei abbiano la

possibilità di avere ruoli di dirigenza e di responsabilità crescente all'interno delle istituzioni in cui lavorano. Per avere maggiori dettagli circa le situazioni locali riguardo a questo argomento, gli organizzatori del working group hanno elaborato una serie di domande da sottoporre ai giovani medici presenti al congresso per mezzo di un'intervista video, in cui si chiedeva tra l'altro se fosse previsto nel loro percorso di studi un training specifico in leadership in campo medico e in quali aspetti della propria professione questo potrebbe rivelarsi utile. Nella parte pomeridiana della prima giornata si è svolta l'assemblea generale in cui sono stati esposti i resoconti di quanto emerso dai vari working groups e si è parlato delle possibilità di impiego e mobilità dei medici dopo la specializzazione nei vari Paesi europei. Si sono successivamente affrontati i problemi inerenti il bilancio dell'associazione, concentrandosi sulle singole voci di bilancio, su come risparmiare in alcuni ambiti e su come investire in altri nuovi. Nella seconda giornata è proseguita l'assemblea generale, inizialmente con la presentazione dei reports della situazione dei giovani medici nei vari Paesi partecipanti. Michele Negrello ha presentato il report italiano, esponendo in modo esaustivo i problemi dei giovani medici italiani, soprattutto riguardo alla progressiva riduzione dei posti nelle scuole di specialità, con divario sempre maggiore tra il numero di giovani laureati in medicina e il numero di coloro che possono effettivamente accedere alla specializzazione post-laurea. Ha posto inoltre l'accento sulla continua modifica e posticipazione del test nazionale di specializzazione, con eccessivo ritardo e sempre maggiore incertezza per

il futuro dei giovani medici, e sulla recente dichiarazione di non conformità di molte scuole di specializzazione italiane, che devono cercare di adattarsi rapidamente ai nuovi requisiti richiesti per poter rimanere attive.

Ogni report nazionale si concentrava sulle novità e sui problemi specifici di ogni singolo Paese, ma alcuni hanno affrontato anche argomenti di rilevanza internazionale. Per esempio, nel report della Gran Bretagna si è parlato dei cambiamenti indotti dalla Brexit sulla situazione internazionale dei medici e di come stiano cercando di garantire comunque gli scambi universitari e professionali dei giovani medici tra il Regno Unito e le altre nazioni europee. La delegazione irlandese ha invece esposto i risultati di uno studio sulle differenze di genere condotto tra i medici irlandesi riguardo alla scelta della specializzazione medica e alla conciliazione tra lavoro e vita privata, evidenziando tra l'altro come esistano ancora discriminazioni nei confronti delle donne in campo medico.

Successivamente si sono svolte le elezioni dei nuovi rappresentanti del board dell'Ejd. Per ogni carica si è presentato un unico candidato e la votazione consisteva nell'esprimere un voto favorevole o contrario alla sua elezione. È stata eletta presidente dell'Ejd la dottoressa Kitty Mohan, della delegazione britannica ed esponente di rilievo della Bma. Si è confermata come vice-presidente la dottoressa Clara Brahtolm. Io mi sono candidata per la posizione di responsabile dei rapporti con la comunità europea (Eu/Eea position), sebbene non abbia esperienza in proposito, ma chiedendo prima delucidazioni su quanto dovrebbe essere previsto per questa carica. Le attuali Presidente e Vicepresidente sono state molto disponibili a venirmi incontro, darmi spiegazioni e delucidazioni e hanno incentrato attivamente la mia candidatura.

Nel discorso introduttivo davanti all'assemblea, dopo una breve presentazione personale, ho spiegato la mia posizione e il mio impegno a cercare di portare avanti le relazioni tra Ejd e la comunità europea e di rappresentare le istanze dei giovani medici europei.

La votazione ha portato a 8 voti favorevoli, 7 contrari e 4 astenuti. Poiché non è stata raggiunta la maggioranza assoluta, non è stato possibile confermare la mia elezione e, pertanto, la posizione è rimasta vacante.



“

Gli scopi principali dell'Ejd a Bruxelles consistono nel far emergere e portare alla discussione i problemi e le questioni più urgenti che affliggono i giovani medici, sia a livello della singola nazione che a livello internazionale

Il contributo di Matteo Caiti

Dirigente Medico presso la UO Medicina d'Urgenza Ospedale Policlinico san Martino-IST Genova
Iscritto Anaao Assomed

“Antichi termini di semeiotica medica e radiologica”: il gruppo Facebook degli appassionati di storia della medicina (e non solo...)

L'idea di creare un gruppo Facebook che permettesse ai medici e agli operatori della Sanità di condividere curiosità medico-scientifiche, articoli di storia della medicina e quiz su terminologie rare appartenenti alla Semeiotica medico-radiologica, è nata per caso (e per gioco...) nell'ottobre del 2015. Oggi siamo più di 1.300 iscritti e condividiamo quasi quotidianamente le storie dei personaggi che hanno più influito con le loro scoperte o i loro studi al progresso della scienza medica (i Giganti della Medicina, come ci piace

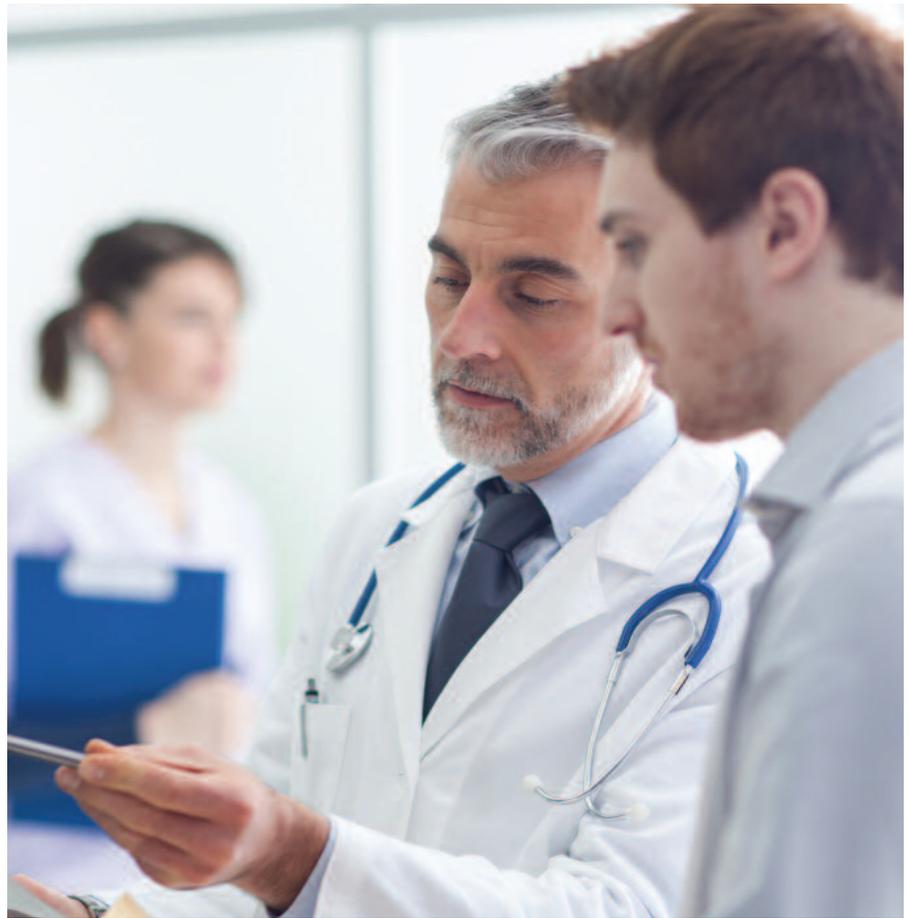


chiamarli), e non solo! Amiamo trovare e rappresentare i legami tra arte, letteratura, musica e medicina perché non siamo solo dei “tecnici” ma anche degli Umanisti che si occupano dei pazienti sofferenti nella loro complessità ed unicità. Proponiamo dei casi clinici e/o radiologici particolari per discuterne insieme, naturalmente nella assoluta riservatezza dei dati personali dei pazienti. E ci piace anche creare dei veri e propri “quiz” o dei “rebus” per divertirvi e per recuperare termini del repertorio semeiologico medico magari desueti o poco valorizzati ma pur sempre affascinanti nella loro peculiarità e specificità di utilizzo. Il 14 ottobre di quest'anno ci siamo riuniti a Roma in Congresso presso la

prestigiosa sede del Museo di Storia dell'Arte Sanitaria, accolti dal Prof. Oliva, membro dell'Accademia: in diretta Facebook abbiamo affrontato diversi argomenti che spaziavano dalla storia (romantica) della Tuberculosis alla storia (meno romantica!) della Sifilide, dalla storia del “Triage” (e come non poter parlare delle campagne napoleoniche?) agli aspetti medici e umani della Sanità militare durante la Grande guerra; dalla storia della scoperta dell'eparina alla storia della malattia emolitica fetoneatale. Gli organizzatori scientifici dell'evento (Matteo Caiti, Alberto Macciò e Duccio Buccicardi) hanno rispettivamente affrontato un caso clinico internistico della fine del XIX secolo, corredato di numerose immagini di strumentazioni mediche dell'epoca; la storia della scoperta dei vasi chiliferi con le meravigliose tavole a colori dell'Aselli; la radiologia in un meraviglioso volo tra passato/presente e futuro corredato da alcuni video che ci hanno proiettato verso le ultimissime applicazioni dell'imaging. Contiamo di rivederci ancora in un Congresso, ma speriamo anche di poter fare iscriverci al nostro gruppo numerosi appassionati di storia della medicina in tutta Italia. In questo difficile periodo per la Sanità ci pare opportuno poterci ancora dedicare a ciò che amiamo in ambito medico-scientifico, senza sentirci sempre (e solo) oppressi dalla burocrazia o dalle difficoltà quotidiane del nostro lavoro. Se volete potete venirci a cercare su Facebook all'indirizzo: Antichi Termini di Semeiotica Medica e Radiologica, chiedendo di iscrivervi. Partecipate, pubblicate, condividete e appassionatevi!

Linee Guida, Pdta, procedure, buone pratiche cliniche: oneri e onori dopo la legge Gelli-Bianco

Dal 1 aprile 2017 è in vigore la Legge recante “Disposizioni in materia di sicurezza delle cure e della persona assistita, nonché in materia di responsabilità degli esercenti le professioni sanitarie, la Legge Gelli-Bianco



L’**“onore” della Legge** è quello di ridurre il contenzioso, civile e penale, avente ad oggetto la responsabilità medica, pur garantendo un miglior sistema risarcitorio nei confronti del paziente e di tentare di arginare il consistente fenomeno della medicina difensiva, che rappresenta circa il 10% della spesa sanitaria. Infatti l’articolo 5 *“Buone pratiche clinico-assistenziali e raccomandazioni previste dalle linee guida”* stabilisce come sia esclusa la colpa grave quando, salve le rilevanti specificità del caso concreto, sono rispettate le buone pratiche clinico-assistenziali e le raccomandazioni previste dalle Linee guida, come definite e pubblicate ai sensi di legge.

Ma ecco gli oneri. Chi lavora in sanità infatti pur riconoscendo nel complesso la *“bontà”* della Legge con la volontà da parte del Legislatore di arginare la costante crescita del contenzioso in ambito sanitario e di migliorare il rapporto medico-paziente ne ravvede anche importanti criticità soprattutto in merito alla sua attuazione.

Le Linee guida furono introdotte nella pratica clinica circa sessant’anni fa, con l’obiettivo di standardizzare l’attività medica. Sono quindi anche definibili delle *“dichiarazioni sistematiche”* in quanto fondate su studi clinici controllati, che comprovano un li-

vello di efficacia decisionale in una data situazione clinica con l’obiettivo di limitare le differenze di condotte cliniche. Qui emerge una delle principali criticità correlate alle linee guida perché se pur rappresentano delle direttive di alto valore scientifico per una data patologia i pazienti attuali sono frequentemente pazienti con più patologie e quindi unici nelle loro caratteristiche pertanto decisioni e azioni dei professionisti sanitari sono più spesso guidate dalle caratteristiche personali di ciascun paziente oltre che dalle sue preferenze e aspettative più che dalle linee guida. E quindi dato che in letteratura non esistono linee guida applicabili al paziente cronico pluripatologico verranno create linee guida ad hoc? E nel frattempo quali saranno le *“buone pratiche clinico-assistenziali”* alle quali il sanitario potrà far riferimento? Inoltre spesso la letteratura offre molteplici linee guida per una singola patologia vedi ad esempio le linee guida europee o americane o canadesi sullo scompenso cardiaco che in taluni casi possono presentare anche indicazioni terapeutiche differenti se non discordanti. *E quindi, quale linee guida verrà scelta? Come verrà scelta? E la scelta troverà l’accordo di tutta la comunità scientifica? Lo stesso accreditamento delle va-*

rie società scientifiche a livello ministeriale come stakeholder sta presentando importanti criticità in primis per i requisiti necessari all’accreditamento (come ad esempio la necessità di una rappresentatività del 30% della disciplina in oggetto).

Infine l’applicazione delle Linee guida non può prescindere dal contesto organizzativo in cui si opera. Come tutti ben sappiamo ci sono importanti differenze in termini di risorse e di servizi sanitari a livello sia intra che interregionale. L’implementazione di una linea guida si deve quindi confrontare con carenze identificabili in ambito strutturale, organizzativo, gestionale delle risorse e non per ultimo nell’ambito della gestione di aree disagiate e pertanto ad oggi è sempre più spesso demandata, alla buona volontà del sanitario che ha in cura il paziente piuttosto che alle strategie aziendali. Risulta quindi evidente come il poter *“rispettare le buone pratiche clinico-assistenziali e le raccomandazioni previste dalle linee guida”* implica necessariamente l’assunzione di LG validate a livello ministeriale che devono essere tradotte in strumenti operativi, quali i percorsi diagnostico-terapeutici (Pdta) e le procedure realizzati sulla base delle risorse locali con quindi notevoli differenze e disomogeneità tra le varie realtà locali.



PAOLA GNERRE
Componente
Direttivo
Nazionale Anaao
Giovani

Di nuovo Chikungunya



A partire dal 2005 il virus chikungunya ha attirato l'attenzione in tutto il mondo perché ha fatto un salto nella sua capacità diffusiva, e ha avviato una epidemia di grandi dimensioni, che si è diffusa nelle isole dell'Oceano Indiano



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

Non si sono ancora spente le polemiche relative al caso di malaria della bambina morta a Brescia e alla possibile trasmissione attraverso la puntura di una zanzara del genere *Anopheles* in grado di fungere da vettori del plasmodio responsabile della parassitosi. Questa specie di zanzara è presente in Africa, in America Centrale e del Sud ed in Asia; alcuni studi ne attestano la presenza in Italia, anche se si tratta di esemplari poco adatti alla trasmissione della malattia. Nel frattempo iniziamo a tirare un sospiro di sollievo per quanto concerne l'epidemia di chikungunya che ha iniziato a interessare l'Italia a partire dall'estate 2017, con 331 casi nella Regione Lazio, 63 nella Regione Calabria, 5 nella Regione Emilia Romagna, 1 nella Regione Marche notificati al 27 ottobre 2017 dal ministero della Salute.

Il virus chikungunya, al pari dei virus dengue, West Nile e febbre gialla, è un *Arbovirus* (ovvero un virus trasmesso da artropodi vettori). Gli artropodi, e in particolare le zanzare, si infettano ingerendo piccole quantità di sangue da persone infette, nelle quali il virus circola nelle fasi iniziali dell'infezione. I virus ingeriti dall'insetto si moltiplicano in vari tessuti, raggiungono le ghiandole salivari e da qui possono essere inoculati in un nuovo soggetto attraverso la puntura. Il virus ricomincia quindi il ciclo nel nuovo ospite, e può passare ad un altro soggetto attraverso una nuova zanzara che funge da vettore.

Nell'uomo l'infezione da chikungunya si manifesta dopo un periodo di incubazione di 3-12 giorni; i sintomi, che in gran parte sono sovrapposti a quelli dell'influenza (febbre, brividi, cefalea, nausea),

presentano come particolarità distintiva la comparsa di un esantema e di dolori articolari. Il nome chikungunya stesso è un termine Makonde (località dove la malattia è stata osservata per la prima volta negli anni 50) che significa "contorto". I dolori possono essere di particolare intensità, tali da limitare molto i movimenti dei pazienti che quindi tendono a rimanere assolutamente immobili e assumere posizioni antalgiche. Il dolore alle articolazioni è spesso debilitante, generalmente dura alcuni giorni ma può anche prolungarsi per alcune settimane, e in rari casi perdurare mesi. Il virus, osservato la prima volta in Tanzania nel 1952, probabilmente è comparso sulla scena circa un secolo prima, ma fino all'inizio degli anni 2000 non ha ricevuto molta attenzione, in quanto la sua circolazione è stata molto circoscritta. A partire dal 2005 il virus ha attirato l'attenzione in tutto il mondo perché ha fatto un salto nella sua capacità diffusiva, e ha avviato una epidemia di grandi dimensioni, che si è diffusa nelle isole dell'Oceano Indiano. Da quel momento i paesi europei, che fino ad allora avevano a stento sentito nominare questo virus dallo strano nome, sono stati interessati da uno stillicidio di casi importati dalle persone che ritornavano da viaggi nei paesi che erano teatro della diffusione epidemica di questo virus.

Era fatale che questo stillicidio di casi di importazione finisse con l'incontrare le condizioni climatiche e di concentrazione di zanzare adatte all'innesco del ciclo locale nei paesi a clima temperato. Questo è accaduto nel 2007, quando si è verificata la prima epidemia autoctona di chikungunya in Italia nel 2007 a Castiglione di Cervia in Provincia di Ravenna, con oltre 240 casi notificati. Successivamente sono state descritte focolai epidemici autoctoni in Francia nel 2010, nel 2014 e nel 2017. Protagonista e responsabile di queste epidemie nei paesi a clima temperato è l'*Aedes albopictus*, la zanzara tigre, una specie di origine tropicale con un elevato

potenziale invasivo, che è diventata negli ultimi anni una presenza stabile nella maggior parte delle aree urbane dei paesi europei che affacciano sul mediterraneo. Nelle zone temperate il periodo di maggiore incidenza del vettore si verifica fra l'inizio dell'estate e metà autunno, a causa delle condizioni climatiche favorevoli alla riproduzione delle zanzare. Ciò ha portato il Ministero della Salute italiano, fin dal 2006 (circolare 4/8/2006) a mettere in atto un piano di sorveglianza per la chikungunya e ad istituire successivamente, nel 2008 (ordinanza del 5 novembre 2008), un sistema di sorveglianza integrata umana, veterinaria e vettoriale da metà giugno a metà novembre per tutti gli arbovirus (chikungunya, dengue e West Nile). Il programma di sorveglianza speciale viene attuato a livello regionale, con la designazione di laboratori regionali di riferimento che sono responsabili dell'esecuzione dell'attività diagnostica nei territori di competenza. Nel 2016 nella circolare ministeriale per gli arbovirus è stata introdotta anche la sorveglianza per zika virus, altro virus trasmesso dalla zanzara.

All'inizio di settembre 2017 l'incubo di una epidemia autoctona in Italia si è ripresentato, con diversi focolai epidemiologicamente collegati notificati nel Lazio e, poco dopo, in Calabria. Il 28 settembre 2017 il Ministero della Salute ha emanato la circolare "Focolai autoctoni di infezione da virus Chikungunya, 2017", nella quale si invitano tutte le Regioni a potenziare il sistema di sorveglianza in termini di tempestività e sensibilità, e a sensibilizzare le Asl, i pronto soccorso/Dea, i medici di medicina generale, i pediatri di libera scelta, e la popolazione in generale, nell'identificazione precoce di eventuali ulteriori casi di malattia. L'epidemia di chikungunya di quest'anno ha infatti richiesto l'intervento di diverse Istituzioni, soprattutto nel Lazio, che a vario livello si sono trovate a mettere in atto interventi tempestivi volti a limitarne la diffusione dell'epidemia.



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

Secondo l'analisi a ritroso dei possibili casi di infezione, l'epidemia sembra aver avuto origine ad Anzio verso la prima metà di luglio, per poi diffondersi a Latina e a Roma, con un particolare interessamento della Asl Roma2; più recentemente sono stati descritti casi autoctoni anche in Calabria, a Guardavalle Marina, come riportato nella cartina dell'Ecdc aggiornata ai primi di ottobre sotto mostrata (Fig 1)

L'individuazione tempestiva dei casi autoctoni ha consentito di innescare indagini epidemiologiche ed entomologiche volte alla valutazione del potenziale di trasmissione e delle misure di controllo dei vettori. Le attività coordinate di sorveglianza vettoriale e umana, la sensibilizzazione della comunità, la stretta interazione tra laboratori di riferimento e istituzioni di sorveglianza hanno consentito di monitorare costantemente la situazione, tenendo a bada una epidemia iniziata in modo esplosivo e poi divenuta più contenuta, probabilmente a causa dell'assetto genetico che caratterizza i ceppi che infettano il vettore *Aedes albopictus* presente in Italia. Infatti, diversamente dal virus che ha sostenuto l'epidemia del 2007 nella Regione Emilia Romagna, i dati genetici suggeriscono che la il virus dell'epidemia odierna non presenta una particolare mutazione della glicoproteina di superficie che determina una maggiore

capacità di moltiplicarsi nella zanzara tigre, che è il vettore presente in Italia.

Ciononostante l'epidemia ha comunque comportato 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 hanno disposto misure speciali per prevenire la trasmissione tramite sangue, o per prevenire il verificarsi di forme gravi nelle persone sottoposte a trapianto.

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

Le condizioni ambientali per la riproduzione delle zanzare e la loro attività in Europa dovrebbero diventare meno favorevoli nelle prossime settimane, in quanto il clima dovrebbe diventare più rigido. Pertanto, è poco probabile che il virus venga introdotto in altri paesi dell'UE in cui sia attualmente presente la zanzara tigre (*Aedes albopictus*), ed innescare nuovi focolai di trasmissione locale. È importante comunque mantenere alti i livelli di allerta, e continuare ad operare in modo integrato sulla sorveglianza umana e del vettore.

Figura 1.
Distribuzione dei casi autoctoni di chikungunya in Italia, da luglio al 3 ottobre 2017

Fonte: Rapid risk assessment, Clusters of autochthonous chikungunya cases in Italy, first update – 9 October 2017



Un medico iscritto Anaa Assomed

La riforma previdenziale "Fornero" ha obbligato molti medici anziani ad allungare la propria permanenza in servizio e contestualmente ha allontanato nel tempo l'ingresso nel mondo del lavoro di molti giovani medici. Le condizioni economiche dell'Italia non consentono passi indietro, ma sono attuabili soluzioni economicamente utili per il Ssn, con miglioramenti sociali e produttivi. Si potrebbe consentire, su base volontaria, ai medici che hanno più di 40 anni di contributi e/o superato i 60 anni di età, di poter optare per il part-time, con l'esclusione dei medici responsabili di strutture complesse e semplici. Ciò libererebbe risorse economiche che potrebbero essere utilizzate per assumere giovani medici che nella fase di apprendistato avrebbero al fianco un lavoratore/tutor (esperto) e consentirebbe a quest'ultimo un passaggio fisiologico dal lavoro alla pensione. Contemporaneamente, aumentando i tempi di recupero (part time), i medici anziani avrebbero la possibilità di avere ritmi/tempi di lavoro compatibili con le forze psico-fisiche che con l'età vengono inevitabilmente a ridursi. L'operazione porterebbe a neo-assunzioni

Contributo

Proposta per ringiovanire e migliorare la produttività dei medici dipendenti del Ssn e contestualmente ridurre la disoccupazione e il precariato giovanile medico (Iso-risorse)

(senza aumento di spesa), contribuendo a ridurre la disoccupazione e il precariato giovanile; ai neo-dipendenti sarebbe garantito un più rapido efficientamento, ai dipendenti anziani (per recente legge non più vicini all'età pensionabile) nuovi stimoli (l'opportunità di trasmettere la propria esperienza lavorativa), con contemporanea riduzione delle ore di lavoro e naturalmente anche di stipendio (l'adesione comunque sarebbe su base volontaria), ma senza ridurre la futura pensione (mi risulta che una legge fatta approvare dal Ministro Madia – luglio 2015 - contempli questa opportunità, quando si è a tre anni o meno dalla pensione di anzianità e vecchiaia).

Ci potrebbe anche essere la possibilità di mantenere sostanzialmente immutato lo stipendio (ci fosse la volontà politica), anche nel periodo lavorato a part time, prevedendo un anticipo

rateizzato mensile del proprio Tfr.

Ps. Consentire ad un lavoratore over 60 di passare (su base volontaria) ad una attività lavorativa a part time, significa dargli la possibilità di attuare quei corretti stili di vita (attività fisica, preparazione/consumo di cibi sani, vita sociale attiva, ...) su cui la scienza medica, doverosamente, tanto insiste, ma per la cui realizzazione servono tempo, determinazione ed energie. È sempre importante adottare corretti stili di vita, ma quando l'età avanza è fondamentale, addirittura vitale; ritengo quindi che lasciare all'individuo la possibilità (scelta volontaria individuale), a fine carriera, di optare per il part time sia un atto di civiltà, di libertà e potenzialmente anche un intervento di sanità pubblica, sempre che non ci sia una significativa punizione pensionistica che renderebbe di fatto non praticabile tale scelta.

Avv. Francesco Maria Mantovani
Consulente legale Anaa Assomed

L'annosa questione della trattenuta del 2,5% sul Tfr



La nuova stagione di iniziative giudiziali in relazione alle trattenute operate sulla retribuzione del personale in regime di TFR, rende opportuna una sintetica ricostruzione dei termini della questione.

Ai pubblici dipendenti assunti sino al 31 dicembre 2000 si applica la disciplina del Trattamento di fine servizio, TFS, dettata dall'art. 37 del Dpcm 1032/1973, secondo cui "ciascuna amministrazione si rivale a carico del dipendente iscritto in misura pari al 2,50 per cento della base contributiva"; la base contributiva è fissata dall'art. 38 del D.P.R. dello stesso Decreto nell'80% "dello stipendio, paga o retribuzione annui, considerati al lordo").

Per i dipendenti pubblici assunti successivamente al 1 gennaio 2001 trova applicazione invece il diverso istituto del Trattamento di fine rapporto, TFR, costituito da accantonamenti annuali di una quota del 6,91% sulla retribuzione percepita dal lavoratore, a carico del solo datore di lavoro, rivalutati annualmente secondo la disciplina prevista dall'art. 2120 cod. civ. ed erogati in forma di capitale al momento della cessazione dal servizio.

Pertanto, per evitare che la mancanza della trattenuta del 2,50% a carico dei lavoratori in regime di TFR potesse determinare un incremento della retribuzione netta di questi ultimi rispetto a quella dei dipendenti in regime di TFS, il Dpcm 20 dicembre 1999 ha reintrodotta la medesima trattenuta anche per la prima categoria di personale.

“

La trattenuta sulla retribuzione lorda a carico dei dipendenti in regime di TFR è versata a titolo di incremento TFR e comporta un aumento figurativo della contribuzione previdenziale. Ciò comporta un vantaggio conseguente all'aumento del trattamento pensionistico e la trattenuta viene restituita a titolo di retribuzione differita nell'ammontare finale del TFR

In particolare, il relativo art. 1 recita al comma 4 che "per garantire la parità di trattamento contrattuale dei rapporti di lavoro, prevista dall'art. 49, comma 2, del decreto legislativo 3 febbraio 1993, n. 29 e successive modificazioni e integrazioni, ai dipendenti assunti dal giorno successivo all'entrata in vigore del presente decreto [ossia ai dipendenti in regime di TFR, ndr.] si applica la disciplina prevista dai commi 2 e 3", vale a dire quella che imponeva anche ai dipendenti in regime di TFS, la trattenuta del 2,50%.

In merito alla questione della legittimità, o meno, di tale trattenuta, la giurisprudenza di merito è estremamente ondivaga.

Alcune pronunce ne negano la legittimità con varie argomentazioni che, in estrema sintesi, poggiano sul corollario che la trattenuta del 2,50% a carico dei dipendenti in regime di TFR determinerebbe una violazione dell'art. 36 Costituzione anche considerato che alla medesima trattenuta non corrisponderebbe alcun vantaggio sul piano retributivo e previdenziale per la prima categoria di lavoratori.

In realtà, tale trattenuta sulla retribuzione lorda a carico dei dipendenti in regime di TFR è versata a titolo di incremento TFR e comporta un aumento figurativo della contribuzione previdenziale. Ciò comporta un vantaggio conseguente all'aumento del trattamento pensionistico e la trattenuta viene restituita a titolo di retribuzione differita nell'ammontare finale del TFR.

Altra parte della giurisprudenza di merito ritiene il prelievo, rilevando che "le decurtazioni di cui si discute trovano giustificazione nella necessità, ben evidenziata dal legislatore, di mantenere comunque la parità retributiva tra dipendenti assunti in regime di TFS e quelli in regime di TFR", atteso che "in assenza delle disposizioni di cui al Dpcm più volte citato si sarebbe attuata una disparità di trattamento tra dipendenti pubblici, poiché quelli soggetti al regime TFS, essendo sottoposti alla trattenuta contributiva, avrebbero percepito, a parità di condizioni contrattuali, una retribuzione inferiore rispetto ai dipendenti soggetti a regime di TFR", ma "non solo si sarebbe prodotto un aumento della spesa salariale (corrispondente alle maggiori somme da corrispondere ai dipendenti in regime di TFR) in contrasto con il chiaro dettato dell'art 26 l. 448/98. Da quanto detto risulta l'inconferenza rispetto alla questione sottoposta al vaglio del giudice delle valutazioni argomentative e delle statuizioni di cui alla sentenza della Corte Costituzionale n. 223 dell'8/10/12, più volte invocata in ricorso".

Appare evidente che le argomentazioni addotte dai due orientamenti giurisprudenziali risultano frontalmente contrapposte.

L'esito dei giudizi sulla questione risulta quindi sommamente incerto, ed il contrasto giurisprudenziale potrà comporsi solo in seguito ad una eventuale pronuncia da parte della Suprema Corte di Cassazione.

Tribunale di Cuneo

Sentenza n. del 20 ottobre 2017

Errata costituzione dei fondi: Anaa vince a Cuneo

Con la sentenza del Tribunale del lavoro di Cuneo sul ricorso promosso da Anaa Piemonte ed altre sigle sindacali sull'errata costituzione dei fondi nel 2015, il giudice condanna l'azienda a ricostituire i fondi contrattuali di posizione e di risultato del 2015 considerando la situazione e gli incrementi determinati per gli anni 2011-2014 e condanna la parte convenuta a ricalcolare gli importi spettanti a ciascun ricorrente e a corrispondere loro le somme dovute. In particolare, il ricorso verteva su due fattispecie: uno riguardava la richiesta da parte dei ricorrenti del rimborso di una cifra di oltre 97.000 euro, presi "in prestito" dall'Azienda, attinti dai fondi della dirigenza medica e sanitaria per pagare i compensi dei certificati Inail e mai restituiti. Il secondo punto concerneva la questione dell'illegittima ricostruzione dei fondi nel 2015 dopo il blocco triennale (2011-2013) più l'anno aggiuntivo 2014. La ricostruzione virtuale dei fondi, calcolata negli anni di blocco, doveva poi essere valorizzata nel 2015 (compresa la retribuzione individuale di anzianità) e non era corretto ripartire dalla base del 2010.

Il giudice accogliendo entrambe le richieste dei ricorrenti, ha condannato l'Azienda Ospedaliera di Cuneo a ricalcolare correttamente gli importi dovuti e al pagamento delle spese.



Cassazione Civile

Sentenza n. 24073/2017

L'onere probatorio della struttura sanitaria

La Corte di Cassazione, con la sentenza numero 24073/2017 del 13 ottobre, è tornata a ribadire le regole sulla ripartizione dell'onere probatorio in caso di responsabilità contrattuale della struttura sanitaria nei confronti dei pazienti. In particolare, conformandosi a un orientamento giurisprudenziale consolidato ed alla normativa contenuta nella legge Bianco-Gelli (articolo 7, Legge 8 marzo 2017, n. 24), i giudici della terza sezione hanno confermato che il paziente danneggiato, attore, che chiede alla struttura il risarcimento del danno da responsabilità medica è tenuto a dimostrare esclusivamente l'esistenza del contratto e l'insorgenza o l'aggravamento della patologia e ad allegare l'inadempimento del debitore astrattamente idoneo a cagionare il danno che si lamenta.

Fatto ciò, è la struttura sanitaria convenuta, quale debitore, a dover dimostrare o che non vi è stato alcun inadempimento o che, pur essendovi stato, esso non è stato eziologicamente rilevante.

*I testi integrali
delle sentenze sono
pubblicati su
www.anaao.it*

Cassazione Penale

Sentenza n. 50078/2017

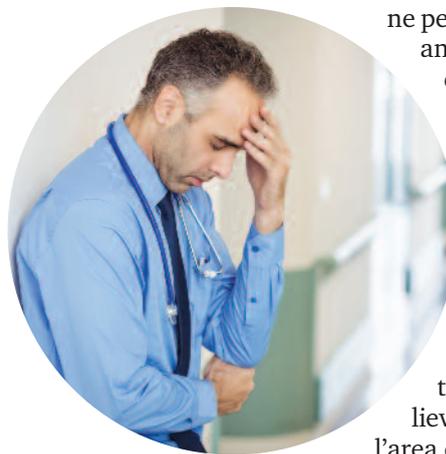
Il rispetto delle linee guida esclude la colpa medica

La Corte di Cassazione torna sulla colpa medica, ribadendone l'esclusione in caso di rispetto delle linee guida. A chiarirlo è la sentenza n. 50078 della quarta sezione

penale della Cassazione con la quale è stata annullata la condanna per lesioni colpose emessa nei confronti di un medico per le

conseguenze di un intervento di lifting facciale che avevano provocato un'estesa zona di insensibilità. La Cassazione ricorda che il nuovo articolo 590 sexies del Codice penale – come inserito dalla legge 24 del 2017 – ha cancellato la depenalizzazione della colpa lieve prevista dalla precedente Legge Balduzzi.

“Alla colpa grave non può più essere attribuito un peso diverso rispetto a quella lieve, visto che sono entrambe comprese nell'area di applicazione della nuova causa di non punibilità; inoltre, è chiara intenzione della riforma (legge 24/2017) favorire la posizione del medico, riducendo gli spazi per la sua possibile responsabilità penale, conservando invece la responsabilità civile”. Questa la motivazione della Corte. Non esiste più, pertanto, un problema di grado della colpa, con l'eccezione delle fattispecie in cui la legge Balduzzi si configura come norma più favorevole da applicare a quei casi caratterizzati da negligenza o imprudenza. “L'unica ipotesi di permanente rilevanza penale della imperizia sanitaria – commenta la Corte nella sentenza – può essere individuata nell'assestamento di linee guida che siano inadeguate alla peculiarità del caso concreto; mentre non vi sono dubbi sulla non punibilità del medico che seguendo linee guida adeguate e pertinenti pur tuttavia sia incorso in una “imperita” applicazione di queste (con l'ovvia precisazione che tale imperizia non deve essersi verificata nel momento della scelta della linea guida – giacché non potrebbe dirsi in tal caso di essersi in presenza della linea guida adeguata al caso di specie, bensì nella fase “esecutiva” dell'applicazione)”.



La Corte di Cassazione con la sentenza n. 22925, intervenendo in tema di fruizione dei permessi sulla legge 104, ha stabilito che il diritto alla fruizione dei permessi per l'assistenza del familiare affetto da handicap grave spetta al lavoratore che abbia trasformato il proprio rapporto di lavoro in part-time a condizione che sia articolata sulla base di un orario settimanale che comporti una prestazione per un numero di giornate superiore al 50% di quello ordinario.

Cassazione Civile

Sezione Lavoro - Sentenza n. 22925/2017

Legge 104, la Cassazione riscrive il rapporto tra il diritto ai permessi e il part time

La Corte di Cassazione con la sentenza n. 22925, intervenendo in tema di fruizione dei permessi sulla legge 104, ha stabilito che il diritto alla fruizione dei permessi per l'assistenza del familiare affetto da handicap grave spetta al lavora-

tore che abbia trasformato il proprio rapporto di lavoro in part-time a condizione che sia articolata sulla base di un orario settimanale che comporti una prestazione per un numero di giornate superiore al 50% di quello ordinario.



Pronto, avvocato?
Risponde l'ufficio legale Anaa Assomed

Sono inserito in una graduatoria vigente per assunzione a tempo indeterminato presso una Asl e questa stessa azienda mi chiede eventuale disponibilità per incarico a tempo determinato attingendo dalla predetta graduatoria, una mia eventuale rinuncia comporta la decadenza dalla graduatoria per tempo indeterminato?

La rinuncia alla proposta di assunzione a tempo determinato effettuata sulla base di una graduatoria vigente per immissione in ruolo non comporta la cancellazione dalla predetta graduatoria. Al riguardo l'art. 36, c. 2, D.lgs. n. 165/01 stabilisce che "Per prevenire fenomeni di precariato, le amministrazioni pubbliche, nel rispetto delle disposizioni del presente articolo, sottoscrivono contratti a tempo determinato con i vincitori e gli idonei delle proprie graduatorie vigenti per concorsi pubblici a tempo indeterminato. È consentita l'applicazione dell'articolo 3, comma 61, terzo periodo, della legge 24

dicembre 2003, n. 350 (utilizzo di graduatorie di altre amministrazioni, ndr), ferma restando la salvaguardia della posizione occupata nella graduatoria dai vincitori e dagli idonei per le assunzioni a tempo indeterminato".

In altri termini, come chiarito dalla Funzione Pubblica con circolare n. 5/2013, il vincitore o l'idoneo sia che accetti di essere assunto a tempo determinato, eventualmente anche da altra amministrazione, sia che non accetti, trova salvaguardata, in ogni caso, la posizione occupata nella graduatoria per l'assunzione a tempo indeterminato.

Sto per sposarmi, posso fruire del congedo matrimoniale a partire da qualche giorno prima della data del matrimonio?

Con riferimento all'istituto del congedo matrimoniale, la normativa contrattuale (art. 23, co. 2, Ccnl 5.12.1996) si limita a prevedere che "il dirigente ha diritto ad assentarsi per 15 giorni consecutivi in occasione di matrimonio", senza specificare la precisa decorrenza di tale periodo di permesso, prevedendo comunque la possibilità di fruire del congedo "anche entro i trenta giorni successivi all'evento" (v. art.

14, co. 3, Ccnl integrativo 10.2.2004). In assenza di una chiara indicazione contrattuale, va di regola esclusa la possibilità di autorizzare la fruizione del permesso in via anticipata rispetto all'evento giustificativo del congedo stesso, ossia prima della data stabilita per il matrimonio, salvo diverse previsioni più favorevoli da parte della regolamentazione aziendale, cui occorre far riferimento.



Avrei intenzione di passare al regime di lavoro extramoenia. A quali penalizzazioni economiche e lavorative andrò incontro?

L'opzione per il passaggio al rapporto non esclusivo (esercitabile entro il 30 novembre di ciascun anno, con effetti dal 1° gennaio dell'anno successivo), comporta, sia la perdita dell'indennità di esclusività allo stato percepita, che una riduzione, dal 55 al 100%, della retribuzione di posizione minima in relazione alla tipologia di incarico conferito, nonché una decurtazione del 50% della retribuzione variabile aziendale ove attribuita, con conseguenti riflessi sul trattamento pensionistico. A ciò va aggiunta la perdita della re-

tribuzione di risultato che, al pari dell'indennità di esclusività, compete solo ai dirigenti con rapporto esclusivo.

Il passaggio non pregiudica la maturazione dell'anzianità di servizio necessaria per gli scatti di fascia dell'indennità di esclusività, nel caso in cui il dirigente decidesse di rientrare nel regime esclusivo. Infine, la scelta per il regime extramoenia, può precludere la possibilità di ricoprire incarichi di direzione di struttura (complessa o semplice), se ciò è previsto dalla normativa regionale e aziendale.

Segue

“Anaa Storia e valore di un sindacato” il libro di Roberto Ziccardi

facebook o twitter. Ma non bisogna confondere cause ed effetti introiettando colpe che non abbiamo, come un qualsiasi Tafazzi di turno, sottovalutando la portata della metamorfosi subita negli ultimi anni dal lavoro professionale in sanità, svilito nella sua funzione sociale, decapitalizzato, precarizzato, dematerializzato, impoverito dal punto di vista retributivo e numerico, merce venduta sul mercato in cambio di un salario. E oggi destrutturato, tanto che è saltata la relazione lineare tra laurea e lavoro in ospedale che da meta ambita è diventato buco nero da evitare. I tentativi di uscita dalla crisi economica, spesso usati come alibi per scelte politiche regressive, sono stati giocati tutti contro i due strumenti che dal 1800 regolano il rapporto tra lavoratori e i datori di lavoro, vale a dire Ccnl e sindacato, in una corsa alla deregulation nell'utilizzo delle risorse umane, costi da tagliare prima e più degli altri. La delegittimazione delle rappresentanze sociali è funzionale al mantenimento delle politiche recessive, e in suo nome si faranno altri passi indietro, che chiameranno riforme strutturali ma mireranno alla eclissi dei corpi intermedi.

La rappresentanza, però, non è attribuzione stabilita per legge o gentile concessione di spazio concertativo da parte della politica. Essa è combinazione di interessi, conflitti e partecipazione che esprime orgoglio e coraggio.

Orgoglio di essere il telaio di qualunque sistema sociale, componente indispensabile nella gestione delle società complesse, e dei sistemi complessi come quello sanitario, che non funzionano senza processi di rappresentanza. Nemmeno l'attuale società circolare può girare se non oliata da reti soft e hard che sono i servizi, compresi quelli di tutela della salute. Coraggio di rifiutare la riduzione dei rapporti di lavoro e sul luogo di lavoro a questione privata, guerra personale, solitudine di fronte all'arroganza del potere. Il mondo che molti politici, di destra e di sinistra, che puntano sul rapporto diretto con gli utenti di tv e web, vorrebbero, in cui il sindacato semplicemente non esiste, superato dai tempi che corrono scartando chi non sta al passo. Il lavoro al tempo del colera. Quando cambia il contesto, cambiare non è più una scelta, ma una necessità e solo un sindacato capace di cambiare può gestire il cambiamento. Se la nuova epoca della conoscenza globale in rete disarticola le forme del lavoro anche nel settore dei servizi, non si può stare fermi arroccati a vecchi paradigmi che nessuno più garantisce. Questo l'Anaa lo ha capito da tempo decidendo di rappresentare non solo i Medici ma anche altri professionisti che condividono con loro spazi fisici, area contrattuale, condizioni di lavoro, quali i dirigenti sanitari.

Oggi, e paradossalmente, l'acuirsi di incertezze e criticità nel mondo del lavoro tende a fare ritenere antiquata l'idea

associativa, nata dai grandi partiti e movimenti del secolo breve, come forma organizzata di tutela delle aspettative e dei legittimi interessi, individuali e generali. Ma, anche ai tempi della crisi più lunga della storia recente, e con governi che “fanno” sindacato distribuendo a pioggia incrementi economici, e invadendo per via legislativa gli spazi della contrattazione che si volevano privati, il sindacato “serve” perché esprime solidarietà, comunità, partecipazione, antagonismo. E capacità di dare voce collettiva al disagio e alla protesta, continuando a credere che i problemi di uno sono problemi di tutti. “An injury to one is an injury to all”, il motto di un sindacato americano del primo Novecento. Nessuno rimanga solo con i propri problemi.

La presenza e l'estendersi di una sfiducia, profonda e generalizzata, verso tutti e tutto, compreso il sindacato, oggi permea soprattutto il mondo giovanile, alimentando fratture che la crisi economica ha amplificato fino a fare considerare i sindacati partecipi di un complotto contro i giovani e addirittura corresponsabili dello stato di cose. Stiamo già assistendo a nuovi conflitti che segnano la discontinuità dei modelli produttivi e la frattura tra i lavoratori di prima generazione e quelli di terza, messi al lavoro in forma flessibile e atipica. Malgrado la nostra tenuta, sia di iscritti, ancora al primo posto, che di idee, per affrontare le nuove sfide un rinnovamento generazionale, e di genere, è necessario, anche se in nessun settore il ricambio avviene immediatamente sotto il segno della equivalenza delle competenze.

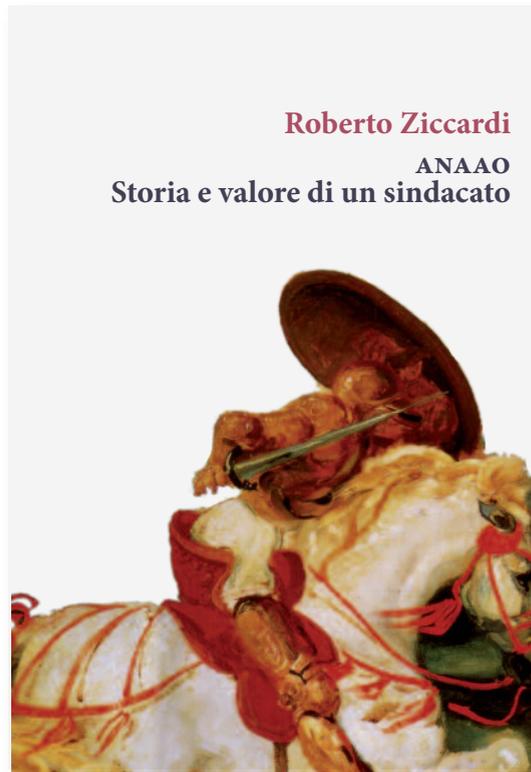
Ogni salto d'epoca si presenta come ruota della fortuna, che per molti può essere, però, la ruota del criceto, quasi sempre senza i diritti del '900. Oggi le rappresentanze devono appunto interrogarsi su come rapportarsi a una nuova composizione sociale e come intercettarla al lavoro nella ruota del criceto. Viviamo in un periodo di pensiero debole e identità professionali confuse e fragili, in una crisi del sociale che alimenta un neoindividualismo competitivo e auto-sufficiente ma uscirne tutti insieme è il sindacato.

Siamo all'inizio di una nuova stagione di rappresentanza e di rappresentazione della società circolare che viene avanti, anche nella sanità, reclamando un sindacato più forte, più inclusivo, più maturo. Capace di realizzare una semplificazione della attuale frammentazione della rappresentanza, fattore strutturale di debolezza per tutta la categoria. E rilanciare un nuovo professionalismo che recuperi la frantumazione e lo smarrimento dell'identità professionale per mettere riparo alla crisi della dominanza e alla perdita di ruolo sociale e politico.

Non sarà facile, ma si deve fare. L'Anaa ce la farà. Anche il suo futuro ha un cuore antico che batte nella memoria delle radici.

Anaao storia e valore di un sindacato

di Roberto Ziccardi
Orthotes Editore
16€



Il libro di Roberto Ziccardi vuole essere non solo la storia del più grande sindacato di medici ospedalieri italiani, non separabile dalla storia della sanità italiana, ma anche una riflessione sul coraggio di pensare, attraverso gli anni, una sanità diversa, il racconto di una passione civile, capace di tenere insieme il diritto alla cura e quello a curare, la rappresentanza e la difesa di legittimi interessi dei medici con l'esigibilità per i cittadini dell'articolo 32 della Costituzione. Questioni sindacali mai separate da valori, ideali e sensibilità etiche, che hanno costituito negli anni il DNA dell'Anaao Assomed.

Il libro è anche lo spunto per una riflessione sullo strumento sindacato quanto mai attuale dentro una rivoluzione culturale, sociale e tecnologica senza eguali. Un tentativo di risposta alla domanda 'a chi e a che cosa serve oggi il sindacato': di fronte al cambiamento strutturale realizzatosi nel mondo del lavoro, anche in sanità, e all'onda lunga della crisi di consenso e di fiducia verso le istituzioni che ha minato la loro capacità di rappresentanza.

Il ponte verso il futuro dell'ANAAO e del sindacalismo medico non può che partire dalla memoria delle radici e dal ricordo degli uomini che lo hanno attraversato nei suoi 60 anni di vita.

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**

Il miglior contributo alla sicurezza di medici e di dirigenti sanitari è costituito da un'ottima polizza di rivalsa colpa grave insieme con un'ottima tutela da affidare a validi professionisti

Iscriviti all'Anaao

CAMPAGNA
ISCRIZIONI
2017

Scopri tutti i vantaggi se ti iscrivi entro il 31 dicembre 2017

Gratis per tutto il 2018 la polizza di rivalsa colpa grave

Gratis la polizza di tutela legale

Gratis i corsi ECM sia FAD che residenziali

Gratis un avvocato che ti garantisce tutela sindacale e legale

Gratis la consulenza assicurativa, previdenziale e contrattuale

Gratis la revisione della busta paga

