

d!

d!rigenza medica

3 **Decreti fiscale, semplificazioni, concretezza:** tutte le misure per la sanità

5 **Il nuovo piano nazionale** per le liste d'attesa

Il mensile dell'Anaa Assomed

ANAAO ASSOCIAZIONE



**CAMPAGNA
ISCRIZIONI
2019**

**Scopri tutti i vantaggi
per i nuovi iscritti
nell'inserto**

**I medici e i dirigenti
bocciano la manovra
economica 2019.**

LA PROTESTA CONTINUA

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
Costantino Troise

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 dicembre 2018



Il Governo ha disatteso gli impegni. Sciopero il 25 gennaio e a febbraio

“Una manovra ampiamente deludente non solo rispetto alle nostre aspettative, ma anche rispetto a quanto promesso per la sanità nel ‘contratto di Governo’”

È una bocciatura senza appello quella che arriva da Carlo Palermo, Segretario nazionale dell'Anao Assomedi che, a meno di un mese dalla protesta nazionale dello scorso 23 novembre, è nuovamente sul piede di guerra. E insieme ai leader dell'Intersindacale medica hanno annunciato due nuove giornate di mobilitazione per gennaio 2019. Un segnale forte che la categoria ha deciso di lanciare perché poco è cambiato dallo sciopero che, lo ricordiamo, ha

portato il 90% della dirigenza medica e sanitaria a incrociare le braccia: la richiesta di rinnovo del contratto di lavoro fermo da 10 anni è infatti ancora la palo e quanto contenuto nella bozza di manovra economica (ancora in via di definizione al momento di andare in stampa), non offre segnali di incoraggiamento.

“Il contratto di Governo conteneva passaggi per noi fondamentali – ha spiegato Carlo Palermo – ossia che il finanziamento del Sistema sanitario nazionale dovesse essere adeguato andando anche a recuperare le risorse perse negli anni passati. Ma per quanto riguarda il 2019, di fatto, sul piatto c'è solo quanto finanziato dal Governo Gentiloni, ampiamente al di sotto del necessario. Soprattutto i finanziamenti 2020-2021, ossia 2 miliardi più 1,5, sono legati ad aspettative di incremento del Pil francamente inverosimili”.

E se questo è il primo dato che emerge, per il segretario nazionale ce n'è un altro altrettanto dirimente per i medici e i dirigenti sanitari del Ssn. “Abbiamo la necessità di una nuova politica che favorisca le assunzioni – ha aggiunto Palermo – questo anche per raggiungere l'obiettivo dell'abbattimento delle liste attese. È ormai acclarata la strettissima relazione tra il deficit del personale e l'incremento dei tempi di attesa che ormai cominciano ad essere misurati in anni. Eppure, continuiamo a vivere in una condizione paradossale e contraddittoria: da un lato si considera quale causa delle liste di attesa l'attività libero professionale dei medici, che subiscono quindi una sorta di criminalizzazione con interventi per il controllo delle distorsioni da parte dei Carabinieri e della Guardia di Finanza; dall'altra invece si chiede alle Aziende di ricorrere all'attività intra-moenia per abbattere le liste attese. Insomma, un caos totale, al quale non viene offerto alcun segnale di orientamento”.

E così, mentre il Governo detassa il reddito dell'attività privata degli insegnanti ed elargisce a piene mani “flat tax” alle partite Iva, per i medici, veterinari e dirigenti sanitari vale il principio opposto: colpevoli, fino a prova contraria, di manipolare le liste d'attesa e, in caso di inadempienze ad altri dovute, sospesi sine die da una attività produttiva che garantisce libertà di scelta ai cittadini e gettito fiscale certo.

“

La Ria non è altro che il lascito dei medici che vanno in pensione alle nuove generazioni. Un'eredità importantissima che serve a garantire una progressione di carriera ai futuri medici e a bilanciare il crescente disagio lavorativo in una professione in grande sofferenza

Altro tema sul tappeto, i contratti di formazione post laurea. “Questa è musica per le nostre orecchie – ha ricordato Palermo – nel contratto di Governo si prevedeva esplicitamente un incremento di questi contratti per bilanciare la fuoriuscita dal sistema del personale in quiescenza e corrispondere quindi alle dinamiche pensionistiche dei prossimi anni. Ma su questo fronte abbiamo assistito solo ed esclusivamente, ad un passettino in avanti con un incremento di 200 borse di specializzazione. Una crescita che rimane comunque assolutamente insufficiente. Quindi, nonostante abbiamo all’attivo 7.100 contratti, siamo ancora molto lontani dall’ottimale. Se non arriviamo a raggiungere i 9.500 contratti di formazione lavoro annui auspicabili, non sarà neanche possibile svuotare l’attuale limbo formativo dove stazionano circa 10mila medici in attesa di uno sbocco formativo post laurea”.

Non va meglio sul fronte contrattuale. L’unica nota positiva è il riconoscimento dell’esclusività di rapporto. Peccato che l’inclusione dell’indennità di esclusività nella massa salariale scatti solo a partire dal Ccnl 2019/2021, significa quindi che nella tornata 2016/2018, non ancora conclusa, l’incremento contrattuale del 3,48% sarà riferito ad un dato economico ridotto rispetto a quanto previsto per tutti i comparti del pubblico impiego e per la medicina convenzionata che hanno potuto utilizzare tutti gli specifici elementi retributivi.

Infine c’è tutta la partita sulla Retribuzione individuale di anzianità.

Una partita di grande peso che, sotto linea Palermo, dovrebbe interessare non solo i sindacati, ma anche il Governo e le Regioni: “La Ria non è altro che il lascito dei medici che vanno in pensione alle nuove generazioni. Un'eredità importantissima che serve a garantire una progressione di carriera ai futuri medici e a bilanciare il crescente disagio lavorativo in una professione in grande sofferenza. Non dimentichiamo che i medici svolgono un servizio ai cittadini – aggiunge Palermo – e che quella dei medici e dei veterinari è una delle poche categorie che garantisce assistenza H 24 e 365 giorni l’anno. Tutto questo ha un valore oppure no? Se ha un valore, co-



Al momento di andare in stampa, il testo della manovra non è stato ancora approvato.

Sul numero di gennaio di Dirigenza Medica sarà quindi dedicato un ampio approfondimento alle misure che interessano la sanità

me credo sia, la Ria dovrebbe essere considerata come un elemento che, almeno parzialmente, offre soluzione ai tanti problemi che debbono essere riconosciuti per rendere più attraente un lavoro che pochi ormai vogliono svolgere”.

Insomma, nella bozza della Manovra non c’è una risposta a tutto tondo alle esigenze della dirigenza del Ssn. E tanto meno si intravede un tentativo di soluzione.

Di fronte a questo scenario la risposta dell’Anaa e dell’Intersindacale è solo una: inasprire appunto la protesta a fronte delle deludenti risposte della bozza di legge di bilancio e dei decreti collegati.

Tirando le somme, non si vedono le risposte attese alle richieste avanzate prima e dopo lo sciopero del 23 novembre, non c’è nulla per le assunzioni necessarie a riportare le condizioni di lavoro ad uno stato umano e ridurre attraverso questa via le liste di attesa; niente per aumentare i livelli retributivi bloccati al 2010 con una perdita economica per ogni dirigente valutabile in

30mila euro; niente per superare il blocco imposto dalla legge “Madia” alle risorse accessorie, patrimonio storico irrinunciabile della categoria a garanzia del futuro contrattuale delle giovani generazioni.

Ecco quindi che Anaa Assomed – Aaroi-Emac - Cimo – Fp Cgil Medici E Dirigenti Ssn – Fvm Federazione Veterinari e Medici – Fassid (Aipac-Aupi-Simet-Sinafo-Snr) – Cisl Medici – Fesmed – Anpo-Ascoti-Fials Medici – Uil Fpl Coordinamento nazionale delle Aree contrattuali medica, veterinaria sanitaria, hanno chiesto un impegno preciso del Governo rispetto a un contratto di lavoro atteso da 10 anni e non intendono assistere all’agonia del sistema sanitario pubblico e dei suoi professionisti che si sostanzia in un pericoloso abbassamento dei livelli di assistenza. Confermano le iniziative di protesta già annunciate in questi mesi, che culmineranno in una giornata di sciopero il 25 gennaio e l’altra nella prima settimana di febbraio, attraverso iniziative, anche di carattere giudiziario, nei confronti di chi intende disattendere la sentenza della Corte Costituzionale in tema di diritto ad avere un contratto di lavoro. Non intendiamo, inoltre, rinunciare alla decorrenza degli incrementi contrattuali prevista dalla normativa vigente e confermata anche dalla Ragioneria generale dello Stato. Auspicando – concludono – che il Governo del cambiamento manifesti responsabilità e sensibilità che i precedenti governi non hanno dimostrato”.

Ecco tutte le misure per la sanità



Sono molte le novità di fine anno per la sanità. Ma a differenza delle precedenti legislature le misure sono state spaccettate in più provvedimenti e non più raccolte nella legge di Bilancio 2019 (al momento ancora in via di definizione).

Le norme per la sanità sono state infatti “spalmate” in tre Decreti, diventati legge: fiscale, semplificazioni e decreto concretezza che concorreranno, tutti insieme, nel definire il futuro della sanità per i prossimi anni.

Proviamo ad esaminare nel dettaglio tutti i contenuti di interesse sanitario e sociosanitario presenti nei tre provvedimenti.

DECRETO FISCALE

Dallo stop al doppio ruolo per i presidenti di Regione commissari ad acta per la sanità, alla semplificazione delle procedure per le transazioni con le aziende farmaceutiche relative ai contenziosi sul ripiano del payback per gli anni 2013, 2014 e 2015. E ancora, dall'esonero dell'obbligo di fatturazione elettronica per medici, farmacisti, altri operatori, fino a finanziamenti ad hoc per diverse strutture sanitarie, tutte queste misure con la pubblicazione nella Gazzetta Ufficiale n. 293 del 18 dicembre della legge n. 136/2018, di conversione del Dl. n. 119/2018, sono diventate definitive. Oltre alla pace fiscale, la fattura elettronica e una rottamazione ter, vediamo specificatamente quali sono articolo per articolo le misure di interesse sanitario.

Articolo 10-bis (Disposizioni di semplificazione in tema di fatturazione elettronica per gli operatori sanitari).

La norma prevede l'esonero dall'obbligo di fatturazione elettronica - per il periodo d'imposta 2019 - per i soggetti te-

nuti all'invio dei dati al Sistema tessera sanitaria.

La norma si applica a: aziende sanitarie locali, aziende ospedaliere, Istituti di ricovero e cura a carattere scientifico, policlinici universitari, farmacie, pubbliche e private, presidi di specialistica ambulatoriale, strutture per l'erogazione delle prestazioni di assistenza protesica e di assistenza integrativa, altri presidi e strutture accreditati per l'erogazione dei servizi sanitari e iscritti all'Albo dei medici chirurghi e degli odontoiatri. Questi sono tenuti ad inviare al Sistema tessera sanitaria i dati relativi alle prestazioni erogate dal 2015, con alcune esclusioni, ai fini della elaborazione della dichiarazione dei redditi. Le specifiche tecniche e le modalità operative relative alla trasmissione telematica dei dati, sono rese disponibili sul sito internet del Sistema tessera sanitaria.

Articolo 22-bis (Disposizioni in materia di transazioni con le aziende farmaceutiche per il ripiano della spesa farmaceutica). Si dispone la procedura per la definizione delle transazioni con le aziende farmaceutiche relative ai contenziosi sul ripiano del payback per gli anni 2013, 2014 e 2015. Viene specificato che le suddette transazioni sono valide, per la parte pubblica, con la sola sottoscrizione dell'Agenzia Italiana del Farmaco, semplificando così una procedura che, fino ad oggi, richiedeva anche le sottoscrizioni di Ministero della Salute e Ministero dell'Economia.

Articolo 23-quater (Istituti di ricovero e cura a carattere scientifico e Sistemi di prenotazione elettronica in ambito sanitario).

L'articolo dispone:

- un finanziamento, per il 2020, nella misura di 5 milioni di euro per gli Istituti di ricovero e cura di carattere

scientifico (Ircs) della “Rete oncologica” del Ministero della salute, impegnati nello sviluppo delle nuove tecnologie antitumorali CAR-T, e di 5 milioni di euro per gli Ircs della “Rete cardiovascolare” del Ministero della salute, impegnati nei programmi di prevenzione primaria cardiovascolare. Alla copertura dei relativi oneri si provvede con una corrispondente una riduzione del Fondo per interventi strutturali di politica economica;

- uno stanziamento, per il 2020, pari a 50 milioni di euro, per l'implementazione e l'ammodernamento delle infrastrutture tecnologiche legate ai sistemi di prenotazione elettronica per l'accesso alle strutture sanitarie. Alla copertura si provvede con una corrispondente riduzione del Fondo per interventi strutturali di politica economica.

Articolo 25-bis (Finanziamenti in favore di alcune strutture sanitarie).

Vengono qui disposti finanziamenti per il 2018 in favore di alcune strutture sanitarie. Gli stanziamenti sono disposti a valere sulle risorse per il medesimo anno 2018 destinate al finanziamento di progetti relativi agli obiettivi di carattere prioritario e di rilievo nazionale nel settore sanitario.

In particolare, gli stanziamenti concernono:

- nella misura di 9 milioni di euro, strutture, anche private accreditate, riconosciute di rilievo nazionale ed internazionale per le caratteristiche di specificità e innovatività nell'erogazione di prestazioni pediatriche, con particolare riferimento alla prevalenza di trapianti di tipo allogenico (Ospedale Bambino Gesù);
- nella misura di 12,5 milioni, strutture, anche private accreditate, che costituiscono centri di riferimento na-

zionale per l'adroterapia, eroganti trattamenti per specifiche neoplasie maligne mediante l'irradiazione con ioni carbonio (Cnao);

- nella misura di 11 milioni, strutture, anche private accreditate, riconosciute di rilievo nazionale per il settore delle neuroscienze, eroganti programmi di alta specialità neuro-riabilitativa, di assistenza a elevato grado di personalizzazione delle prestazioni e di attività di ricerca scientifica traslazionale per i deficit di carattere cognitivo e neurologico (Fondazione Santa Lucia).

Articolo 25-bis (Disposizioni in materia di commissariamenti delle Regioni in Piano di rientro dal disavanzo sanitario).

Viene modificata la disciplina in materia di commissariamenti delle Regioni inadempienti e in situazione di Piano di rientro dal disavanzo del settore sanitario. Si estende a tutti i casi di commissariamento il principio secondo cui la nomina come commissario ad acta è incompatibile con l'affidamento o la prosecuzione di qualsiasi incarico istituzionale presso la regione soggetta a commissariamento (quindi, anche con l'incarico di Presidente della Regione).

Le nuove disposizioni hanno efficacia anche con riferimento ai commissari ad acta già nominati. Saltano dunque i ruoli di Vincenzo De Luca per la Campania e Nicola Zingaretti per il Lazio (da sottolineare, tuttavia, che sia Campania che Lazio hanno annunciato una rapida e prossima uscita dai piani di rientro). La misura ha già colpito Donato Toma, neo presidente del Molise, tant'è che il ministro della Salute Giulia Grillo ha provveduto a nominare commissari e sub-commissari ad acta per la sanità della Calabria e del Molise. Ma sul tema dei commissariamenti, come richiesto dalle Regioni, si sta riflettendo su una possibile riforma da inserire nei lavori del Patto per la Salute che dovrà essere sottoscritto entro il prossimo 31 marzo.

DECRETO SEMPLIFICAZIONI

Il testo che inizialmente conteneva misure di particolare interesse su intramoenia, riconoscimento degli Irccs e nuove regole per l'accesso ai ruoli di Medicina Generale e Dirigenza Medica, è arrivato in Cdm "asciugato". Sono infatti saltate le norme su intramoenia, Irccs e sull'accesso dei giovani alla pro-

fessione che andranno in Manovra, resta invece la possibilità di accesso alla convenzione per i Medici di medicina generale durante il corso di formazione. Inoltre per l'assegnazione degli incarichi per l'emergenza sanitaria territoriale, resta in vigore il requisito del possesso dell'attestato d'idoneità all'esercizio dell'emergenza sanitaria territoriale. Il mancato conseguimento del diploma di formazione specifica in medicina generale entro il termine previsto dal corso di rispettiva frequenza, comporta la cancellazione dalla graduatoria regionale e la decadenza dall'eventuale incarico assegnato. Le Regioni potranno prevedere limitazioni del massimale di assistiti in carico o organizzare i corsi a tempo parziale in modo da non pregiudicare la didattica.

Articolo 8 (Norme sulla medicina generale)

Al comma 1 dell'articolo 8 si spiega dunque che, fino al 31 dicembre 2021, in relazione alla contingente carenza dei medici di medicina generale, nelle more di una revisione complessiva del relativo sistema di formazione specifica in laureati in medicina e chirurgia abilitati all'esercizio professionale, gli iscritti al corso di formazione specifica in medicina generale, potranno partecipare all'assegnazione degli incarichi convenzionali, rimessi all'accordo collettivo nazionale nell'ambito della disciplina dei rapporti con i medici di medicina generale. La loro assegnazione viene in ogni caso subordinata rispetto a quella dei medici in possesso del relativo diploma e agli altri medici aventi, a qualsiasi titolo, diritto all'inserimento nella graduatoria regionale, in forza di altra disposizione.

Quanto all'assegnazione degli incarichi per l'emergenza sanitaria territoriale, resta fermo il requisito del possesso dell'attestato d'idoneità all'esercizio dell'emergenza sanitaria territoriale. Il mancato conseguimento del diploma di formazione specifica in medicina generale entro il termine previsto dal corso di rispettiva frequenza, comporterà la cancellazione dalla graduatoria regionale e la decadenza dall'eventuale incarico assegnato.

Al comma 2 si prevede che le Regioni, nel rispetto di quanto previsto dall'articolo 24, comma 3, del decreto legislativo 17 agosto 1999, n. 368, potranno prevedere limitazioni del massimale di as-

“

Viene modificata la disciplina in materia di commissariamenti delle Regioni inadempienti e in situazione di Piano di rientro dal disavanzo del settore sanitario

assistiti in carico ovvero organizzare i corsi a tempo parziale, prevedendo in ogni caso che l'articolazione oraria e l'organizzazione delle attività assistenziali non pregiudichino la corretta partecipazione alle attività didattiche previste per il completamento del corso di formazione specifica in medicina generale.

Al comma 3 si chiarisce che, entro sessanta giorni dalla data di entrata in vigore del presente decreto, in sede di Accordo Collettivo Nazionale, saranno individuati i criteri di priorità per l'inserimento nelle graduatorie regionali dei medici iscritti al corso di formazione specifica in medicina generale, per l'assegnazione degli incarichi convenzionali, nonché le relative modalità di remunerazione. In ogni caso, nelle more della definizione dei criteri, si applicheranno quelli previsti dall'Accordo Collettivo Nazionale vigente per le sostituzioni e gli incarichi provvisori.

Sempre in tema di Ssn, al comma 13 dell'articolo 1 si spiega che gli enti debitori dovranno effettuare il pagamento dei debiti per i quali hanno ottenuto l'anticipazione di liquidità entro 15 giorni dalla data di effettiva erogazione da parte dell'istituto finanziatore. Mentre, per il pagamento dei debiti degli enti del Servizio sanitario il termine sarà di 30 giorni dalla data di effettiva erogazione da parte dell'istituto finanziatore.

DECRETO CONCRETEZZA

E, per finire, arriviamo al Decreto Concretezza. Anche questo provvedimento contiene qualche riferimento al Servizio sanitario nazionale. Si prevede l'istituzione, presso il Dipartimento della funzione pubblica, di un "Nucleo della concretezza" preposto alla verifica della realizzazione delle azioni concrete - da determinarsi in un apposito piano triennale - per il miglioramento dell'efficienza della pubblica amministrazione.

Il Piano triennale verterà anche sulle modalità di svolgimento delle attività del Nucleo della concretezza nei confronti delle regioni, degli enti strumentali regionali, degli enti del Servizio sanitario regionale, degli enti locali. Vengono inoltre introdotte nuove misure per il contrasto dell'assenteismo quali l'introduzione di sistemi di verifica biometrica dell'identità e di videosorveglianza degli accessi per i dipendenti delle amministrazioni pubbliche.



Nuovo Piano nazionale liste d'attesa

Fissati i tempi massimi per ricoveri e prestazioni ambulatoriali. Previsto il ricorso all'intramoenia "aziendale"

Quattro classi di priorità per le prestazioni ambulatoriali (visite e analisi): urgente entro 72 ore; breve entro 10 giorni; differibile entro 30 giorni per le visite o 60 giorni per le analisi; programmata entro 120 giorni. Quattro classi anche per i ricoveri: A (casi gravi) entro 30 giorni; B (casi clinici complessi) entro 60 giorni; C (casi meno complessi) entro 180 giorni; D (casi non gravi) entro 12 mesi. E ancora, la possibilità di ricorrere all'intramoenia "aziendale" a carico dell'azienda come strumento "eccezionale e temporaneo". È questa in sintesi la road map tracciata per abbattere le liste d'attesa. Una delle priorità nell'agenda del Governo, come annunciato fin dall'inizio del suo mandato dal ministro della Salute Giulia Grillo che ha attivato agli inizi di ottobre e per tre mesi un numero verde sperimentale per i cittadini, con il solo obiettivo di informare sulle modalità di accesso alle prestazioni garantite dal Ssn e raccogliere informazioni sulle esperienze dei cittadini.

E così, a distanza due mesi, un nuovo Piano nazionale di governo delle liste d'attesa (Pngla) per gli anni 2018/2020 è stato messo nero su bianco e inviato

alla Conferenza Stato Regioni che dovrà approvarlo.

Il nuovo Pngla si propone di condividere un percorso per il governo delle liste di attesa, finalizzato a garantire un "appropriato, equo e tempestivo accesso dei cittadini ai servizi sanitari che si realizza con l'applicazione di rigorosi criteri di appropriatezza, il rispetto delle Classi di priorità, la trasparenza e l'accesso diffuso alle informazioni da parte dei cittadini sui loro diritti e doveri".

Per la sua piena attuazione verrà istituito, presso la Direzione Generale della Programmazione sanitaria del ministero della Salute, entro 120 giorni dalla stipula dell'Intesa, un Osservatorio nazionale sulle Liste di attesa composto da rappresentanti del Ministero, dell'Agenas, delle Regioni, dell'Istituto Superiore di Sanità e dalle Organizzazioni civiche di tutela del diritto alla salute. L'Osservatorio, oltre ad affiancare le Regioni nell'implementazione del Piano, provvederà a monitorare l'andamento degli interventi previsti dal presente atto, rilevare le criticità e fornire indicazioni per uniformare comportamenti, superare le disuguaglianze e ri-

“

Il nuovo Pngla si propone di condividere un percorso per il governo delle liste di attesa, finalizzato a garantire un "appropriato, equo e tempestivo accesso dei cittadini ai servizi sanitari che si realizza con l'applicazione di rigorosi criteri di appropriatezza

spondere in modo puntuale ai bisogni dei cittadini.

Entro 60 giorni dalla stipula dell'Intesa, le Regioni dovranno recepirla e adottare il loro Piano Regionale di Governo delle Liste di Attesa (Prgla). Successivamente, entro 60 giorni dall'adozione del Prgla, le Aziende Sanitarie dovranno adottare un nuovo Programma attuativo aziendale o aggiornare quello in uso, in coerenza con quanto definito in ambito regionale e provvedere all'invio dello stesso alla Regione che provvederà al monitoraggio delle iniziative e degli interventi attuati.

Vediamo quali sono le tempistiche dettate dal Piano.

Prestazioni ambulatoriali. Per quanto riguarda le Prestazioni ambulatoriali specialistiche garantite dal Ssn, nelle procedure di prescrizione e prenotazione sarà obbligatorio l'uso sistematico: dell'indicazione di prima visita/prestazione diagnostica o degli accessi successivi, del Quesito diagnostico e delle Classi di priorità. Queste le classi di priorità indicate:

- **U (Urgente)** da eseguire nel più breve tempo possibile e, comunque, entro 72 ore;
- **B (Breve)** da eseguire entro 10 giorni;
- **D (Differibile)** da eseguire entro 30 giorni per le visite o 60 giorni per gli accertamenti diagnostici;
- **P (Programmata)** da eseguire entro 120 giorni.

Rispetto al vecchio piano nazionale liste d'attesa 2010-2012, nel nuovo viene dunque fissato un limite massimo anche per le prestazioni programmate che non potrà superare i 120 giorni.

Per tutte le prestazioni ambulatoriali oggetto di monitoraggio (visite specialistiche e prestazioni strumentali), il tempo massimo di attesa indicato dalla Regione dovrà essere garantito (ai fini del monitoraggio) almeno per il 90% delle prenotazioni con Classi di priorità B e D, riferite a tutte le strutture sanitarie. La Classe di priorità è obbligatoria solo per i primi accessi. A decorrere dal 1 gennaio 2020, il monitoraggio sarà esteso anche alla Classe P.

Prestazioni in regime di ricovero. Per tutti i ricoveri programmati le Regioni e Province Autonome prevedono l'uso sistematico delle Classi di priorità, de-

finite in coerenza con quanto già indicato nell'ambito dell'Accordo dell'11 luglio 2002 e del Pncta 2006-2008 e del Pngla 2010-2012.

Il nuovo Piano prevede le seguenti classi di priorità:

- Classe A: Ricovero entro 30 giorni per i casi clinici che potenzialmente possono aggravarsi rapidamente al punto da diventare emergenti, o comunque da recare grave pregiudizio alla prognosi;
- Classe B: Ricovero entro 60 giorni per i casi clinici che presentano intenso dolore, o gravi disfunzioni, o grave disabilità ma che non manifestano la tendenza ad aggravarsi rapidamente al punto di diventare emergenti né possono per l'attesa ricevere grave pregiudizio alla prognosi;
- Classe C: Ricovero entro 180 giorni per i casi clinici che presentano minimo dolore, disfunzione o disabilità, e non manifestano tendenza ad aggravarsi né possono per l'attesa ricevere grave pregiudizio alla prognosi;
- Classe D: Ricovero senza attesa massima definita per i casi clinici che non causano alcun dolore, disfunzione o disabilità. Questi casi devono comunque essere effettuati almeno entro 12 mesi.



Per i ricoveri l'inserimento nella lista di attesa dovrà riguardare criteri di appropriatezza e priorità clinica. Al fine di garantire la trasparenza, al momento dell'inserimento in lista di attesa, dovranno essere comunicate al cittadino informazioni sul suo ricovero, sulla Classe di priorità e i relativi tempi massimi d'attesa, oltre alle indicazioni organizzative previste (es. informazioni circa il pre-ricovero). Ciascun paziente potrà inoltre richiedere di prendere visione della sua posizione nella lista di attesa per il ricovero facendone opportuna richiesta alla Direzione Sanitaria.

“

Per i ricoveri l'inserimento nella lista di attesa dovrà riguardare criteri di appropriatezza e priorità clinica

Attività intramoenia. Nel Piano si specifica che, al fine di contenere gli oneri a carico dei bilanci delle Asl, le prestazioni erogate in regime libero professionale dai professionisti in favore dell'Azienda, costituiranno uno “strumento eccezionale e temporaneo per il governo delle liste ed il contenimento dei tempi d'attesa, nella misura in cui anche tali prestazioni potranno contribuire ad integrare l'offerta istituzionale, allorquando una ridotta disponibilità temporanea di prestazioni in regime istituzionale metta a rischio la garanzia di assicurare al cittadino le prestazioni all'interno dei tempi massimi regionali”. Questa “libera professione aziendale” è concordata con i professionisti e sostenuta economicamente dall'Azienda, riservando al cittadino solo la eventuale partecipazione al costo.

Agende trasparenti. Si prevede la gestione trasparente e la totale visibilità delle Agende di prenotazione delle strutture pubbliche e private accreditate, nonché quelle dell'attività istituzionale e della libera professione intramuraria, da parte dei sistemi informativi aziendali e regionali. Tutte le Agende di prenotazione sopra specificate, devono essere gestite dai sistemi Cup e devono essere suddivise per Classi di priorità. La gestione delle Agende deve essere improntata a criteri di flessibilità, in modo da evitare la sottoutilizzazione della capacità erogativa e massimizzare la capacità di assicurare il rispetto del tempo massimo di attesa per ciascuna Classe di priorità.



“Una marcia in più per i giovani medici”



GIAN MARCO RIZZUTI

La specializzazione medica in Germania è un percorso professionale gestito interamente dagli Ordini dei Medici regionali e nazionali tedeschi (Landes- e Bundesärztekammer).

Il programma è concepito come un training inserito all'interno di una normale attività medica quotidiana e, pertanto, il conseguimento della specializzazione è inteso come il riconoscimento di un'esperienza professionale acquisita in quello specifico ambito professionale. In Germania, quindi, lo specializzando in Medicina lavora in ospedale e deve raccogliere tutta una serie di interventi e procedure in un “Catalogo operatorio e delle prestazioni” (o “Logbuch”), da presentare all'Ärzttekammer (l'Ordine dei Medici Tedesco), per potersi specializzare.

La durata del percorso formativo è di 5 o 6 anni a seconda della branca. Facendo un esempio, la specializzazione in Ortopedia e Traumatologia è così composta: 24 mesi: formazione di base in un reparto chirurgico di base; 48 mesi: formazione specialistica in Ortopedia e Traumatologia.

Di questi 48 mesi, fino a 12 mesi possono essere svolti in un altro ambito chirurgico e/o in Neurochirurgia. Inoltre, fino a 12 mesi possono essere completati nell'area ambulatoriale.

In genere si viene assunti in specializzazione tramite un colloquio (“Vorstellungsgespräch”) con il primario del reparto in cui ci si vorrebbe specializzare, previo invio della propria candidatura tramite CV e lettera di motivazione.

Alcuni ospedali sono abilitati alla formazione completa in tutte o alcune branche, altri invece solo per alcuni anni. In quest'ultimo caso vengono garantite rotazioni in ospedali vicini per raggiungere il completamento del percorso formativo.

Riguardo alla formazione vera e propria, la mentalità tedesca si basa sul principio di “Buttare qualcuno nell'acqua fredda”. Lo specializzando, in pratica, viene responsabilizzato fin da subito alla gestione del paziente in Pronto Soccorso, in Terapia Intensiva, in Reparto e in Sala, con tutti i pro e i contro del caso.

Durante la specializzazione si devono seguire dei corsi di perfezionamento (“Fortbildungen”) utili al lavoro ospedaliero e ambulatoriale (corsi di sonografia, agopuntura, terapia manuale, etc.). Dato che questi corsi fanno parte del percorso formativo, essi vengono interamente pagati dall'ospedale per un massimo di 1.000-1.300 euro all'anno. Il costo del vitto e dell'alloggio durante i corsi non sono coperti, ma possono essere detratti dalle tasse, come tutto il materiale medico di cui si ha bisogno per la propria professione (libri di medicina, camici e tutte chirurgiche, tratte di treni o aerei

per raggiungere il luogo del seminario, etc.)

Gli stipendi sono tabellati e ci sono perciò dei valori base, i quali però variano a seconda:

- del tipo di struttura in cui si è assunti (ospedale comunale, universitario, religioso, privato);
- degli anni di anzianità;
- al possesso di una pregressa specializzazione;
- se si è sposati e/o con figli a carico.

Si va da un minimo di 4402,39 euro lordi (specializzando al primo anno al momento dell'assunzione) ad un massimo di 9173,20 euro lordi (medico superiore capo che lavora da 3 anni in un reparto). Le guardie e gli straordinari sono pagati a parte. Di sotto una Tabella Esemplificativa, i valori si riferiscono ad un Ospedale Comunale e sono validi dal 1/05/2018.

Il passaggio da un gradino all'altro dipende dal numero di anni di lavoro nel reparto. Anch'esso è tabellato.

Per capire meglio la gerarchia ospedaliera, in genere si diventa Medico Superiore (Oberarzt) in seguito ad una selezione interna fra colleghi Specialisti che hanno le dovute credenziali (specializzazioni e titoli aggiuntivi, eventuali lavori scientifici). Il ruolo di Medico Superiore Capo (Leitender Oberarzt) si ottiene invece per nomina diretta del Primario (Chefarzt).

Durante la formazione vengono garantite sia la maternità che la paternità e in molti ospedali vi sono delle convezioni con asili nido. Inoltre, si può decidere di specializzarsi a tempo parziale (Teilzeit), permettendo ai medici più tempo per sé e per le proprie famiglie, ma allungando al contempo il percorso formativo.

In definitiva, in Germania lo specializzando è un medico che viene inserito fin da subito nel mondo del lavoro, viene posto in un ambiente in grado di responsabilizzarlo e formarlo e gli garantisce un ottimo livello di assistenza sociale.

Tabella

I valori si riferiscono ad un Ospedale Comunale e sono validi dal 1/05/2018

	Primo gradino	Secondo gradino	Terzo gradino	Quarto gradino	Quinto gradino	Sesto gradino
Specializzando (Assistenzarzt)	4.402,39	4.651,95	4.830,17	5.139,10	5.507,46	5.658,97
Medico specializzato (Facharzt)	5.810,45	6.297,63	6.725,40	6.974,94	7.218,50	7.462,09
Medico Superiore (Oberarzt)	7.277,94	7.705,69	8.317,66	-	-	-
Medico Superiore Capo (leitender Oberarzt)	8.561,20	9.173,20	-	-	-	-

La tua polizza è in scadenza



e non sai che fare?

Per i nuovi iscritti la migliore Polizza Colpa Grave sul mercato

Per un anno a 195€



POLIZZA RC COLPA GRAVE A 195€

**Per i nuovi iscritti (*)
la POLIZZA RC COLPA
GRAVE al costo ridotto di
195€
per un anno.**

**Hai tempo fino a
fine settembre 2019.**

Tutte le garanzie della polizza:

- RC COLPA GRAVE (OBBLIGATORIA in base alla Legge n. 24/2017), per le azioni di rivalsa esperite nella Pubblica Amministrazione (Corte dei Conti) a seguito di errori od omissioni compiuti con "Colpa Grave", con pagamento di quanto sancito da autorità giudiziaria ordinaria, penale o civile e Magistratura Contabile, compreso l'eventuale danno di immagine e quelli derivanti da assenza o vizi di consenso informato.
- Inclusiva di Deeming Clause (Comunicazione formale da parte della Struttura ex art. 13 Legge 24/2017) (**)
- Copertura di responsabilità patrimoniale e amministrativa prestata fino all'intero massimale di polizza.
- Retroattività di 10 anni dalla prima sottoscrizione, con possibilità di estenderla a "ILLIMITATA".
- Garanzia Postuma 10 anni, qualora l'Assicurato dovesse cessare per sua volontà l'attività professionale.
- Massimale per Colpa Grave a partire da 1.500.000€.
- Nessuna franchigia.
- Compresi interventi di primo soccorso per motivi deontologici.
- Compresa attività intramoenia.

(*) La campagna è rivolta ai medici e dirigenti sanitari dipendenti e convenzionati, ossia specialisti ambulatoriali con impegno orario a partire da 18 ore settimanali, che si iscrivono per la prima volta all'Associazione - o reiscritti con un intervallo di almeno 6 mesi - dal 3 dicembre 2018 al 30 settembre 2019.

(**) La circostanza denunciata in corso di polizza è considerata sinistro qualora ne derivi una richiesta di risarcimento, anche a distanza di anni e con polizza non più in corso.

TUTELA LEGALE GRATUITA
compresa nella quota
di iscrizione, con massimale
pari a € 50.000,00

E INOLTRE

Tutte le garanzie per una tutela legale completa:

- Difesa Penale per delitti colposi e contravvenzionali.
- Avvocato e consulente di libera scelta senza alcuna limitazione territoriale
- Retroattività di 24 mesi per la difesa penale.
- Garanzia postuma 12 mesi, come da condizione di polizza.
- Difesa penale per imputazioni dolose, salvo l'obbligo di rifondere a ROLAND quanto da essa anticipato in caso di sentenza di condanna passata in giudicato.
- Patteggiamento ex art 444 ss. c.p.p..
- Conciliazione e Mediazione.
- Decreto di archiviazione.
- Vertenze individuali inerenti il proprio contratto di lavoro, sia esso privato che pubblico a primo rischio, anche a TAR/Giudice Ordinario per incarichi e concorsi.
- Chiamata in causa della compagnia di RC.
- Difesa Penale nell'ambito della circolazione stradale.
- Opposizioni avverso sanzioni amministrative ex. d.lgs 81/2008 (codice sicurezza) d.lgs.196/2003 (codice privacy), d.lgs.152/2006 (codice ambiente).
- Possibilità di far opposizione alla condanna in solido con l'Ente di appartenenza con conseguenza di procedimento esecutivo (decreto ingiuntivo, precetto, pignoramento, espropriazione) subita direttamente dall'assicurato.
- Massimale 50.000€, con possibilità di acquistare incremento a 100.000€

**SCUOLA DI
FORMAZIONE QUADRI**

La **SCUOLA NAZIONALE
PER LA FORMAZIONE DEI QUADRI SINDACALI**

GRATUITA per tutti gli iscritti.

Imparerai ad apprendere la normativa contrattuale e le modalità per affermare i tuoi diritti.

**250 CREDITI ECM
IN MODALITÀ FAD**

Se devi raggiungere entro il 2019 il tuo debito formativo stabilito da Agenas, il sito della **Fondazione Pietro Paci** ti consente di **ISCRIVERTI GRATUITAMENTE** ai corsi. Vai su www.fondazionepietropaci.it.

Gli iscritti hanno a loro disposizione GRATUITAMENTE:

I SERVIZI

HELP DESK TELEFONICO 064245741 e disponibilità presso la sede Anaa
Assomed di Roma di legali convenzionati
PARERI LEGALI E ASSISTENZA STRAGIUDIZIALE
CONSULENZA NORMATIVA, CONTRATTUALE, GIURISPRUDENZIALE E
PREVIDENZIALE

ASSISTENZA NEI PROCEDIMENTI DISCIPLINARI

In procedimenti disciplinari che possono dar luogo a sanzioni di particolare gravità (sospensione dal servizio per più di 10 giorni), assistenza legale, anche a supporto di quella sindacale, nell'ambito delle diverse fasi (redazione di memorie scritte, audizioni personali, repliche).

**E allora
che aspetti?**

iscriviti all'Anaaao!

www.anaao.it

ANAAO  **ASSOMED**
ASSOCIAZIONE **MEDICI DIRIGENTI**

Per maggiori informazioni
i nostri uffici sono a tua disposizione.
Contattaci al numero 026694767
oppure puoi scrivere a
segr.naz.milano@anaao.it

Giovani medici e mondo del lavoro: analisi delle criticità da Nord a Sud

Il sindacato nasce come Associazione a garanzia dei diritti dei lavoratori, così come anche menzionato nella Dichiarazione universale dei diritti dell'uomo, ma con il passare del tempo l'azione di tutela dei diritti del lavoratore non si è limitata a cercare di far attuare norme e leggi codificate ma si è rivolta ad analizzare i processi del passato, dai risultati troppo spesso fallimentari, al fine di configurare scenari futuri migliori



A cura dei Coordinatori Macro-Regioni
Settore Anaaio Giovani



SILVIA PORRECA
Responsabile AG
Puglia e
Coordinatrice
Macro-Regione
Sud e Isole (Puglia,
Basilicata,
Campania,
Calabria, Sicilia,
Sardegna)



**FEDERICO
MASSERANO ZOLI**
Responsabile AG
Lombardia e
Coordinatore
Macro-Regione
Nord (Valle d'Aosta,
Piemonte, Liguria,
Lombardia,
Provincia di
Bolzano, Provincia
di Trento, Friuli
Venezia Giulia,
Veneto)



VINICIO RIZZA
Responsabile AG
Abruzzo e
Coordinatore
Macro-Regione
Centro (Toscana,
Emilia-Romagna,
Marche, Umbria,
Abruzzo, Molise,
Lazio)

L'organigramma del nostro sindacato prevede un Settore Giovani che, con tre Coordinatori di Macro-Regione, Nord, Centro e Sud e un Responsabile per ogni Regione italiana, permette e ha permesso l'analisi puntuale e reale delle difficoltà che il giovane medico riscontra nel momento in cui mette piede nel mondo del lavoro e inizia a confrontarsi non solo con le difficoltà proprie dell'*ars medica* ma anche con tutte quelle problematiche relative al contratto di lavoro, alle condizioni e alla gestione del lavoro, alla formazione, alla sicurezza, alla speranza di carriera, alla previdenza e non per ultimo alla tutela della famiglia.

Dall'analisi eseguita confrontando le necessità e le carenze delle tre Macro-Regioni, relativamente al Nord, Centro e Sud Italia, si evince che le problematiche rilevate ed analizzate risultano essere simili anche per le decisioni governative centrali che mettono a dura prova la tenuta del nostro Ssn. Il tutto è aggravato dalla libera interpretazione delle norme con una distribuzione a macchia di leopardo nell'applicazione delle stesse. Il feroce e progressivo de-finanziamento della Sanità pubblica ha portato ad un'involuzione progressiva di un sistema che oggi appare vicino al collasso; già da tempo era stata prevista la carenza di personale dovuta ad una gobba

pensionistica inevitabile e che associata al mancato turn over di assunzioni ha portato ad una seria crisi nelle dinamiche di sostenibilità del nostro Ssn. La carenza di personale cronica che viviamo nelle aziende presso cui lavoriamo ha determinato una severa vanificazione di quanto disposto dai D.Lgs 66/2003 e D.Lgs 133/2008 in materia di organizzazione dei turni di lavoro: molto probabilmente è sfuggito al legislatore ed ai governatori che una pianta organica completa permette di avere 11 ore di riposo nelle 24 ore per ogni lavoratore; e probabilmente è sfuggito anche che esiste la possibilità legislativa di non superare l'orario massimo di ore lavorative previste per il periodo settimanale, di poter usufruire dei riposi settimanali previsti, di poter pianificare le ferie nei modi dovuti, di poter rivalutare il ruolo della donna e della famiglia, di evitare la violazione della legge con turni di pronta disponibilità pomeridiana e non per ultimo, in quanto ad importanza, di poter pianificare le ore da dedicare alla formazione anche in base ai target da raggiungere a vantaggio sia del personale che dell'azienda. Tali 'sviste' sono presenti, con modalità abbastanza omogenee su tutto il territorio italiano. Spesso si sente dire, da colleghi "anziani", che la formazione si basa sulle ore trascorse in ospedale, tradotto "più stai



in ospedale più hai da vedere e da imparare”; ma a questa verità bisogna aggiungere che considerata l’ampia letteratura, la possibilità di ricorrere a simulazioni con la disponibilità della realtà aumentata, la formazione non può essere classificata come una “tegola che improvvisamente cade in testa” ma deve essere ben pianificata sia nell’ambito universitario che ospedaliero, anche a fronte di evitare lo sfruttamento di risorse umane che, se oggi, vengono ingiustamente considerate come risorse di bassa manovalanza, un domani saranno le risorse su cui reggere la gestione delle dinamiche proprie del Ssn.

La mancata pianificazione nella formazione, sia in ambito universitario che ospedaliero, per assenza di target universitari ed aziendali da raggiungere e attuare, è confermata inoltre dalla mancanza di medici specialisti. In diverse Regioni si è verificata una nuova forma di sistema sanitario ibrido tra Ssn e sanità privata; diverse sono ormai le Aziende Ospedaliere che firmano appalti con cooperative in grado di fornire dei medici in “affitto” per alcuni giorni a tamponamento di carenze previste e prevedibili di personale, ottenendo risultati pessimi nella gestione delle singole unità operative e nell’out-come ospedaliero. Allo stato attuale, nonostante il depauperamento del personale sanitario,

l’applicazione della Legge Madia (comma 1 dell’art. 20 del D. Lgs 75/2017), per la stabilizzazione del personale non di ruolo, non avviene in modo omogeneo nelle varie Regioni, con una inevitabile ricaduta negativa sulle condizioni di lavoro dei Dirigenti Medici. In alcune realtà il mancato rispetto della normativa ha provocato la perdita di professionalità regionali (chiusura di unità operative) accentuando la fuga dei medici verso la sanità privata; il tutto associato alla mancanza di percorsi snelli in grado di facilitare l’immissione dei giovani neo-specialisti nel Sistema Sanitario Nazionale a colmare quelle gravi carenze che potrebbero rappresentare la concretezza del rischio dell’interruzione di pubblici servizi.

Il pessimismo generale che avvolge il nostro Ssn è confermato dalla desertificazione dei concorsi per dirigenti medici per scarsa attrattiva motivazionale; infatti è ormai noto che il numero dei medici specialisti, soprattutto nei presidi Spoke e nei presidi posti in aree disagiate, è in calo rispetto al fabbisogno nella concretizzazione di un vero e proprio disamoramento per una professione che sempre più è inficiata da contenziosi medico-legali.

La carenza di risorse non solo impedisce l’assunzione e stabilizzazione del personale medico ma sempre più spesso impedisce l’aderenza alle linee guida a discapito di un’ottimale assistenza sanitaria. L’aderenza concreta ai Pdta, soprattutto in periferia, è notevolmente inficiata dal rapporto pessimo tra territorio e struttura sanitaria, tra strutture Hub e strutture Spoke, specie se si considera che nella gestione delle risorse della struttura sanitaria non si considera la pianificazione di Pdta che tengano conto non solo dell’epidemiologia ma anche delle necessità geografiche del territorio stesso e delle figure professionali a disposizione.

Nell’ambito di queste problematiche non ha minor peso il tema riguardante la sicurezza dei dirigenti medici. Sicurezza non solo in termini di ambiente di lavoro, carico di lavoro e salute del lavoratore ma anche in termini di tutela dalle aggressioni verbali e fisiche conseguenti a quella frustrazione dei cittadini frutto di una stampa volta sempre più a screditare l’operato dei medici in qualsiasi momento vi sia quel sospetto di malasana non sempre dimostrato e dimostrabile.

Il tema della sicurezza peraltro, appare di maggiore rilevanza laddove le condizioni di offerta sanitaria sono peggiori in termini di tempi di attesa, funzionamento dei presidi di emergenza-urgenza.

“
La carenza di risorse non solo impedisce l’assunzione e stabilizzazione del personale medico ma sempre più spesso impedisce l’aderenza alle linee guida a discapito di un’ottimale assistenza sanitaria

Da cosa parte e cosa propone AG



Anaao Giovani propone la rivisitazione dell’organizzazione nella gestione delle risorse umane e della loro formazione medica e sindacale, al fine di creare un concetto di squadra in ambito lavorativo in cui ognuno abbia le proprie responsabilità e possibilità di crescita nel rispetto delle norme vigenti. Naturalmente è necessario cambiare l’accezione del termine “responsabilità” in quanto essa non debba significare “è colpa di” in caso di fallimento o “è merito di” in caso di successo, ma indichi che dietro ogni singolo lavoratore c’è il lavoro e il rispetto di colleghi che siano in grado di dare forza nel fallimento e di dare condivisione al successo.

Si propone, inoltre, la riduzione del carico di burocrazia crescente che erode la stessa arte medica specie se associato ad un organico medico sempre più esiguo, a dei medici sempre più a rischio di burnout e a pazienti che si sentono decisamente abbandonati. Nel concreto sarebbe utile istituire un tavolo tecnico permanente che permetta un’analisi costante e progressiva delle problematiche del sistema formativo, dei fabbisogni del Ssn e delle necessità dei Dirigenti medici in correlazione ai tempi, in modo da avviare la strada per un Ssn efficace, efficiente e competitivo. Infine è da tempo prerogativa dell’Anaao Giovani e lo sarà ancora, la salvaguardia della qualità formativa del giovane medico. Occorre infatti una profonda rivisitazione del sistema formativo italiano che permetta al medico di poter operare in strutture ospedaliere già durante il percorso formativo al fine di poter forgiare una nuova generazione di colleghi di qualità.

Senza la corretta programmazione dei fabbisogni assistenziali, senza un concreto investimento in termini economici e programmatori, il sistema sanitario pubblico è destinato purtroppo ad implodere, per questo l’Anaao Assomed, anche attraverso il suo Settore Giovani continuerà a vigilare sulle condizioni di lavoro, studiare metodologie possibili di risoluzione delle problematiche, presentare proposte attive e concrete nell’ottica di un continuo miglioramento del sistema sanitario pubblico.



Metagenomica e diagnostica microbiologica: una sfida per il laboratorio del futuro



MARTINA RUECA

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



MARIA ROSARIA CAOBIANCHI

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

La nascita della Biologia Molecolare ha caratterizzato la seconda metà del Novecento ed ha permeato tutte le discipline biologiche portando con sé una vera e propria rivoluzione tecnologica. Essa ha segnato la scoperta dei meccanismi fondamentali che operano in tutte le cellule e ne controllano e regolano i processi. In quegli anni l'avanzamento tecnologico e l'incremento delle conoscenze infatti sono andati di pari passo, conducendo la comunità scientifica ad una conoscenza sempre più approfondita dei fenomeni biologici che interessano le macromolecole che compongono le cellule; questo ha permesso la costruzione delle solide fondamenta sulle quali oggi si basa la gran parte delle branche della biologia e della medicina.

Da quando Francis Crick nel 1958 ha formulato il dogma centrale della biologia molecolare che postula il flusso dell'informazione dal Dna alle proteine, attraverso la trascrizione dell'Rna, l'attenzione nel campo della ricerca si è concentrata sullo studio degli acidi nucleici: Dna, detentore dell'informazione genetica e responsabile del trasferimento dei geni alle cellule figlie; Rna, responsabile dell'espressione delle proteine de-

“

Negli anni Ottanta si sono sviluppate molte delle tecnologie ad oggi in uso negli ambiti di ricerca e diagnostica molecolare che interessano varie discipline

poste alle funzionalità cellulari. Da qui nasce l'interesse atto a decifrare l'informazione nascosta all'interno della struttura a doppia elica del Dna, fino ad arrivare alla risoluzione del codice genetico. Ad intricare il quadro, si aggiunge la scoperta di complessi meccanismi, operati dagli acidi nucleici in unione con particolari proteine, prefissi alla regolazione dell'espressione genica.

Negli anni Ottanta si sono sviluppate molte delle tecnologie ad oggi in uso negli ambiti di ricerca e diagnostica molecolare che interessano varie discipline. Inoltre sono nati diversi filoni di ricerca volti al sequenziamento del Dna, il cui punto di svolta venne segnato dal lavoro di Frederick Sanger, padre del sequenziamento di I generazione basato sul metodo dei terminatori di catena (metodo Sanger). Esso permette di conoscere la sequenza di un frammento di Dna, precedentemente amplificato con l'utilizzo di primers specifici; gli stessi vengono utilizzati nella reazione di sequenza insieme a nucleotidi modificati chimicamente che terminano la reazione di polimerizzazione del Dna, dando luogo alla formazione di frammenti di diverse lunghezze. I nucleotidi terminatori di catena, che nel metodo Sanger moderno sono marcati con diversi fluorofori, fanno sì che i frammenti, separati per elettroforesi capillare, siano riconosciuti da appositi macchinari che traducono l'informazione di sequenza in grafici visualizzabili al computer.

Un punto di svolta importante è da riconoscersi nel lancio del programma di sequenziamento del genoma umano avvenuto nel 1986 e terminato nel 2001, il quale ha portato all'ampliamento delle conoscenze sull'informazione genetica nonché ad un notevole incremento delle tecnologie che continua anco-

ra oggi. Esso ha inoltre contribuito notevolmente allo sviluppo della ricerca bioinformatica, portando alla nascita di software in grado di gestire immense quantità di dati di sequenza e favorendo la creazione di banche dati (come GenBank).

L'introduzione delle tecniche di sequenziamento di nuova generazione, Ngs (Next Generation Sequencing), nel primo decennio del 2000 ha rivoluzionato completamente l'approccio al sequenziamento del Dna. Queste tecnologie, a differenza del metodo tradizionale in cui si può sequenziare solo un frammento per volta, consentono l'estensione del processo a moltissimi frammenti contemporaneamente che vengono sequenziati in parallelo ed in modo rapido; per questa ragione vengono anche dette tecniche di sequenziamento ad alta resa (High-throughput). Per poter essere sequenziato, il Dna viene frammentato attraverso metodi fisici, o enzimatici; successivamente i frammenti ottenuti vengono legati a degli adattatori (frammenti di DNA che sono riconosciuti ed utilizzati dal macchinario preposto al sequenziamento) e subiscono un passaggio di amplificazione. Questi frammenti, che costituiscono la libreria di sequenziamento, servono da stampo per la sintesi di altri frammenti complementari, chiamati reads. A seconda delle esigenze è possibile impostare il sistema per ottenere il numero desiderato di reads necessarie allo scopo dell'analisi stessa. Il passaggio finale e molto complesso è quello di analisi dell'enorme numero di informazioni ottenute (milioni di sequenze) che richiede grande potenza computazionale per analizzare e allineare le reads con sequenze di riferimento presenti nei database. Sono molti gli ambiti che hanno beneficiato dei progressi del sequenziamento, primo tra tutti quello biomedico; le tecnologie NGS permettono di ottenere un panorama completo sulla variabilità genetica tra gli individui ed anche tra i diversi tessuti di uno stesso individuo; questo porta grandi implicazioni e sviluppi nello studio delle malattie genetiche e in ambito oncologico, campi dove si concentrano un gran numero di studi e nei quali i software e i tool bioinformatici si vanno via via affinando e semplificando, rendendo l'analisi sempre di più facile risoluzione.

Oltre alla genetica umana queste analisi vengono applicate allo studio del genoma di qualsiasi specie vivente; questo rende il sequenziamento di nuova generazione uno strumento chiave per

“
Per poter essere sequenziato, il Dna viene frammentato attraverso metodi fisici, o enzimatici; successivamente i frammenti ottenuti vengono legati a degli adattatori (frammenti di DNA che sono riconosciuti ed utilizzati dal macchinario preposto al sequenziamento) e subiscono un passaggio di amplificazione

molti campi di studio che includono la microbiologia e la virologia. In particolare la tecnologia Ngs si sposa all'analisi metagenomica, una scienza che studia l'insieme dei diversi materiali genetici (metagenoma) presente in un dato campione. Questo approccio apre la strada a numerosi studi che riguardano la componente microbiologica (microbioma) e virologica (viroma) di diversi distretti corporei. Il metagenoma della comunità microbica che è ospitata nel corpo umano possiede nel complesso una quantità di geni che è considerata approssimativamente 100 volte più grande di quella contenuta nel genoma umano. Questa grande e diversificata collezione di geni potrebbe nascondere un gran numero di funzioni biologiche e biochimiche la cui conoscenza, in condizioni di salute e patologia, potrebbe rivelare grandi potenzialità dal punto di vista biomedico e della diagnosi delle malattie ad eziologia infettiva. Nel caso della metagenomica batterica, l'analisi in questione può essere effettuata tramite l'utilizzo di sequenze target conservate ed universali, come l'Rna ribosomale 16s. Esso è tradotto da una regione del genoma batterico che risulta abbastanza conservata da poter essere utilizzata per amplificare il DNA, grazie all'utilizzo di primers specifici, ma che allo stesso tempo contiene alcune regioni con un grado di variabilità abbastanza alto da permettere l'identificazione di genere e di specie dei batteri presenti nel campione.

D'altro canto per lo studio del viroma l'analisi è maggiormente complessa, in quanto non esistono nel genoma dei virus (che sia ad Rna o a Dna) regioni conservate universalmente che possano essere sfruttate per l'identificazione; dunque l'unico approccio possibile è quello che prevede il sequenziamento della totalità del materiale genetico presente all'interno del campione (approccio Shot-gun). Questo pone grandi sfide per quanto riguarda l'analisi bioinformatica delle informazioni ottenute, in quanto tra le sequenze risultanti più del 90% è occupato da sequenze di Dna appartenenti all'ospite; dunque aumenta la difficoltà di rilevazione di sequenze virali presenti nel campione che rappresentano una piccolissima parte di quest'ultimo. Ciò implica che l'analisi dei risultati richieda lo sviluppo di strumenti per l'analisi bioinformatica sempre più raffinati.

Gli sviluppi di questo approccio sono promettenti dal punto di vista della diagnostica virale e possono essere utiliz-

zati per analizzare campioni di pazienti affetti da patologie la cui eziologia rimane sconosciuta. L'analisi metagenomica ha un grosso potenziale nell'identificazione di sequenze virali, anche appartenenti a quei virus, non ancora conosciuti, che potrebbero essere troppo divergenti da quelli noti e che quindi non possono essere identificati tramite l'utilizzo di tecniche di amplificazione di sequenze note. Il campo dell'analisi metagenomica tramite sequenziamento di nuova generazione per la caratterizzazione del viroma di diversi distretti corporei pone continuamente nuove sfide nell'ambito della ricerca ed è in continuo divenire e grande espansione. Dunque le potenzialità di questo metodo avanguardistico potrebbero portare alla scoperta di nuovi agenti patogeni e/o all'identificazione di virus che non ci si aspetta di trovare in un determinato distretto corporeo o area geografica e che quindi non sono ricercati con le tecniche diagnostiche utilizzate di routine. Si conclude quindi che gli sforzi che la comunità di biologi e bioinformatici sta affrontando oggi nel cercare di risolvere la difficoltosa analisi della componente virale del corpo umano, potrebbe contribuire significativamente ad implementare i protocolli e le procedure della diagnostica di domani.

Prima che tali approcci siano veramente fruibili nella realtà diagnostica sarà necessario sviluppare protocolli tecnici e strumenti di analisi standardizzati e facilmente trasferibili dall'ambito della ricerca all'ambito applicativo. Questo rappresenta uno sforzo enorme nel quale si stanno cimentando moltissimi gruppi di ricerca, in sintonia con le ditte che intendono investire nella diagnostica del futuro raccogliendo la sfida dell'innovazione tecnologica.

Come già avvenuto per le applicazioni di Ngs alla diagnostica genetica, accanto alla sfida tecnologica si accompagna la sfida dell'utilizzo delle informazioni, che riveste ambiti etici di non facile gestione, come l'emergere di informazioni inattese, le cosiddette "incidental findings", che per la microbiologia possono consistere nell'evidenziazione di infezioni non sospettate, potenzialmente foriere di delicato contenuto medico e sociale.

In conclusione, il futuro della diagnostica microbiologica potrebbe essere rappresentato come un vaso di Pandora, da gestire con delicatezza e rispetto, affinché il suo contenuto si riveli come una risorsa anziché risolversi in una tempesta ingestibile.

Lo sciopero della dirigenza medica e sanitaria del 23 novembre

FRANCO VERDE

Coordinatore provinciale Anaa Napoli

Negli ultimi anni da parte delle Istituzioni è forte una linea di disintermediazione, non ascolto ed emarginazione nei confronti di sindacati ed associazioni di categoria, ma in occasione dello sciopero nazionale del 23 novembre gli ospedali sono stati sbarrati ed in Campania, l'Anaa sindacato più rappresentativo della dirigenza medica e sanitaria, guidato da Enzo Bencivenga ha contribuito in maniera significativa alla riuscita dello sciopero, ciò a testimonianza che la disintermediazione non porta lontano.

Infatti in quella giornata una straripante folla di dirigenti medici e sanitari del Ssn si sono ritrovati in via Santa Lucia sotto la sede della regione Campania.

C'erano tutti: giovani e meno giovani, sindacalisti anziani e non, precari e strutturati, tanti uomini e soprattutto tantissime donne, queste ultime il vero nerbo emergente del sistema pubblico sanitario.

Tutti erano in sciopero e tanti si trovavano in via Santa Lucia dopo avere

Segue a pag. 16

Le perplessità sulla riorganizzazione di un sistema complesso



**MAURIZIO
CAPPIELLO**
Consigliere
Nazionale Anaa
Assomed

Il Pronto soccorso ed in particolare il triage nella loro concezione più storica nascono in epoca napoleonica quando sui campi di battaglia i soccorsi venivano effettuati dai medici militari utilizzando già dei criteri di priorità in particolare per i traumatismi da ferita.

Si è evoluto poi tale sistema con le due guerre mondiali e da ultimo con i conflitti di Corea e Vietnam, ciò a significare che da sempre l'assistenza è stata effettuata con criteri di priorità oggettiva.

In particolare nella legislazione italiana il triage compare nel 1996 con l'attuazione del decreto n.76/1992, da allora l'assistenza nei Pronto Soccorso italiani si è sempre basata su criteri che utilizzano dei codici colore (Bianco, Verde, Giallo, Rosso) per stabilire una priorità di cura.

Ora con le recenti proposte di riforma si stravolge questo collaudato sistema con dei codici numerici (da 1 a 5) in particolare:

Si va dal codice 1 per contraddistinguere l'emergenza con la necessità di accesso immediato, al codice 2 per l'urgenza con accesso entro i 15 minuti, codice 3 per l'urgenza differibile con accesso entro 60 minuti, codice 4 per l'urgenza minore con accesso entro i 120

minuti, fino al 5 per la non urgenza con un accesso che dovrà avvenire entro i 240 minuti.

Per le urgenze definite minori si userà il modello See and Treat con presa in carico da parte degli infermieri, mentre per l'Obi (Osservazione Breve Intensiva) si è codificata una permanenza minima di 6 ore che non potrà superare le 36 ore complessive.

Le prime perplessità riguardano i limiti temporali imposti, che per le priorità maggiori (codice 1, 2 e 3) trovano sicuramente applicazione, ma per i codici minori non sono sempre di facile applicazione visto il diffuso fenomeno dell'overcrowding nelle strutture di pronto soccorso del nostro paese, questa riforma se applicata così com'è potrebbe diventare uno strumento di denuncia tutte quelle volte che per fattori contingenti di sovraffollamento non si riescono ad accettare i pazienti entro i tempi stabiliti.

Fermo restando che l'attesa in pronto soccorso non deve superare le 8 ore, stabilire che deve scattare il ricovero dopo tale permanenza sembra davvero poco proponibile, in primis perché nei dipartimenti di emergenza, soprattutto ad alto flusso, ci sono sempre pazienti in attesa di ricovero, già

Segue a pag. 16



Sulla responsabilità d'equipe

La responsabilità d'equipe vale anche per il componente che si sia assentato per non giustificati motivi

**Cassazione Penale
Sezione IV
Sentenza n. 54573/2018**

La responsabilità d'equipe vale anche per il componente che si sia assentato per non giustificati motivi. Il caso riguarda un aiuto chirurgo assentatosi prima del termine di una complessa operazione chirurgica durante la quale per errore è stata dimenticata una garza nel paziente che ha causato infezione. La Cassazione ha respinto il ricorso del medico ritenendo vi fosse una sua corresponsabilità in quanto non poteva non rendersi conto della stanchezza psico-fisica del primo chirurgo e il fatto che si fosse allontanato nella fase finale dell'intervento, non aveva giustificazioni né in alcuna altra esigenza professionale, né nel fatto di non essere indispensabile poiché l'operazione era di notevole complessità e durata.

Sulla responsabilità

Il valore delle linee guida

**Cassazione Civile
Sezione III
Ordinanza n. 30998/2018**

La Corte di Cassazione ha ridimensionato il valore da attribuire alle linee guida nei giudizi di responsabilità medica. Esse rappresentano uno strumento per valutare la condotta del medico in un modo che non può tuttavia prescindere dall'analisi del caso concreto. Le linee guida pertanto non assurgono a parametro rigido e insuperabile di valutazione del comportamento del medico. Nel caso di specie si controverteva sulla riduzione della somministrazione di eparina, che i parenti di un paziente avevano tentato di porre alla base di

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

una trombosi venosa. Il comportamento del medico si discostava dalle linee guida applicate in casi analoghi ma nella fattispecie ha trovato giustificazione in particolari circostanze, tali per cui il comportamento del medico non poteva reputarsi colposo.

Le linee guida e le buone pratiche

**Cassazione Penale
Quarta Sezione Penale
Sentenza n. 47748/2018**

Linee guida e buone pratiche non sono la stessa cosa. A ribadirlo la Cassazione penale nell'ambito di una sentenza che vedeva coinvolti alcuni sanitari a seguito del decesso di un paziente per una omessa corretta e tempestiva diagnosi che ha impedito l'esecuzione dell'intervento chirurgico che gli avrebbe potuto salvare la vita. In ogni caso prima che l'iter di approvazione delle nuove linee guida della legge Gelli-Bianco sia concluso il riferimento resta l'articolo 590-sexies che richiama le buone pratiche clinico assistenziali per trarre indicazioni di carattere interpretativo. Quando le linee-guida saranno emanate, saranno loro "il fulcro dell'architettura normativa e concettuale in tema di responsabilità sanitaria penale". Ma in caso di negligenza e imperizia scatta comunque la condanna.

L'urgenza vale più di best practice e linee guida

**Cassazione Penale
Sentenza n. 43794/2018**

Urgenza e condizioni disperate del paziente valgono più di best practice e li-

nee guida. La Cassazione ha confermato la sentenza della Corte d'Appello che ha ritenuto non responsabile il medico di guardia medica di un'isola, anche se la sua condotta non è in linea con la buona pratica, per la morte da infarto di un paziente la cui situazione era già gravemente compromessa a livello cardiologico. Il principio di immediatezza agisce come fondamentale, ma non indispensabile, connotato del contraddittorio e non è affatto dotato di valenza costituzionale autonoma, subendo anzi svariare, e del tutto giustificate, deroghe nella disciplina processuale ordinaria.

Asl condannabile per malasanità anche se chiama in causa il medico

**Cassazione Civile
Sezione III
Sentenza n. 30601/2018.**

Asl condannabile per malasanità anche se chiama in causa il medico. La Corte d'Appello prima e la Cassazione poi (sentenza 30601/2018) hanno respinto il ricorso di un'azienda sanitaria che dopo essere stata condannata ha chiamato in giudizio per l'intervento non riuscito il medico che l'aveva eseguito. L'estensione automatica del giudizio nei confronti del medico sarebbe scattata se l'Asl non l'avesse chiamato "a garanzia", ma indicandolo come unico vero responsabile del danno.

Sul consenso informato

Anche i "rischi minimi" devono rientrare nel consenso informato

**Cassazione Civile
Sezione III
Sentenza n. 30852/2018.**

Anche i rischi "minimi" per un paziente devono rientrare nel consenso informato. Il rischio minimo non giustifica un consenso informato incompleto. Il paziente che si sottopone a intervento chirurgico deve essere sempre messo al corrente dei possibili rischi derivanti dall'operazione, anche se sono minimi. Lo chiarisce la Cassazione con l'ordinanza n. 30852/2018.

Segue a pag. 16



Lo sciopero della dirigenza medica e sanitaria del 23 novembre

espletato un turno notturno. Mi sono domandato, vedendo questa folla, come mai tanta gente così diversa? Cosa li accomuna nel partecipare a questo sciopero?

Certamente la condivisione di una linea sindacale riformista al contempo costruttiva, ma se necessario pronta alla mobilitazione, certamente la richiesta di un rinnovo contrattuale vergognosamente fermo da molti anni e per il quale si prospettano risorse esigue, che non cambieranno la vita dei dirigenti. Penso che invece il motivo più profondo che ha portato questi professionisti in piazza sia rappresentato dal disagio lavorativo che si vive quotidianamente nelle strutture sanitarie pubbliche in cui si lavora.

Ospedali poco sicuri per i pazienti e per i medici, che vengono esposti ad ogni tipo di responsabilità civile e penale; carenze di organico che costringono a turni molto duri e numerosi e che incidono sulla qualità del lavoro e del privato personale; forte tasso di precarietà; iperburocratismo che obbliga la dirigenza a funzioni improprie spesso limitanti la loro capacità professionale; la prospettiva secondo la quale entro il 2023 circa 20.mila medici pubblici andranno in quiescenza e le difficoltà a sostituirli sia per il blocco del turnover sia per la mancanza di una riforma moderna degli studi di medicina; l'anteposizione da parte dello stato in tutte le sue articolazioni della logica economica rispetto alle esigenze del cittadino-paziente.

Si potrebbe continuare in quest'analisi ma esprimo un'ultima considerazione: il web è un grande strumento d'innovazione che può avere valenza costruttiva o viceversa disgregante.

Orbene, a parer mio, quella manifestazione è stata un felice sodalizio tra la chiamata a raccolta tramite web e la coscienza sensibile ed al contempo sofferente di tanti dirigenti medici e sanitari ancora innamorati del loro lavoro ed esasperati dalle condizioni in cui lo svolgono, ma sempre conservando quella passione per la professione più umana e bella del mondo: l'ars medica.

“**Ospedali poco sicuri per i pazienti e per i medici, che vengono esposti ad ogni tipo di responsabilità civile e penale; carenze di organico che costringono a turni molto duri e numerosi e che incidono sulla qualità del lavoro e del privato personale; forte tasso di precarietà; iperburocratismo che obbliga la dirigenza a funzioni improprie; prospettiva secondo la quale entro il 2023 circa 20.mila medici pubblici andranno in quiescenza e le difficoltà a sostituirli; l'anteposizione da parte dello stato in tutte le sue articolazioni della logica economica rispetto alle esigenze del cittadino-paziente**”



Le perplessità sulla riorganizzazione di un sistema complesso

valutati sia da un punto di vista clinico che diagnostico, quindi con una priorità di ricovero rispetto a pazienti che pur presi in carico ed in attesa da ore rappresentano sicuramente una minore complessità, inoltre tale indicazione andrebbe a sovraccaricare ulteriormente i reparti di degenza già con pochi posti letti per la politica dei tagli che ha caratterizzato gli ultimi anni di spending review, lo stesso in via in Obi è contestabile per la “mission” a cui è chiamata questa articolazione del pronto soccorso in quanto costituisce una modalità di gestione delle emergenze-urgenze per pazienti con problemi clinici acuti ad alto grado di criticità ma a basso rischio evolutivo, oppure a bassa criticità ma con potenziale rischio evolutivo.

Si giudica poi insufficiente che nelle ore notturne la presenza del medico in OBI sia assicurata dal personale del pronto soccorso, ciò in contraddizione con il principio che l'osservazione breve deve durare al massimo 36 ore, in quanto al netto della carenza di personale non si può ipotizzare di istituzionalizzare l'assenza di personale medico nelle ore notturne, sia per la sicurezza del paziente che per garantire il turnover delle postazioni letto. La riorganizzazione di un sistema così complesso non può inoltre prescindere da una integrazione con il territorio di cui tanto si parla ma poco si fa.

Infine in questo gruppo di lavoro del ministero della Salute non si evincano professionalità che lavorano sul campo come di dirigenti medici ed infermieri di triage o pronto soccorso, figure che possono portare con il loro contributo esperienze concrete e vissute su come si gestisce un pronto soccorso.

Questa bozza di riforma rappresenta una ipotesi di progetto e per quanto le linee di indirizzo generali sono già datate al 27 settembre si confida in una attenzione da parte del gruppo di lavoro a quanto suggerito.

Intervento d'urgenza, paziente deve provare che avrebbe rifiutato

Cassazione Civile Ordinanza n. 31234/2018.

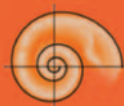
In caso di intervento d'urgenza, il paziente deve provare che avrebbe rifiutato. Grava sul paziente che chiede all'ospedale e ai medici il risarcimento del danno alla salute, «determinato dalle non imprevedibili conseguenze di un atto terapeutico», «necessario e correttamente eseguito», allegare e dimostrare che egli avrebbe rifiutato quel determinato intervento se fosse stato adeguatamente informato.

Legge 104

I permessi sono utilizzabili non solo per assistenza “fisica”

Cassazione Civile Sezione Lavoro Ordinanza n. 23891/2018.

La Corte di Cassazione, con ordinanza n. 23891 del 2 ottobre 2018, precisa che i permessi per l'assistenza ai disabili garantiti dalla legge n. 104/1992 non sono utilizzabili solamente per l'assistenza “fisica” al disabile, svolta presso la sua abitazione, ma possono essere utilizzati dal lavoratore che ne fa richiesta anche per svolgere attività che il disabile non può compiere in autonomia, come ad esempio effettuare la spesa, fare prelievi e versamenti o altre commissioni. Il licenziamento intimato dall'azienda per la fruizione dei permessi per scopi personali e non per l'assistenza al disabile, pertanto, è da ritenersi illegittimo, in quanto le attività compiute dal lavoratore sono state effettuate nell'interesse del parente disabile, fatto che le rende coerenti con la finalità della norma di cui alla legge n. 104/92.



FONDAZIONE PIETRO PACI

LA FORMAZIONE AL TOP!

WWW.FONDAZIONEPIETROPACI.COM

*IL SITO NUMERO 1
PER CREDITI ONLINE*

4.300
PROFESSIONISTI
FORMATI

76
CORSI
EROGATI

230
CREDITI
ONLINE



Servizi Anaaao Assomed

A DISPOSIZIONE DEGLI
ISCRITTI UN AVVOCATO
PER LA CONSULENZA E
DIFESA STRAGIUDIZIALE



06 4245741

lunedì mercoledì venerdì



spedisci il tuo quesito a
servizi@anaao.it