

# d!

## dirigenza medica

**5** **Legge bilancio 2018**  
Tutte le misure per sanità,  
personale e sociale.  
Duro il giudizio delle  
organizzazioni sindacali

**13** **Legge sulla responsabilità  
professionale**  
Intervista a Federico Gelli

Il mensile dell'Anaa Assomed

**ANAAO** ASSOMED  
ASSOCIAZIONE MEDICI DIRIGENTI

# 2018

# LA PROTESTA

# NON SI FERMA

## 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](mailto:dirigenza.medica@anaao.it)  
[www.anaao.it](http://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 dicembre 2017

# e!

editoriale

## Grazie

Carissimi, desidero innanzitutto ringraziarvi per aver creduto e sostenuto l'ennesima battaglia della nostra Associazione partecipando, al di sopra di ogni aspettativa, allo sciopero del 12 dicembre scorso, e costruendo una serie di iniziative locali, di vario genere, con le quali abbiamo calamitato l'attenzione dei media e della politica sulla sanità e sui problemi dei professionisti che denunciavamo da anni.

L'ampia copertura mediatica, testimoniata da un elenco di citazioni lungo cinque pagine, certifica che le iniziative unitarie riescono a scalfire il muro dell'indifferenza con la forza delle nostre ragioni. Che sono poi le ragioni del sistema sanitario pubblico in cui si svolge la nostra vita professionale a tutela della salute dei cittadini.

Stavolta lo sforzo e il sacrificio, anche economico, che abbiamo sopportato con una giornata di astensione dal lavoro, hanno prodotto risultati. La legge di bilancio 2018 ha deciso uno stanziamento di risorse aggiuntive al nostro salario accessorio, sia pure a valere dal 2019; ha dato forza di legge alle norme della Circolare Madia che consentono di stabilizzare anche il precariato dei medici e dei dirigenti sanitari; ha allargato le maglie delle assunzioni per le Regioni che hanno i conti in ordine.

Non è molto, forse, e soprattutto non si traduce in cambiamenti tangibili ed immediati. Ma non è poco, visto la bocciatura dei nostri emendamenti al Senato, la difficoltà di inserirsi in una manovra fatta di bonus, anche micro, e l'assenza di peso politico del ministero della Salute nei confronti delle onnipotenti Commissioni Bilancio.

Ma noi non ci accontentiamo, non possiamo accontentarci, e manterremo l'iniziativa affinché il rinnovo del Ccnl esca dallo stallo in cui si trova da 8 anni per dare il giusto riconoscimento economico e normativo al nostro lavoro, garantendo un esercizio professionale meno gravoso e meno rischioso.

Per questo la nostra protesta, iniziata a novembre con le assemblee negli ospedali e con la manifestazione nazionale a Roma, proseguita poi con lo sciopero del 12 dicembre, non si esaurisce qui. Lo sciopero nazionale di 48 ore proclamato da tutte le organizzazioni sindacali della dirigenza medica e sanitaria per i giorni 8 e 9 febbraio 2018 è ancora in piedi ed è nostra intenzione utilizzarlo per costringere le Regioni a non sfuggire ai loro doveri di datori di lavoro e portare dentro la campagna elettorale le legittime rivendicazioni dei professionisti, le ragioni della sanità pubblica e del diritto alla salute dei cittadini.

Che l'anno nuovo ci sia propizio.

**COSTANTINO TROISE**

*Segretario Nazionale  
Anaa Assomed*



Dopo il successo  
dello sciopero  
del 12 dicembre

**LA PROTESTA NON SI FERMA**

**SCIOPERO 8 E 9 FEBBRAIO**

**Per la sanità pubblica, per migliori condizioni  
di lavoro e di sicurezza dei cittadini  
per il contratto di lavoro**

**Lo avevano promesso.** E viste le molte ombre e le poche luci contenute nella legge di bilancio, la vertenza salute, iniziata a novembre con le assemblee negli ospedali, si arricchirà di una ulteriore tappa con lo sciopero di 48 ore l'8 e 9 febbraio 2018

**La larga adesione** dei medici, veterinari e dirigenti sanitari all'iniziativa del 12 dicembre, fino a punte dell'80%, rappresenta una chiara denuncia delle responsabilità che stanno portando la sanità pubblica al collasso e massacrando le condizioni di lavoro dei suoi professionisti. Non è stato facile decidere di non erogare centinaia di migliaia di prestazioni per un giorno, ma è stato necessario dare un segnale forte per tentare di evitare la chiusura per fallimento.

**È ormai chiaro per tutti**, tranne che per la legge di bilancio che si è persa nel meraviglioso mondo dei bonus, che la sanità pubblica è in emergenza, lasciata in una recessione perenne, esclusa dalla ripresa economica, avviata su di un piano inclinato verso la bancarotta, per aprire la strada alla intermediazio-

ne finanziaria e assicurativa. Che costerà di più e curerà di meno.

**Una manovra da 20 miliardi** ne ha destinato la metà a bonus per tutte le età e micro-provvedimenti, financo per il carnevale e per il Cnel che solo 1 anno fa veniva additato come il prototipo degli enti inutili. Ma, in continuità perversa con le precedenti, niente per arrestare lo slittamento della sanità pubblica lungo il piano inclinato che la porterà a quel 6,3% di Pil di finanziamento che ne certificherà la morte. E poco per le sue risorse umane, per alleviare il peggioramento progressivo delle condizioni di lavoro di una categoria che invecchia e che unica al mondo è costretta al lavoro disagiato oltre i 65 anni per tenere aperti i cancelli del Ssn al diritto alla salute dei cittadini. Niente in prospettiva vista l'ostinazione a non



“

La Direzione Nazionale dell'Anaao Assomed, riunitasi di recente a Roma, ha criticato il disinteresse del Governo nei confronti del rinnovo del contratto dei medici e dirigenti sanitari, colpevole di bloccare l'atto di indirizzo senza il quale non è possibile avviare le trattative, ed il boicottaggio delle Regioni che tentano di sottrarsi al loro dovere di datori di lavoro



FIRENZE



L'AQUILA



PADOVA

La protesta del 12 dicembre a Firenze, L'Aquila e Padova

volere aumentare il numero di contratti di formazione specialistica tenendo stretto un imbuto formativo in cui cresce solo la disoccupazione e sottooccupazione.

**C'è poi il capitolo contratto**, una pagina bianca che nessuno si decide a scrivere. La Direzione Nazionale dell'Anaao Assomed, riunitasi di recente a Roma, ha criticato il disinteresse del Governo nei confronti del rinnovo del contratto dei medici e dirigenti sanitari, colpevole di bloccare l'atto di indirizzo senza il quale non è possibile avviare le trattative, ed il boicottaggio delle Regioni che tentano di sottrarsi al loro dovere di datori di lavoro. L'entità delle risorse messe a disposizione del Ccnl per il triennio 2016-2018, il cui finanziamento, peraltro, privo di un riferimento specifico all'interno della legge di bi-

lancio, non è tale da arrestare l'impo-  
verimento e la dilagante demotivazio-  
ne professionale o migliorare condizioni  
di lavoro incompatibili con livelli retri-  
buitivi inchiodati al 2010. Mentre pro-  
cede la demolizione dei contratti pre-  
cedenti e il saccheggio delle nostre ri-  
sorse accessorie, oggi inferiori a quelle  
pattuite nel 2010, congelando la in-  
dennità di esclusività di rapporto ai va-  
lori del 1999, magari in nome della va-  
lorizzazione del merito e dell'incenti-  
vazione alla produttività.

**Attraverso blocchi e tagli** la catego-  
ria ha pagato un alto prezzo al risana-  
mento dei conti pubblici, in termini di  
valore assoluto, potere d'acquisto del-  
le retribuzioni e delle pensioni, ridu-  
zione e precarizzazione della occupa-  
zione, peggioramento delle condizioni  
di lavoro, non al punto, però, per il Go-

# LA PROTESTA NON SI FERMA

## SCIOPERO 8 E 9 FEBBRAIO



La protesta del 12 dicembre a Torino, Roma e Aosta

“

Attraverso blocchi e tagli la categoria ha pagato un alto prezzo al risanamento dei conti pubblici, in termini di valore assoluto, potere d'acquisto delle retribuzioni e delle pensioni, riduzione e precarizzazione della occupazione, peggioramento delle condizioni di lavoro, non al punto, però, per il Governo, da evitare l'innalzamento della età di quiescenza come altre categorie del mondo sanitario.

verno, da evitare l'innalzamento della età di quiescenza come altre categorie del mondo sanitario. Mentre le assunzioni e le stabilizzazioni di precari, annunciate con grandi squilli di trombe, appaiono ancora incerte nei tempi e nelle procedure, dotate di stanziamenti esigui rispetto al numero degli aventi diritto e alle necessità delle dotazioni organiche, ed i precari di lungo corso della ricerca sono ancora in attesa di soluzioni non punitive.

**Insomma, senza un chiaro mandato elettorale** il Governo, le Regioni ed i partiti, si stanno assumendo la pesante responsabilità politica di spingere il Paese verso una sanità duale, usando il welfare aziendale come grimaldello per abbattere l'universalismo del sistema sanitario pubblico. E l'imbutto formativo come strumento per assegnare il lavoro dei medici a segmenti produttivi meno costosi e più interessanti dal punto di vista elettorale. Nella crisi della sa-

nità il lavoro dei professionisti si svaluta sempre di più, tra congelamento dei livelli retributivi e rarefazione delle progressioni di carriere, lavoro notturno ad età sconosciute ad altre categorie e milioni di ore lavorate oltre il debito contrattuale, asfissia burocratica e ruolo di fattore produttivo da controllare. In questo quadro desolante i medici e i dirigenti sanitari si sarebbero aspettati dal Ministro della salute, non solo la solidarietà di un giorno, ma il fattivo sostegno a coloro che, in questi lunghi anni di crisi economica, si sono fatti carico di un servizio sanitario gravato da tagli lineari senza abbassare i livelli di assistenza a favore dei cittadini.

**A breve entrerà nel vivo** una campagna elettorale senza esclusione di colpi e che con ogni probabilità coinciderà con la ripresa della trattativa per il rinnovo contrattuale. L'obiettivo sarà quello di portare la professione e la sanità tra i temi prioritari della politica.

## Risorse per Ria

## Stabilizzazione dei precari

## Assunzioni nelle Regioni con i conti in ordine.

# Ma c'è “una cortina di gelo sulla sanità pubblica”

**Ha tagliato il traguardo** la legge di Bilancio 2018 approvata definitivamente, in terza lettura, il 23 dicembre scorso dall'Aula di Palazzo Madama che ha accordato la fiducia al Governo con 140 sì e 97 no

Una manovra che, grazie a modifiche apportate sul filo di lana, contiene misure per la sanità: dal finanziamento della Ria per la dirigenza medica, sanitaria e veterinaria alla stabilizzazione dei ricercatori, e altro ancora. Misure però del tutto insoddisfacenti in merito al destino della sanità pubblica, a giudizio delle organizzazioni sindacali della dirigenza medica, veterinaria e sanitaria (Anaao Assomed – Cimo – Aaroi-Emac – 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 e Veterinaria).

“Una manovra da 20 miliardi che ne ha destinato la metà a bonus per tutte le età e a micro-provvedimenti, dal giardinaggio, ai bond cuscinetto – hanno sottolineato – ma, in continuità perversa con le precedenti, niente per arrestare lo slittamento della sanità pubblica lungo il piano inclinato che la porterà a quel 6,3% di Pil di finanziamento che ne certificherà la morte. E molto poco per alleviare il peggioramento progressivo delle condizioni di lavoro di una categoria, quella dei dipendenti del Ssn, che invecchia e che unica al mondo è costretta al lavoro disagiato oltre i 65 anni per garantire il diritto alla salute dei cittadini. Niente sul futuro dei giovani vista la ostinazione a non volere aumentare il numero di contratti di formazione specialistica tenendo stret-

“

**Misure del tutto insoddisfacenti in merito al destino della sanità pubblica, a giudizio delle organizzazioni sindacali della dirigenza medica, veterinaria e sanitaria**

*(Anaao Assomed – Cimo – Aaroi-Emac – 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 e Veterinaria)*

to un imbuto formativo “grazie” al quale crescono solo disoccupazione, sottooccupazione e caporalato”.

L'iniziativa delle organizzazioni sindacali della Dirigenza Medica e Sanitaria, culminata nello sciopero nazionale del 12 dicembre, ha comunque permesso di conseguire, anche grazie all'impegno di alcuni parlamentari, alcuni risultati nel passaggio del provvedimento alla Camera: risorse aggiuntive al salario accessorio, sia pure a valere dal 2019; norme della Circolare Madia, che consentono di stabilizzare anche il precariato dei medici e dei dirigenti sanitari, trasformate in legge; maglie allargate per le assunzioni nelle Regioni con i conti in ordine.

Ma aggiungono i sindacati: “Non è sufficiente, e non producono cambiamenti tangibili ed immediati”. Occorre, però, tenere conto della bocciatura degli emendamenti per la sanità al Senato, della difficoltà degli stessi ad inserirsi in una manovra elettorale, della debolezza politica del ministero della Salute nei confronti delle onnipotenti Commissioni Bilancio. Nonché del fatto che la sanità è stata espulsa dai discorsi programmatici di ben quattro Presidenti del Consiglio e dalle agende dei loro Governi.

Ombre che diventano tenebre, poi, nel caso della deregulation nelle assunzioni concessa alla provincia di Bolzano e del passaggio, in un processo di stabilizzazione atteso da tempo, dei precari medici e dirigenti sanitari della ricerca in una area contrattuale non coerente con la loro formazione ed attività. Ombre che rappresentano la vera politica sanitaria di questi anni, priva di una idea ed una progettualità, cieca nel non vedere il baratro in cui stiamo precipitando e sorda nel non ascoltare i tanti gridi di allarme.

“Siamo ad un punto critico e il Governo che verrà non potrà non partire da qui – hanno aggiunto - dalla iniquità e dalle disuguaglianze anche territoriali e dalla volontà dei medici e dirigenti sanitari di fare tutto ciò che è in loro potere per il diritto alla cura ed il diritto a curare.

Ora tocca alle Regioni, che finora hanno garantito i Lea a nostre spese e con i nostri sacrifici, tenere fede ai loro obblighi datoriali e portare il rinnovo del Ccnl fuori dalle secche in cui è tenuto da 8 lunghi anni”.

LEGGI LA LEGGE DI BILANCIO 2018

Insomma, ultima chiamata per il Ssn: “Nei programmi elettorali si dica la verità agli italiani sul futuro che le forze in campo vorranno dare alla sanità pubblica e si diano risposte alle organizzazioni sindacali che hanno proclamato uno sciopero di 48 ore per l'8 e 9 febbraio 2018”

## Le misure per la sanità, a partire da quelle che maggiormente interessano la dirigenza Medica e Sanitaria

### Retribuzione individuale di anzianità (Ria)

Per valorizzare la presenza presso le strutture del Ssn del personale della dirigenza, con riferimento alla Ria, il Fondo sanitario nazionale viene incrementato di 30 mln nel 2019, 35 mln nel 2020, 40 mln nel 2021, 43 mln nel 2022, 55 mln nel 2023, 68 mln nel 2024, 80 mln nel 2025 e 86 mln a decorrere dal 2026. Queste risorse saranno destinate a incrementare il Fondo per il trattamento economico accessorio della dirigenza medica, sanitaria e veterinaria.

### Piramide ricercatori

Permette la stabilizzazione dei precari degli Irccs e degli istituti zooprofilattici e prevede un percorso a tappe. Un contratto a tempo determinato per ricercatori e per le figure professionali di supporto della ricerca della durata di 5 anni rinnovabili per altri 5 una sola volta e successivo possibile passaggio a tempo indeterminato nel servizio sanitario. Nel frattempo sono prorogati i contratti in essere. Sono stanziati 19 milioni per 2018, 50 milioni per il 2019 e 70 milioni per il 2020 e 90 milioni per 2021.

### Più margini di spesa per il personale del Ssn per le Regioni a posto con i conti e con i Lea

Le Regioni virtuose in alternativa all'adempimento in vigore di graduale riduzione della spesa del personale per un importo pari a quello della spesa dell'anno 2004, decurtata dell'1,4%, si introduce una possibile alternativa e cioè “il rispetto del tetto massimo determinato dalla spesa media del personale del Ssn relativo al triennio di osservazione 2015 – 2017, oltre al rispetto dell'equilibrio, ovvero un'oscillazione massima non superiore allo 0,8% rispetto all'obiettivo da perseguire”.

### Tariffe strutture ospedaliere

Si punta a far sì che le tariffe massime delle strutture che erogano assistenza ospedaliera per acuti, assistenza ospedaliera di riabilitazione e di lungode-



genza post acuzie e di assistenza specialistica ambulatoriale, nonché le tariffe delle prestazioni relative all'assistenza protesica costituiscano riferimento per la valutazione di congruità delle risorse a carico del Ssn, quali principi di coordinamento della finanza pubblica.

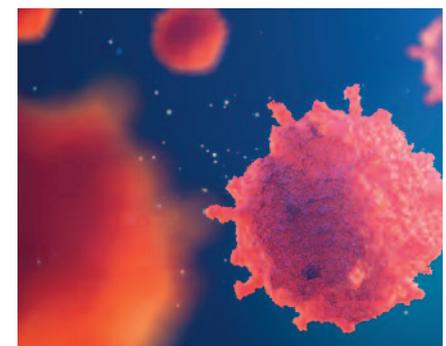
### Valorizzazione Irccs

L'obiettivo è quello di rimuovere, nel rispetto dell'equilibrio finanziario del sistema, eventuali provvedimenti normativi tesi a limitare il raggiungimento della piena capacità produttiva degli Irccs.

### Edilizia sanitaria

Vengono modificati i termini temporali delle misure contenute al comma 310 della legge finanziaria del 2006. Per razionalizzare l'utilizzo delle risorse per l'attuazione del programma di edilizia sanitaria gli accordi di programma sottoscritti dalle Regioni, decorsi 30 mesi (in precedenza erano 18) dalla sottoscrizione, si intenderanno risolti, limitatamente alla parte relativa agli interventi per i quali la relativa richiesta di ammissione al finanziamento non risulti presentata al Ministero della salute entro tale periodo temporale, con la conseguente revoca dei corrispondenti impegni di spesa.

La disposizione si applica anche alla parte degli accordi di programma relativa agli interventi per i quali la domanda di ammissione al finanziamento risulti presentata, ma valutata non ammissibile al finanziamento entro 36 mesi (in precedenza erano 24) dalla sottoscrizione degli accordi medesimi, nonché alla parte degli accordi relativa agli interventi ammessi al finanziamento per i quali, entro nove mesi dalla relativa comuni-



cazione alla regione, gli enti attuatori non abbiano proceduto all'aggiudicazione dei lavori, salvo proroga autorizzata dal Ministero della salute.

### Superticket

Viene istituito un fondo strutturale da 60 milioni l'anno per agevolare l'accesso alle prestazioni sanitarie a specifiche categorie di soggetti vulnerabili. La definizione di soggetti vulnerabili comprenderà le vulnerabilità sociali, legate al reddito, e anche quelle legate a patologie o a soggetti vulnerabili come i minori.

### Payback farmaceutico

La norma proposta impone all'Aifa di adottare nei primi mesi dell'anno 2018 le determinazioni aventi ad oggetto il ripiano dell'eventuale superamento del tetto della spesa farmaceutica territoriale e del tetto della spesa farmaceutica ospedaliera per l'anno 2016. L'obiettivo è quello di consentire alle Regioni di incassare, come previsto dalla vigente normativa, le somme loro spettanti versate dalle aziende farmaceutiche a titolo di payback.

Viene inoltre disposto che l'Aifa successivamente concluda le transazioni avviate con le aziende farmaceutiche titolari di autorizzazione all'immissione in commercio di medicinali (Aic) relative ai contenziosi derivanti dall'applicazione del decreto enti territoriali, relativi al ripiano della spesa farmaceutica territoriale ed ospedaliera per gli anni 2013, 2014 e 2015, ancora pendenti al 31 dicembre 2017.

Cambiano anche le modalità per la detrazione dell'Iva da parte delle aziende farmaceutiche oggetto di provvedimenti di ripiano della spesa farmaceutica 2016.

# LEGGEBILANCIO 2018



Infine, slitta il termine per la contabilizzazione del payback di ulteriori 45 giorni. Questo per consentire, nell'anno 2018, il completamento delle procedure relative alla determinazione da parte dell'Aifa del payback 2016 e al successivo versamento degli importi da parte delle aziende farmaceutiche alle Regioni, nonché delle relative transazioni sempre per il payback del periodo 2013-2015 e alla successiva erogazione degli importi alle Regioni.

#### **Monitoraggio degli effetti sulla spesa sanitaria dell'utilizzo dei farmaci innovativi**

In via sperimentale per il triennio 2018-2020, ai fini di un più efficiente utilizzo delle risorse e di una migliore organizzazione del Ssn, il ministero della Salute, di concerto con il Mef, avvierà un monitoraggio degli effetti dell'utilizzo dei farmaci innovativi e innovativi oncologici sul costo del percorso terapeutico-assistenziale complessivo. Il monitoraggio, senza nuovi o maggiori oneri per la finanza pubblica, sarà effettuato dal Comitato permanente per la verifica dell'erogazione dei Livelli essenziali di assistenza su una o più aree terapeutiche e sarà svolto sulla base dei dati di real world evidence e delle informazioni ricavate dai Registri dei farmaci innovativi e innovativi oncologici sottoposti al monitoraggio dell'Agenzia italiana del farmaco.

L'esito del monitoraggio, ferma restando la cornice finanziaria vigente per il Servizio sanitario nazionale, sarà funzionale alla migliore allocazione delle risorse programmate per il Ssn, ricomprendendo anche la valutazione della congruità dei fondi per i farmaci innovativi e per i farmaci innovativi oncologici.

# LEGGI BILANCIO 2018

#### **Informatizzazione del ciclo passivo degli acquisti da Ssn**

Al fine di incentivare l'efficienza e la trasparenza del sistema di approvvigionamento della pubblica amministrazione, l'emissione, la trasmissione, la conservazione e l'archiviazione dei documenti attestanti l'ordinazione e l'esecuzione degli acquisti di beni e servizi dovrà essere effettuata in forma elettronica. A tal fine, con decreti del ministro dell'Economia e delle Finanze, sentita con Agid, d'intesa con la Conferenza unificata, saranno adottati appositi regolamenti volti a disciplinare le modalità tecniche e le date di entrata in vigore delle modalità obbligatorie di invio in forma elettronica della predetta documentazione. Il comma 2 stabilisce che, per gli enti del Servizio sanitario nazionale, ai fini del potenziamento del monitoraggio della spesa sanitaria, anche in relazione al perseguimento dell'efficienza e dell'appropriatezza delle prestazioni sanitarie, la trasmissione dei documenti di cui al comma 1 avviene per mezzo del Sistema di gestione messo a disposizione dal Mef e da questo gestito anche avvalendosi delle proprie strutture societarie. Questo sistema di gestione rientrerà tra gli strumenti per il monitoraggio della spesa nel settore sanitario e di appropriatezza delle prescrizioni sanitarie.

#### **Banda dati DAT**

Viene istituita una banca dati per le DAT andando così a completare quanto già previsto dalla legge sul biotestamento di recente approvata in via definitiva dal Senato. Per questo è stata prevista una copertura economica di 2 milioni.

#### **Proroga deroga tariffe Ismett – Sicilia**

Prorogata di un anno, fino al 31 dicembre 2018, la valorizzazione delle tariffe dell'Ismett di Palermo.

#### **Registro nazionale delle talassemie e delle emoglobinopatie**

Viene istituito il registro nazionale delle talassemie e delle emoglobinopatie che punta a migliorare la diagnosi, la prevenzione, la cura e la ricerca su questa patologia.

#### **Contributo ricerca sul pancreas**

Viene attribuito un contributo economico a decorrere dal 2018 per l'attività di ricerca sul genoma del pancreas alla Fondazione italiana onlus per la ricerca sulle malattie del pancreas.

#### **Contributo Enpam dalle società del settore odontoiatrico**

Le società operanti nel settore odontoiatrico versano un contributo pari allo 0,5 per cento del fatturato annuo alla

gestione "Quota B" del Fondo di previdenza generale dell'Ente nazionale di previdenza ed assistenza dei medici e degli odontoiatri (Enpam), entro il 30 settembre dell'anno successivo a quello della chiusura dell'esercizio.

#### **Sicurezza centri trasfusionali**

Per garantire una maggiore sicurezza delle trasfusioni a livello nazionale, il Centro nazionale sangue sarà incaricato di verificare e controllare i processi produttivi attinenti le attività trasfusionali "ai fini della certificazione di conformità delle attività e dei prodotti dei servizi alle disposizioni normative nazionali ed europee, quale garanzia propeudica al rilascio dell'autorizzazione e dell'accreditamento da parte delle regioni e delle province autonome, previsti dall'articolo 20 della presente legge e dall'articolo 4 del decreto legislativo 20 dicembre 2007, n. 261, e a supporto delle stesse". Per tali attività al Centro arriveranno un milione e mezzo di euro l'anno a partire dal 2018.

#### **Danneggiati emotrasfusioni "iure proprio"**

Viene stanziato 1 mln per il risarcimento agli eredi dei danneggiati da emotrasfusione.

#### **Le misure introdotte per il sociale**

##### **Servizi di supporto per l'istruzione degli alunni con disabilità o in situazioni di svantaggio**

Si autorizza, per il 2018, la spesa di 75 mln di euro, per l'esercizio delle funzioni relative all'assistenza per l'autonomia e la comunicazione personale degli alunni con disabilità fisiche o sensoriali (art. 13, co. 3, L. 104/1992) e ai servizi di supporto organizzativo del servizio di istruzione per i medesimi alunni o per quelli in situazione di svantaggio.

##### **Dotazione di primo soccorso sui treni passeggeri**

Si prevede l'obbligo per i treni passeggeri di assicurare adeguate misure per garantire il primo soccorso dei viaggiatori (comma 39-bis). È rimesso ad un decreto del Ministro della salute, di concerto con il ministro delle infrastrutture e dei trasporti previo parere della Conferenza Stato – Regioni e province autonome la definizione delle dotazioni minime di primo soccorso nonché le modalità di formazione del personale viaggiante (comma 39-ter). Per il finanziamento dei predetti interventi è incrementato il Fondo per il concorso fi-



“ Una manovra che non ha destinato niente per arrestare lo slittamento della sanità pubblica lungo il piano inclinato che la porterà a quel 6,3% di Pil di finanziamento che ne certificherà la morte

nanziario dello Stato agli oneri del servizio pubblico locale di 500mila euro per l'anno 2018, 2 milioni di euro per l'anno 2019 e 1 milione di euro per l'anno 2020.

#### Reddito di inclusione (ReI)

Si prevede, nel caso in cui il beneficio economico collegato al ReI sia di ammontare inferiore o pari a 20 euro su base mensile, che lo stesso venga versato in soluzioni annuali. Inoltre, ai fini del rinnovo, nel caso in cui il beneficio economico risulti di ammontare nullo, non decorrono i termini altrimenti previsti. Si ricorda che il beneficio economico del ReI è riconosciuto per un periodo continuativo non superiore a diciotto mesi e, superati tali limiti, non può essere rinnovato se non trascorsi almeno sei mesi da quando ne è cessato il godimento. In caso di rinnovo, la durata è fissata, in sede di prima applicazione, per un periodo non superiore a dodici mesi. Al fine di garantire il servizio sociale professionale come funzione fondamentale dei comuni, e, contestualmente, gli interventi e i servizi sociali per il contrasto alla povertà, si prevede che gli ambiti territoriali possano effettuare assunzioni di assistenti sociali con rapporto di lavoro a tempo determinato.

#### Donazione e distribuzione di prodotti alimentari e farmaceutici a fini di solidarietà sociale e per la limitazione degli sprechi

Vengono ampliate le finalità (viene specificato che è favorito il recupero e la donazione, oltre che di prodotti farmaceutici, anche di medicinali); vengono definiti in maniera puntuale i “medicinali destinati alla donazione” (fra i quali sono compresi anche i medicinali posti regolarmente in vendita in Paesi esteri ma non autorizzati all'immissione in commercio sul territorio nazionale), i “soggetti donatori del farmaco”, gli “articoli di medicazione” e gli “altri prodotti” (da individuarsi con decreto del

Mef, comunque prodotti non più commercializzati o non idonei alla commercializzazione per difetti, danni o vizi che non ne modificano l'idoneità di utilizzo); viene previsto che il Tavolo permanente di coordinamento, istituito presso il Ministero delle politiche agricole alimentari e forestali, con il compito di promuovere la distribuzione di derrate alimentari agli indigenti, possa avvalersi anche di gruppi di lavoro; vengono previste campagne di promozione di modelli di consumo e di acquisto improntati a criteri di solidarietà e di sostenibilità e campagne per sensibilizzare l'opinione pubblica e le imprese sulle conseguenze negative degli sprechi alimentari da pianificare sentite le associazioni dei consumatori presenti nel Consiglio nazionale dei consumatori e utenti (Cncu); vengono specificate più puntualmente le disposizioni fiscali per le cessioni gratuite di eccedenze alimentari, di medicinali ed altri prodotti ai fini di solidarietà sociale (tipologie di beni ceduti gratuitamente per le quali non opera la presunzione di cessione; procedure relative al trasporto dei beni e alla corretta comunicazione delle cessioni agli uffici competenti).

#### Definizione di zone di intervento prioritario per il contrasto della povertà educativa

Si prevede per la realizzazione di specifici interventi educativi urgenti per il contrasto della povertà minorile sul territorio nazionale, che l'Istituto nazionale di statistica sia chiamato a definire i parametri e gli indicatori misurabili per perimetrare le zone oggetto di intervento prioritario.

#### Istituzione del Fondo di assistenza ai bambini affetti da malattia oncologica

Si istituisce il Fondo di assistenza ai bambini affetti da malattia oncologica per il triennio 2018-2020 con una dotazione annua, come limite di spesa, pa-

ri a 1 milione di euro per ciascuno degli anni 2018 e 2019, e di 5 milioni per il 2020. Al Fondo è consentito l'accesso alle associazioni che svolgono attività di assistenza psicologica, psico-sociologica, sanitaria per il bambino interessato e per la sua famiglia.

Entro 60 giorni dall'entrata in vigore della Legge, è emanato un regolamento del Mlps, di concerto con il Mef, che definisce l'utilizzo dei limiti di spesa del Fondo in esame.

#### Incremento del contributo alla Sezione italiana dell'Agenzia internazionale per la prevenzione della cecità

Incrementato di 250mila euro il contributo annuo riconosciuto alla Sezione italiana dell'Agenzia internazionale per la prevenzione della cecità, a valere, a decorrere dal 2018, sul Fondo per far fronte ad esigenze indifferibili.

#### Contributo straordinario alla Federazione nazionale delle Istituzioni Pro Ciechi

Si prevede un contributo straordinario di 2,5 milioni per il 2019 alla Federazione nazionale delle Istituzioni Pro Ciechi finalizzato, ai sensi della legge n. 278/2005, alla realizzazione di un centro polifunzionale sperimentale di alta specializzazione per la ricerca volto all'integrazione sociale e scolastica dei ciechi con minorazioni plurime, e un contributo straordinario di 300mila euro per il 2018 all'Istituto nazionale di valutazione degli ausili e delle tecnologie al fine di realizzare idonee valutazioni dei dispositivi e dei ritrovati tecnologici destinati a ciechi e ipovedenti, con conseguente rilascio di “bollino di qualità”.

#### Bonus bebè

Si riporta un limite temporale all'erogazione del “bonus bebè”, che viene circoscritto al solo anno 2018 (invece che a decorrere da tale anno) per l'importo annuo che rimane pari a 960 euro annui e soltanto fino al primo anno di vita del bambino, nato o adottato nel 2018, per Isee familiari entro il 25mila euro annui. Rimane confermato il meccanismo di monitoraggio degli oneri derivanti dalla disposizione da parte dell'Inps che dovrà inviare relazioni mensili al Ministero del lavoro e delle politiche sociali e al Mef, al fine di rideterminare, con decreto Mef, Mlps e ministero della Salute, l'erogazione dell'importo annuo, in caso di previsto sfioramento del limite di spesa ora rideterminato in 185 milioni per il 2018 e 218 milioni per il 2019. Si incrementa il Fondo per far fronte alle esigenze urgenti e indifferibili, qui rifinanziato, per un importo di 17 milioni per il 2019 e 201,5 milioni a decorrere dal 2020.

LEGGEBILANCIO 2018

Legge sulla responsabilità professionale e la sicurezza delle cure

## Entro febbraio tutti i decreti attuativi

**A 10 mesi dalla approvazione della legge sulla responsabilità professionale e la sicurezza delle cure che porta il suo nome, abbiamo fatto il punto con l'onorevole Gelli in questa intervista**

Si è da poco chiusa la XVII legislatura. Per la sanità una delle leggi più importanti approvate è senza dubbio quella che porta il suo nome sulla responsabilità professionale e la sicurezza delle cure.

La nuova legge in materia di sicurezza delle cure e responsabilità professionale degli esercenti la professione sanitaria è una svolta storica per la sanità italiana. Non posso definire diversamente un provvedimento atteso ormai da oltre 15 anni da parte degli operatori della sanità. Dopo innumerevoli tentativi, finalmente il Parlamento è riuscito a dare una risposta complessiva a questo tema. L'assenza di un chiaro inquadramento legislativo in questi anni non aveva fatto altro che togliere serenità a medici e professionisti e soprattutto ha avuto come ricaduta l'enorme costo della medicina difensiva. L'obiettivo di questa legge è quello di aumentare le tutele dei professionisti prevedendo, al contempo, nuovi meccanismi a garanzia per i cittadini. Il tutto nell'ottica della ricerca di un nuovo equilibrio nel rapporto medico-paziente che permetta, da una parte ai professionisti di svolgere il loro lavoro

“  
*Con questa legge abbiamo avuto modo di spiegare le ricadute di questa materia sul sistema sanità e le prospettive future che intendevamo raggiungere*

ro con maggiore serenità, grazie alle nuove norme in tema di responsabilità penale e civile, e dall'altra garantendo ai pazienti maggiore trasparenza e la possibilità di essere risarciti in tempi brevi e certi per gli eventuali danni subiti. Un altro passaggio importante che va a rafforzare questo concetto di alleanza terapeutica medico-paziente è il consenso informato ed il testamento biologico. In questo modo l'Italia si allinea con i maggiori Paesi occidentali. Sono passati ormai 10 mesi dalla sua approvazione e sia durante il dibattito parlamentare che all'indomani del varo della legge lei ha avuto modo di girare tutta Italia per spiegare e raccontare il nuovo provvedimento. Che impressione ha ricavato in tutti questi incontri?

Ho avuto modo di incontrare un target molto eterogeneo di interlocutori: dal mondo forense a quello della magistratura, fino agli Ordini professionali ed alle Società scientifiche. In generale posso dire di aver riscontrato sempre un diffuso parere positivo sulla legge ed un apprezzamento per lo sforzo parlamentare che si è reso necessario per la

sua approvazione. In alcuni ambienti sono state segnalate delle criticità su taluni aspetti della norma non del tutto chiari, anche perché un po' tutti sono in attesa dell'emanazione dei decreti attuativi ancora mancanti per poter dare un giudizio complessivo sulla norma. Devo poi sottolineare un aspetto: in tutti questi miei spostamenti in giro per il Paese ho avuto modo di toccare con mano come su questi temi ci fosse una carenza di tipo culturale. Mi spiego meglio: nel dibattito pubblico non si discuteva mai di questi aspetti se non nelle aule di tribunale. Con questa legge abbiamo avuto modo di spiegare le ricadute di questa materia sul sistema sanità e le prospettive future che intendevamo raggiungere.

**Come accennava poco fa, per essere pienamente operativa la legge prevede l'emanazione di diversi decreti e alcuni di questi hanno già visto la luce. Ma a che punto siamo per la completa attuazione della legge?**

Al momento sono stati firmati dalla ministra Lorenzin due decreti: quello sull'Osservatorio nazionale sicurezza in sanità, e il decreto che istituisce l'elenco



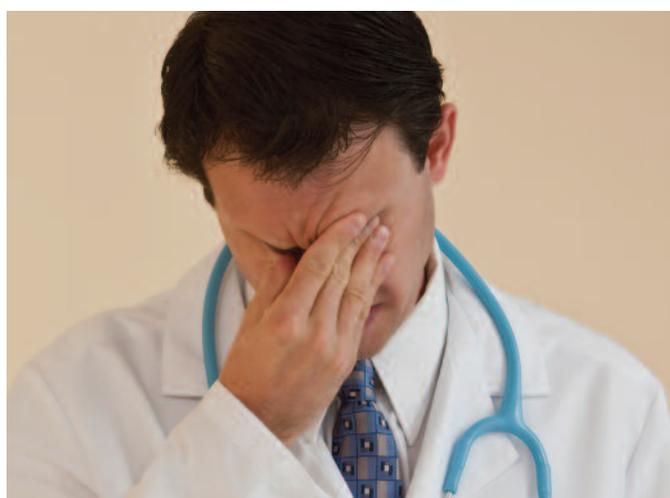
**Ad oggi sono due i decreti varati:** quello sull'Osservatorio nazionale sicurezza in sanità, e il decreto che istituisce l'elenco delle Società scientifiche che dovranno elaborare le linee guida. Inoltre, sono stati approvati altri due provvedimenti che contenevano norme che richiamavano la legge sulla responsabilità professionale e la sicurezza delle cure. Mancano ancora all'appello il provvedimento sul fondo di garanzia per i danni derivanti da responsabilità sanitaria e i decreti attuativi in ambito assicurativo. Ma entro fine febbraio, assicura Gelli, tutti i decreti attuativi dovrebbero arrivare in porto. Non solo Decreti attuativi, il responsabile della sanità è anche al lavoro sulle proposte che il Pd intende portare avanti, e ha detto la sua in merito ai rinnovi contrattali.



delle Società scientifiche che dovranno elaborare le linee guida. Inoltre, sono stati approvati altri due provvedimenti che contenevano norme che richiamavano la legge sulla responsabilità professionale e la sicurezza delle cure. A cominciare dalla legge sulla concorrenza, che istituisce la tabella unica nazionale per il risarcimento da danno biologico, fino alla più recente approvazione della legge Lorenzin che contiene quattro novità: vengono posti alcuni correttivi su un errore formale riguardo l'azione di rivalsa; viene eliminato il richiamo al Comitato tecnico scientifico per il sistema nazionale linee guida previsto dal decreto Sirchia del 2004 ma mai istituito; viene esteso da 10 a 40 giorni il limite temporale entro cui le strutture sanitarie e le compagnie di assicurazione devono comunicare all'esercente la professione sanitaria l'instaurazione del giudizio promosso nei loro confronti dal danneggiato; viene previsto che il Fondo di garanzia per i danni derivanti da responsabilità sanitaria assolva anche alla funzione di agevolare l'accesso alla copertura assicurativa da parte degli esercenti le professioni sanitarie che svolgono la propria attività in regime libero-professionale.

**E, invece, quali provvedimenti mancano ancora?**

Riguardo il fondo di garanzia per i danni derivanti da responsabilità sanitaria, dovrà essere elaborato il regolamento adottato con decreto del Ministro della salute, di concerto con il Ministro dello sviluppo economico e con il Ministro dell'economia e delle finanze, sentite la Conferenza Stato Regioni, per definire: a) la misura del contributo dovuto dalle imprese autorizzate all'esercizio delle assicurazioni per la responsabilità civile per i danni causati da responsabilità sanitaria;



- b) le modalità di versamento del contributo di cui alla lettera a);
- c) i principi cui dovrà uniformarsi la convenzione tra il Ministero della salute e la Consap Spa;
- d) le modalità di intervento, il funzionamento e il regresso del Fondo di garanzia nei confronti del responsabile del sinistro.

Infine, mancano i decreti attuativi in ambito assicurativo. Su questo ho già riunito un gruppo informale composto da Aiba, Aiop, Ania, Aris, Associazione Melchiorre Gioia, Federsanità, Federanisap, Fiaso e Studio legale Taurini&Hazan. È stato realizzato un documento condiviso con le proposte operative per questi decreti attuativi che ho già inviato al Mise. L'impegno da parte del Ministero è quello di avviare un tavolo di concertazione entro gennaio.

**Ci saranno interruzioni vista la campagna elettorale?**

Sono in costante contatto con i Ministeri della Salute e dello Sviluppo economico, gli impegni saranno rispettati. La campagna elettorale non incide sul lavoro dei Ministeri.

**Quanto tempo pensa che ci vorrà per**

**l'emanazione di tutti i decreti attuativi?**

Entro fine febbraio penso che si possa riuscire a chiudere il tutto.

**Lei è anche responsabile sanità del Pd che si propone come forza di governo, quale sarà la vostra proposta per la sanità?**

Con il segretario Renzi ho concordato la realizzazione degli Stati generali della sanità del Pd per i primi giorni di febbraio. Lì presenteremo una proposta programmatica per le prossime elezioni su cui stiamo già lavorando da settimane. All'interno del dipartimento sanità del partito abbiamo già attivato 10 distinti tavoli di lavoro formati dai responsabili sanità del Pd, dagli assessori responsabili alla sanità e da esperti e tecnici esterni che stanno dando un contributo fattivo a questo lavoro. In tutto circa un centinaio di persone. Questi tavoli di lavoro si occupano di liste d'attesa, superamento delle disparità tra Regioni, governance del farmaco, cure primarie, revisione del ticket, prevenzione, edilizia sanitaria, sanità integrativa, formazione e collaborazione pubblico-privato. Ci incontreremo ora a gennaio per fare il punto prima del grande appuntamento di febbraio.

**Ad oggi abbiamo già registrato un primo sciopero della dirigenza medica e sanitaria lo scorso 12 dicembre. Ce ne sarà un altro a metà febbraio perché per medici e dirigenti del Ssn attendono ancora segnali chiari e precisi della volontà di chiuder il loro contratto, senza contare la delusione per la legge di Bilancio...**

Il rinnovo del contratto è un obiettivo che vogliamo cercare di raggiungere in ogni modo. Ma la responsabilità per i contratti è in capo alle Regioni. Nella legge di Bilancio 2018, come Partito democratico, abbiamo recuperato alcune risorse significative per sbloccare la parte accessoria dei contratti con il finanziamento della Ria. Un segnale importante in controtendenza rispetto a tutti questi ultimi anni. Abbiamo poi inserito due importanti elementi di novità: una maggiore flessibilità sulle assunzioni per le Regioni virtuose, e l'apertura alle stabilizzazioni e la partecipazione ai concorsi a tutto il personale medico, tecnico professionale e infermieristico dirigenziale e non del Servizio sanitario nazionale. Ora le Regioni hanno dei nuovi strumenti utili per migliorare le condizioni per il personale sanitario. Certamente avremmo voluto fare di più, con ulteriori risorse da destinare proprio ai contratti della sanità. Non ci siamo riusciti ma quanto abbiamo ottenuto, considerando i margini ristrettissimi di manovra di questo Governo di fine legislatura, non penso possa essere sottovalutato.

“  
**Sono in costante contatto con i Ministeri della Salute e dello Sviluppo economico, gli impegni saranno rispettati. La campagna elettorale non incide sul lavoro dei Ministeri**

# Tanti risultati raggiungi. Ma le Aou hanno bisogno di maggiore attenzione

**Prosegue il ciclo di interviste** ai segretari aziendali. In questo numero *Dirigenza Medica* ha intervistato Elisabetta Lombardo Segretaria Aziendale dell'Aou Policlinico Vittorio Emanuele di Catania

**Dottoressa Lombardo ci racconti qualcosa di sé, del suo lavoro, della sua formazione e se non siamo troppo indiscreti, della sua famiglia. Ha hobbies o passioni...**

Sono un medico internista con indirizzo in medicina d'urgenza e ho sempre lavorato in Pronto Soccorso e Medicina d'Urgenza. Sono sposata, ho due bambini di dieci e dodici anni e tre cani. Quindi sono una donna medico con una vita abbastanza impegnativa, anche perché mio marito è un ufficiale medico della marina militare e a causa del proprio lavoro è spesso obbligato ad assentarsi. Insomma, mi sono trovata frequentemente in prima linea ad affrontare, da sola, problematiche su più fronti. Parlare di hobbies e passioni è perciò difficile, a meno che non vogliamo annoverare in questo ambito famiglia, lavoro e sindacato!

**Ecco, parliamo di sindacato, cosa l'ha spinta in questa vita così complessa ad avvicinarsi al sindacato, e proprio all'Anaa?**

È stato un atto di fiducia nei confronti del precedente Segretario aziendale, Riccardo Rapisardi che confidava nella mia caparbia. Grazie a lui mi sono avvicinata all'Anaa e ho scoperto cosa volesse dire fare sindacato, attività di cui peraltro ignoravo in gran parte i contenuti. Mi sono "formata" sul campo e quando mi ha proposto di prendere il suo posto, anche per rinnovare la segreteria, ho accettato nonostante fosse un compito particolarmente complesso.

**Perché?**

Il Policlinico Vittorio Emanuele è un'Azienda Ospedaliero Universitaria che comprende ben cinque Presidi Ospedalieri. Raccoglie quindi anime con peculiarità differenti che si sono trovate "forzatamente" a dover convivere. Soprattutto è una realtà non facile in quanto il peso che può avere il sindacato nelle decisioni aziendali può essere di fatto ridimensionato da quello del Rettore e della componente universitaria. Coniugare gli interessi di tutti è

perciò particolarmente complesso, anche perché sono tante le sigle sindacali coinvolte, sia ospedaliere sia universitarie. Un terreno nel quale ci si muove quindi con molta difficoltà cercando di ammortizzare gli attriti che inevitabilmente si creano.

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

C'è senza dubbio una buona collaborazione, anche se le problematiche che noi affrontiamo sono diverse da quelle dei colleghi delle Ao, proprio per la natura e le finalità che caratterizzano le Aou. Tant'è che mi sono trovata a dovermi confrontare con i segretari di altre Regioni proprio per le diversità che ci contraddistinguono.

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

Sono rappresentate la maggior parte delle aree specialistiche dei diversi presidi. Come ho già anticipato, la nostra Azienda nasce dall'accorpamento tra gli ospedali, il Rodolico, il Vittorio Emanuele, il Ferrarotto Alessi, il Santo Bambino e il Santa Marta e devo dire che la componente femminile ha un grande peso. Le donne Anaa sono molto attive e capaci. Sono declinate al femminile le nostre rappresentanti nel il Comitato unico di garanzia, nell'Anaa giovani, abbiamo una rappresentante di presidio e nella commissione paritetica aziendale Alpi, nel gruppo di lavoro per la riorganizzazione delle attività di sala operatoria e anche per la Dirigenza Sanitaria senza nessuna preclusione a chi ancora non era di ruolo. Gli incontri ufficiali hanno una cadenza circa quadrimestrale, ma in realtà cerco sempre di avere contatti continuativi attraverso chat aziendale, Whatsapp, e via e mail. Questo proprio perché ho sempre cercato di condividere preferibilmente con un'ampia maggioranza ogni mia decisione.

**Ci sarà un altro mandato o sta pensando alla sua successione?**



**Elisabetta Lombardo**  
Segretaria Aziendale  
Aou Policlinico Vittorio Emanuele  
Catania



“  
**Un altro obiettivo che mi inorgoglisce è l'essere riusciti a portare avanti un importante lavoro sulla sicurezza nel Pronto soccorso, dopo l'escalation di episodi di violenza che ci ha colpiti. Una battaglia sulla quale l'Anaa nazionale e regionale si è spesa molto**

Alla base del mio impegno c'è sempre stato il confronto con gli iscritti, quindi credo che sia giusto siano loro a dover indicare chi deve tutelare i loro interessi. Insomma, se devo proseguire o meno in questo cammino dipenderà ancora una volta dal confronto con loro. È giusto però che il sindacato non si identifichi con una sola persona. Ci saranno sicuramente colleghi che possono rivestire questo ruolo. Comunque, chiunque prenderà in mano le redini del sindacato dovrà essere una persona in grado di conciliare tutte le diverse istanze che arrivano da un'Azienda accorpata solo di recente e con realtà ancora non completamente amalgamate. Sarà quindi indispensabile trovare il giusto punto di incontro.

**Sul fronte regionale quali sono gli scenari? Quante Aziende ci sono in Sicilia?**

Per quanto riguarda le strutture in Sicilia abbiamo 10 Asp, 2 Arnas, 4 Aziende ospedaliere, e 3 Aziende ospedaliere Universitari, e 2 Irccs e l'Ismett. La squadra del nuovo Presidente regionale è stata recentemente nominata. Vedremo quindi come andrà con il nuovo Assessore. La riorganizzazione della rete deve essere perfezionata, speriamo perciò che non ci siano grosse rivoluzioni.

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

Sicuramente quella sugli avanzamenti di carriera. Un problema molto sentito in quanto, purtroppo, la possibilità di carriera sono limitate e ci sono molti sbarramenti: dobbiamo infatti sottostare a un regolamento che fa riferimento al protocollo d'intesa con l'Università. In sostanza, ogni avanzamento di carriera è subordinato al parere del Rettore, in particolare per il conferimento dei primariati nella parte ospedaliera. Questo ha creato dei problemi: abbiamo dovuto impugnare un protocollo d'intesa tra Regione e Università e ancora non sappiamo come si risolverà.

C'è poi il problema del lavoro usurante. In alcune Unità operative, soprattutto

dopo una certa età, fare le notti è particolarmente gravoso. Consideriamo infatti che l'età media è molto alta e questo crea una criticità. C'è quindi una grande richiesta di mobilità intraziendale verso reparti con carichi di lavoro più accettabili. Ecco perché vorrei che nel nuovo contratto ci fosse un riconoscimento del nostro lavoro come usurante. Anzi, su questo tema ritengo che sarebbe opportuno che l'Anaa nazionale realizzasse uno studio sul rischio di stress lavoro correlato per chi lavora in alcune aree rispetto ad altre. Così come servirebbe un riconoscimento economico maggiore per incentivare anche alcune aree che si sono svuotate, penso soprattutto ai Pronto soccorso dove nessuno vuole più andare a lavorare.

**Torniamo alla sua attività come segretaria aziendale. Qual è l'obiettivo raggiunto che l'ha resa più orgogliosa?**

Sicuramente l'essere riuscita ad impedire il licenziamento di alcuni colleghi dichiarati in esubero dopo ben 10 anni di precariato. Colleghi che ora sono stati stabilizzati. È stata una grande battaglia, condotta insieme al segretario regionale, di cui sono veramente orgogliosa.

C'è stata anche una crescita degli iscritti, soprattutto tra le nuove generazioni, nonostante il vento soffi contrario. Questo anche perché siamo un sindacato serio, realmente indipendente, non politicizzato e che cerca concretamente di risolvere le problematiche.

Un altro obiettivo che mi inorgoglisce è l'essere riusciti a focalizzare l'attenzione dei media sul problema della sicurezza nel nostro Pronto soccorso, dopo l'escalation di episodi di violenza che ci ha colpiti. Una battaglia sulla quale l'Anaa nazionale e regionale si è spesa molto.

Sono stati infatti implementati gli impianti di sicurezza, è aumentato il controllo del personale di sorveglianza e ora devo dire che la situazione è discretamente migliorata. E ancora, ab-

biamo lavorato molto sull'implementazione del Comitato unico di garanzia. Siamo riusciti anche ad ottenere l'inserimento del sindacato nella commissione paritetica aziendale con un maggiore controllo sull'Alpi. E sempre sul regolamento Alpi siamo riusciti a far aprire dei veri tavoli di contrattazione. Infine, abbiamo vigilato sull'utilizzo dei fondi di risultato ponendo argini ad alcuni utilizzi "fantasiosi" da parte dei precedenti amministratori.

**Quale sono invece i capitoli rimasti ancora aperti?**

La stabilizzazione degli ultimi precari "storici e inveterati" rimasti, sia medici che biologi. Per i biologi ospedalieri in particolare la situazione è complessa per la presenza di "esuberanti universitari" in un'altra provincia che di fatto impropriamente ne impedisce la stabilizzazione. Siamo in attesa del tavolo tecnico tra Regione e Università che risolveva l'annosa questione.

C'è poi l'ospedale San Marco, una bellissima struttura che andrà a completare l'offerta ospedaliera della Sicilia Orientale, ma che corre il rischio di rimanere una grande incompiuta per le difficoltà economiche in cui versa la ditta appaltatrice e la carenza di fondi destinati al personale. Un problema del quale ci siamo occupati con la segreteria regionale e nazionale e sul quale il nostro Direttore generale, Salvatore Paolo Cantaro, si è particolarmente prodigato. Infine siamo da parecchi anni in attesa dell'apertura del nuovo Pronto Soccorso del Policlinico, un'opera di fatto pronta e arredata ma che ancora non è stata ufficialmente aperta.

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

Come ho già detto, oltre al riconoscimento del nostro lavoro come usurante, la possibilità di essere esentati su base volontaria dal lavoro notturno superata una certa età e dare la possibilità di poter essere mobilitati verso aree con carichi di lavoro decrescenti dopo un certo numero di anni di servizio. Infine, vorrei che ci fosse una maggiore attenzione alle Aziende Ospedaliere Universitarie, proprio perché sono realtà differenti. Credo che il sindacato debba fare una profonda riflessione su questo tema.

**Da donna medico qual è stata la sua "politica" per affermare le peculiarità di genere?**

Nessuna politica. Almeno nel nostro sindacato la componente femminile è molto presente, un'affermazione della presenza femminile che è avvenuta sempre in maniera estremamente naturale, grazie alla presenza di colleghe preparate e agguerrite.

INTERVISTE AI

**SEGRETARI  
 AZIENDALI**

## Il silenzio... dei colpevoli

**Correva l'anno 2014 precisamente il 14 aprile quando io e Domenico Montemurro con una lettera aperta ci rivolgevamo all'allora premier Matteo Renzi per denunciare e stigmatizzare la grave situazione in cui versava il Ssn nazionale, l'assoluta assenza di una politica lungimirante per i giovani medici in formazione, la vessatoria penalizzazione economica che tutti i medici dipendenti (e guarda caso soprattutto i più giovani) avevano subito negli anni precedenti**



**Ovviamente Renzi Matteo non ci rispose.** Ciò, però, che rende grave questo silenzio è il fatto che la situazione non solo è ulteriormente peggiorata, ma direi precipitata come un aereo in stallo irreversibile. Il Governo di allora, e la sua fotocopia di ora, non hanno fatto nulla per arrestare questa caduta libera che viene venduta come inesorabile ma che, in realtà, inesorabile non è. La scusa della crisi e della mancanza di fondi, ormai si sa, non regge più. Economisti non certo allineati alle nostre tesi asseriscono che basterebbero 4-5 miliardi di euro per rivitalizzare il nostro Ssn, che su un Fsn di 113 mld di euro risulta percentualmente uno sforzo sostenibile. Ma il governo va nella direzione opposta, non molla la presa, stringe ulteriormente il cappio sul collo del nostro Ssn, lo vuole strozzare, annientare lentamente e definitivamente. Quindi tutto ciò che sembra semplicemente omesso o trascurato dal governo è ormai palesemente una strategia attiva e mortale.

La domanda sorge spontanea: perché? Perché fare morire uno dei sistemi più socialmente all'avanguardia del mondo, che ha, nonostante tutto, contribuito alla crescita della nostra Nazione; perché non tendere ad una migliore organizzazione per innescare circuiti virtuosi. Altrettanto semplice è la risposta in assenza di segnali che dimostrino una inversione di tendenza: il governo, le opposizioni e probabilmente tutta la classe dirigente vuole che succeda, per aprire la strada al business, al privato. Sarà un bene? La domanda è legittima. Se guardiamo le realtà private dall'esterno sembrano efficienti, rapide, snelle ed anche economiche. Allora dove sta il vulnus? Se da privato offro servizi sanitari equiparabili al pubblico, ma devo avere un mar-



**DARIO AMATI**  
Responsabile  
Settore Anaao  
Giovani Piemonte  
e Macro Regione  
Nord

gine di guadagno, quali saranno le voci su cui roscicchierò? Sul costo del lavoro, riducendo le tutele, magari risparmiando in modo eccessivo sui materiali, sulla formazione del personale e chissà su cosa altro. In sintesi una deriva inaccettabile. Ma la cosa più raccapricciante è che in questo sistema non saremmo noi medici i più penalizzati ma il cittadino, cioè la parte più debole della catena.

Pertanto quando i colleghi provocatoriamente asseriscono che il sindacato non serve a nulla io rispondo che senza il sindacato ci sarebbe il nulla; nessuno che difende i diritti civili del malato, nessuno che difende il nostro diritto a svolgere con pienezza e passione il nostro lavoro, nessuno che avrebbe gridato con forza che anche i medici dovevano riposare come tutti i mortali nell'interesse collettivo. Il Nulla che mangia tutto l'esistente come nella "storia Infinita" di Michael Ende.

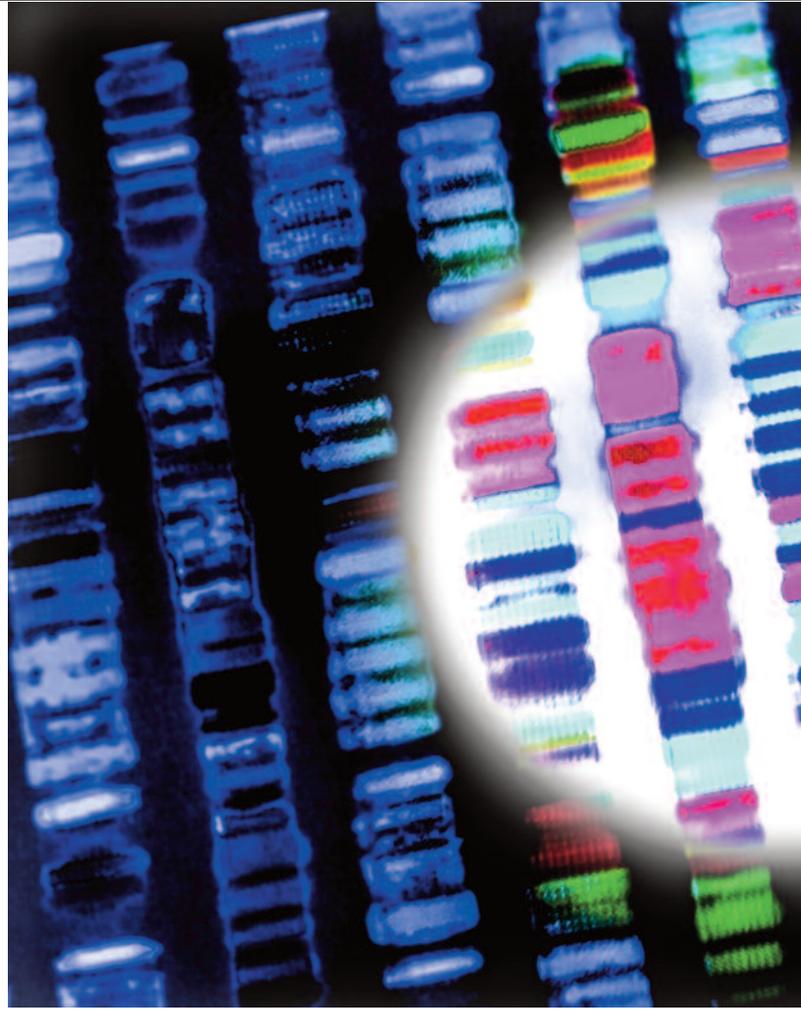
Se devo guardare al futuro vedo una grossa nebulosa: i nostri interlocutori. Il Governo, gli interlocutori politici regionali, usano l'indifferenza come strumento per minare alla base il rapporto tra sindacato e lavoratori. È notizia recente che è stato approvato dalla commissione bilancio un emendamento che punta a dare forza di legge alla circolare 3/2017 del Dipartimento della Funzione Pubblica che illustrava come applicare il Dl 75/2017 che sostanzialmente allarga la platea per la stabilizzazione dei precari medici e non. È una buona notizia? Forse sì, forse le molte pressioni di Anaao sono state recepite, ma mi chiedo se, in un paese che si dichiara civile e moderno, si possa fare programmazione di un settore così delicato come la sanità in questo modo così becero quanto pressapochista. Per non

parlare poi della tiritera del Miur rispetto al numero di posti nelle scuole di specializzazione descrivibile solo con un aggettivo: vergognoso. Altra notizia che mi ha colpito molto è la vicenda di una notissima compagnia aerea low cost. Il nostro Governo, a voce del ministro Carlo Calenda, si indigna poiché la società in oggetto non rispetta le regole delle tutele ai lavoratori comportandosi in modo "antisindacale". Come mi ha fatto notare un caro amico e segretario aziendale della Asl Vercelli Sergio Macciò, Calenda avrebbe dichiarato "la società deve rispettare le regole"... mica lo Stato che si può permettere di lasciare senza contratto per anni i medici senza colpo ferire e senza neppure riconoscere quanto dovuto (vedi sentenza della Corte Costituzionale). Questo quadro desertico e desolante non fa ben sperare, ma il disfattismo imperante, anche tra noi professionisti, lo reputo tanto colpevole quanto l'atteggiamento del governo. Io caldeggio, predico, imploro di non abbandonare l'impegno sindacale e civile a tutti i giovani medici perché solo in questo modo, ci riappropriamo della dignità del nostro lavoro che è stato ormai equiparato a "prestazione" minando la terminologia industriale dei servizi. Non è così, non deve essere così! Ed è per questo che il sindacato ed in particolare il nostro, che ha sempre condotto lotte per difendere i principi fondanti della nostra Costituzione, deve continuare a vivere beneficiando di spiriti freschi e liberi. Partecipiamo attivamente, mettiamo di fronte tutti gli interlocutori alle loro responsabilità, non smettiamo mai di denunciare gli abusi e gli illeciti, non permettiamo che cali su tutto e tutti un silenzio... il silenzio appunto dei "colpevoli".

Consenso informato  
e test genetici

## Elementi essenziali del Consenso informato ai test genetici

**Il consenso informato** è il documento che sancisce l'autodeterminazione e l'invulnerabilità della persona che si sottopone ad una prestazione sanitaria. Per le analisi effettuate sul patrimonio genetico, la firma del consenso Informato deve essere preceduta da una dettagliata e completa informazione delle procedure che verranno eseguite, delle finalità perseguite dal test, gli eventuali limiti ed i possibili risultati conseguibili, anche in relazione ad eventuali informazioni inattese che possono emergere



**Sulla base** della raccomandazione n. R (97) 5 del Consiglio d'Europa, sono considerati dati genetici tutti i dati, di qualunque tipo, che riguardano i caratteri ereditari di un individuo o che sono in rapporto con i caratteri che formano il patrimonio di un gruppo di individui affini, e che, nel quadro della più ampia categoria dei "dati sanitari", possono essere trattati solo a determinate condizioni (par. 1).

Il consenso informato per i test genetici

viene di norma acquisito durante una consulenza genetica, processo comunicativo attraverso il quale il soggetto riceve le informazioni che riguardano sia la sua condizione clinica, sia il significato, i limiti, l'attendibilità e la specificità del test che potrà essere effettuato, nonché le implicazioni dei risultati.

**Chi può accedere ad un test genetico? Chi deve firmare il Consenso Informato?**

Nell'autorizzazione generale al tratta-

mento dei dati genetici n8/2014 - 11 dicembre 2014 (pubblicato sulla Gazzetta Ufficiale n. 301 del 30 dicembre 2014), il garante per la protezione dei dati personali sancisce che "Per i trattamenti effettuati mediante test genetici, compreso lo screening, anche a fini di ricerca o di ricongiungimento familiare, deve essere acquisito il consenso informato dei soggetti cui viene prelevato il materiale biologico necessario all'esecuzione dell'analisi... Per le informazioni relative ai nascituri il consenso è validamente prestato dalla gestante. Nel caso in cui il trattamento effettuato mediante test prenatale possa rivelare anche dati genetici relativi alla futura insorgenza di una patologia del padre, è previamente acquisito anche il consenso di quest'ultimo."

Per quanto riguarda i minori non affetti ma a rischio per patologie genetiche, i test genetici presintomatici sono indicati solo nel caso in cui esistano concreti vantaggi terapeutici o trattamenti preventivi attuabili prima del raggiungimento della maggiore età. In questo caso il consenso dovrà essere firmato da chi esercita legalmente la genitorialità. Quando il test genetico è indicato in un soggetto che non può prestare il proprio consenso per impossibilità fisica, incapacità d'agire o incapacità di intendere o di volere, questo verrà manifestato da chi esercita legalmente la potestà, ov-

### Cos'è un test genetico?

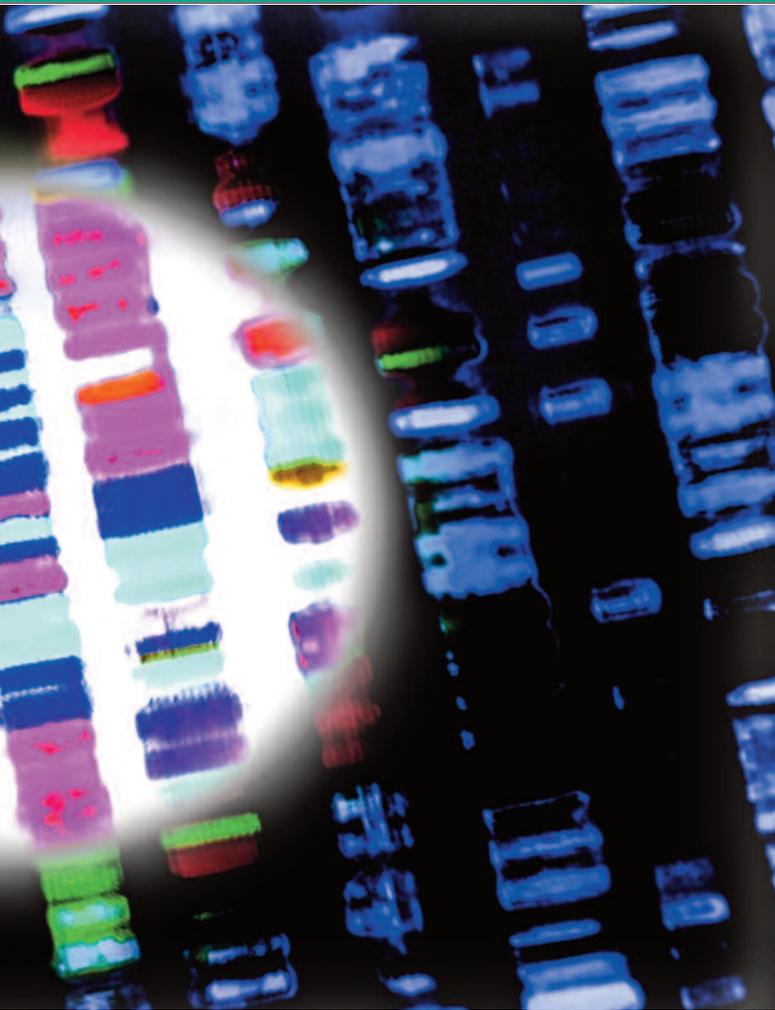
Un test genetico è l'analisi di Dna, Rna, cromosomi, proteine, metaboliti o altri prodotti genici e che ha lo scopo di evidenziare genotipi, mutazioni, fenotipi o cariotipi correlati o meno a patologie umane ereditabili. Questa definizione include le indagini prenatali e postnatali, diagnostiche o per la individuazione dei portatori, così come i test per lo studio della suscettibilità a specifiche malattie o le indagini per la individuazione di mutazioni su cellule somatiche in particolare in ambito oncologico; vengono inclusi i test di genetica forense utilizzati per l'identificazione individuale o per lo studio dei rapporti di parentela. I test genetici possono infine essere proposti anche nel contesto di protocolli di ricerca e non avere quindi delle finalità diagnostiche.



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



**PAOLA GRAMMATICO**  
Direttore Uoc  
Laboratorio di  
Genetica Medica  
Università  
La Sapienza  
Azienda  
Ospedaliera San  
Camillo Forlanini



vero da un prossimo congiunto, da un familiare, da un convivente o, in loro assenza, dal responsabile della struttura presso cui dimora l'interessato o da un tutore.

### L'informativa al test genetico: quali informazioni deve contenere?

Attraverso l'informativa specifica per il test genetico che viene proposto, l'individuo deve acquisire consapevolezza dei seguenti argomenti:

**Finalità del test genetico offerto e risultati conseguibili.** Devono essere specificati quali sono gli scopi per cui è indicato procedere all'indagine genetica e quali i possibili risultati. Nel caso di test a scopo diagnostico, vanno indicati i geni che verranno analizzati ed il loro ruolo nella patologia in esame. Nel caso di un test genetico offerto nel contesto di un protocollo di ricerca, l'informativa deve includere informazioni dettagliate sul razionale, sugli obiettivi e sui risultati attesi; inoltre, se presente, va indicato lo sponsor che promuove lo studio. Deve infine essere specificato se la ricerca sia monocentrica o multicentrica. In quest'ultimo caso infatti l'individuo va informato che più di un centro potrà avere accesso ai suoi campioni biologici e/o ai dati risultanti dalle analisi. Nel caso in cui sia previsto il trasferimento di dati genetici e/ di campioni biologici in altri Stati, nell'informativa va specificato se tali Paesi non garanti-

“  
*Nel caso di test a scopo diagnostico, vanno indicati i geni che verranno analizzati ed il loro ruolo nella patologia in esame*

scono un livello di tutela della privacy adeguato ai sensi degli artt. 43, 44 e 45 del Codice, nonché gli estremi identificativi dei soggetti destinatari dei dati e dei campioni, al fine di garantire all'interessato la possibilità di esercitare il controllo sui dati e sui campioni che lo riguardano.

**Tipologia del campione biologico che verrà prelevato.** Va specificato se per ogni individuo verranno prelevati campioni diversi (ad esempio sangue, urine, mucosa buccale, campioni istologici, capelli, ecc.). Nel caso di studi di ricerca va chiarito se il prelievo del campione biologico modifichi o meno il normale iter clinico previsto per il soggetto.

**Luogo e modalità di conservazione del campione biologico.** L'informativa deve chiarire quale sarà il laboratorio che conserverà il campione biologico, quali saranno le procedure per rendere anonimo tale campione (i.e. tipo di codifica adottata per l'anonimato), e se sarà possibile risalire ai dati personali dell'individuo (in questo caso vanno spiegate quali saranno le procedure per effettuare questa operazione). Va inoltre indicato per quanto tempo verrà conservato il campione biologico e con quali modalità verrà poi eventualmente distrutto. Se la distruzione del campione non fosse prevista, l'individuo deve fornire il consenso per ogni ulteriore utilizzo.

**Responsabile della gestione dei campioni.** L'individuo deve conoscere i dati anagrafici e la qualifica del professionista sanitario responsabile della gestione dei campioni, oltre ai riferimenti (tra cui indirizzo, numero di telefono, email) della struttura proponente.

**Tipologia del materiale genetico che verrà analizzato.** L'informativa deve specificare se lo studio riguarda l'analisi di:

- Dna genomico estratto da cellule; se sì, va specificato quale tipo di cellule;
- Dna mitocondriale;
- Dna circolante libero da cellule (cfDna, cell free Dna); se sì, va specificato se lo studio riguarda Dna fetale circolante (cffDna, cell free fetal Dna) o Dna tumorale circolante (ctDna, circulating tumor Dna);
- mRNA estratto da cellule; se sì, va specificato quale tipo di cellule;
- Rna circolante libero da cellule (cfRna, cell free Rna); se sì, va specificato se lo studio riguarda Rna fetale circolante (cffRna, cell free fetal Rna) o Rna tumorale circolante (ctRna, circulating tumor RNA);
- Vescicole extracellulari (esosomi, microvescicole, ecc.)

**Metodiche di analisi che verranno utilizzate.** È necessario spiegare al paziente quali saranno le tecniche di analisi utilizzate e la loro validità analitica. Quest'ultima risulta dipendente dalla sensibilità (percentuale di campioni che sono positivi al test sul totale dei campioni che effettivamente contengono l'analita che il test vuole ricercare; permette quindi di valutare i risultati "falsi negativi" del test), e dalla specificità (percentuale di campioni che sono negativi al test sul totale dei campioni che effettivamente non contengono l'analita che il test vuole ricercare; permette quindi di valutare i risultati "falsi positivi" del test). Se presenti e se noti, vanno spiegati i meccanismi biologici o metodologici che sono alla base della generazione dei "falsi positivi" e dei "falsi negativi".

Nel caso in cui le analisi sul Dna genomico riguardassero lo studio dell'intero genoma, dell'intero esoma o di pannelli comprendenti molti geni alcuni dei quali non direttamente diagnostici, l'individuo va informato che da queste analisi potrebbero risultare informazioni genetiche importanti per se e per i suoi familiari. L'individuo va informato che sarà possibile richiedere e conoscere eventuali notizie inattese che lo riguardano, qualora queste rappresentino un beneficio concreto e diretto in termini di terapia, di prevenzione o di consapevolezza delle scelte riproduttive. Nell'informativa vanno quindi anche espresse le modalità di comunicazione di queste eventuali informazioni.

**Luogo e modalità di conservazione dei dati grezzi e dei risultati delle analisi genetiche.** L'informativa deve chiarire quale sarà il laboratorio che conserverà i dati sperimentali e bio-informatici derivanti dal test effettuato. Va inoltre chiarito per quanto tempo questi dati verranno conservati; se la distruzione dei dati non fosse prevista, l'individuo deve fornire il consenso per ogni ulteriore utilizzo. Nel caso di studi multicentrici, l'individuo va informato con quali altri sperimentatori verranno condivisi i risultati delle analisi.

**Diritto dell'interessato di opporsi al trattamento dei dati genetici.** L'individuo che fornisce il campione biologico resta il proprietario di tale campione. In qualsiasi momento potrà quindi chiederne la distruzione e revocare/modificare le autorizzazioni espresse nel consenso informato, senza che ciò comporti alcuno svantaggio o pregiudizio per l'interessato, salvo che i dati e i campioni biologici, in origine o a seguito di trattamento, non consentano più di identificare il medesimo interessato.

### Cassazione Civile

Terza Sezione - Sentenza n. 26824/2017.  
**Responsabilità medica –  
 il criterio del “più probabile del non”.**

Con la sentenza 26824/2017, la Corte di Cassazione è tornata ad occuparsi della questione dell'accertamento e della prova della condotta colposa del sanitario nei giudizi di responsabilità medica, ribadendo che l'onere di dimostrare il nesso causale tra la condotta del medico e il danno di cui si chiede il risarcimento grava in capo al paziente danneggiato. A tal fine, l'attore deve riuscire a provare che la condotta del sanitario ha cagionato il danno secondo il criterio del “più probabile del non”. Al contrario, se al termine dell'istruttoria la causa del danno lamentato dal paziente è rimasta assolutamente incerta, non sarà possibile accogliere le sue doglianze e addebitare la responsabilità in capo ai sanitari. Questo quanto accaduto nella fattispecie in esame. La controversia infatti era nata a seguito di una retinopatia oculare di un neonato che aveva determinato la perdita totale della vista. Alla fine della fase istruttoria non era stato dimostrato che il danno potesse essere ricondotto causalmente alla condotta dei sanitari e della struttura che lo aveva in cura, ma al contrario, era emersa non solo la circostanza che la perdita della vista potesse essere ricondotta a tre fattori differenti uno solo dei quali imputabile ai medici, ma anche come fosse più probabile che la malformazione fosse congenita o ad ogni modo preesistente alla nascita. Per questi motivi le domande attoree non hanno trovato accoglimento.

### Tar Liguria Genova

Sezione I - sentenza n. 811 del 7 novembre 2017. **Concorso pubblico, nella prova orale non può essere sottoposta ai candidati la stessa domanda.**

L'art. 9, comma 4, del DPR n. 483 del 1997, stabilisce che “la commissione, immediatamente prima della prova orale, predetermina i quesiti da porre ai candidati mediante estrazione a sorte”. La prescrizione concernente l'obbligo di estrazione a sorte delle domande della prova orale, è chiaramente intesa ad assicurare l'imparzialità della commissione giudicatrice, attraverso un meccanismo di particolare rigore che implica la predisposizione di domande diverse per ogni candidato e ne impedisce l'astratta conoscibilità. Tale vizio determina l'invalidità della procedura, indipendentemente da qualunque riscontro circa la correttezza delle intenzioni della commissione o delle finalità concretamente perseguite.

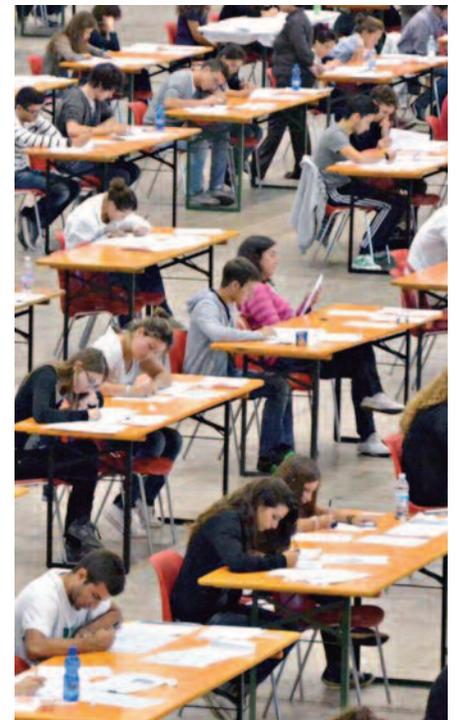


### Consiglio di Stato

Sezione III - sentenza n. 5238 del 14 novembre 2017.  
**Concorso pubblico, lo svolgimento della prova pratica in forma scritta, non ne muta la natura, rispetto alla regola dell'anonimato.**

Lo svolgimento della prova pratica in forma scritta non costituisce elemento sufficiente per portare al mutamento sostanziale della prova stessa, che (secondo quanto afferma la sentenza impugnata) da prova pratica si trasformerebbe in una vera e propria prova scritta per il cui svolgimento dovrebbe essere applicata la regola dell'anonimato a garanzia del principio generale di imparzialità. Al contrario sul punto non si può prescindere dall'osservazione che, nelle procedure concorsuali per il personale dirigenziale sanitario, la prova pratica risulta ontologicamente differente dalla prova teorica (da farsi in forma scritta), in quanto è finalizzata a far apprezzare la capacità del candidato di applicare le nozioni teoriche al caso nosologico all'esame, formulando la diagnosi con la relativa terapia, e cioè, nel caso di specie, la diagnosi psicologica (come si legge nel bando, art. 4), come prescrive, del resto, la disposizione regolamentare dell'art 54 del DPR n. 483 del 1997 in materia di procedura concorsuale per il profilo di psicologo. In via di principio, poi, va tenuto presente che, in materia di procedure concorsuali del personale del SSN, secondo il quadro normativo di riferimento tracciato dal ci-

tato DPR n. 483 del 1997, la commissione di esame, ove necessario, per la prova pratica deve porre a disposizione dei candidati “apparecchi e materiali necessari” ed, ancora, “le prove pratiche si svolgono alla presenza dell'intera commissione, previa identificazione dei concorrenti”.



### Cassazione Civile

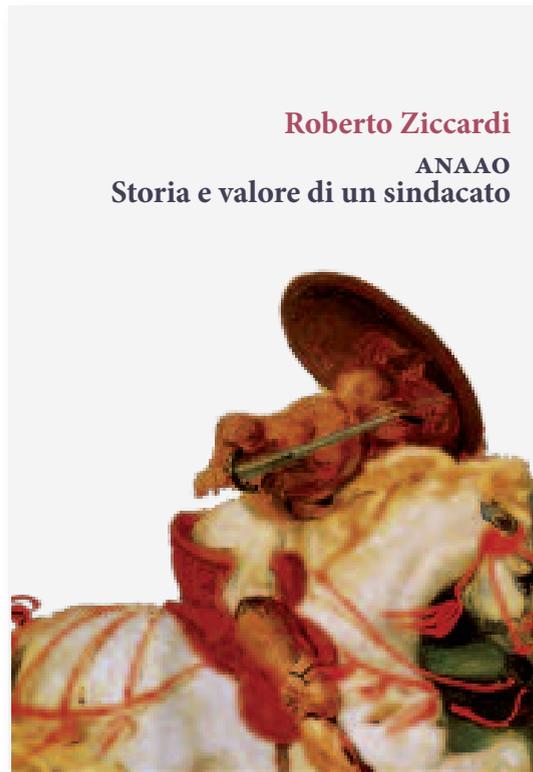
Terza Sezione - Sentenza n. 26518 del 9 novembre 2017 **Assolto l'ospedale pubblico. La responsabilità è in capo al professionista privato che seguiva la paziente.**

In un caso di lesioni provocate dal parto, l'ospedale pubblico dove è avvenuto l'intervento non ha l'obbligo di diagnosi, terapia e cura per il solo fatto di essere stato chiamato a eseguire in passato l'esame ecografico e non ha responsabilità se il danno procurato al paziente non era prevedibile in quanto la rapidità con cui è stato eseguito il parto non avrebbe consentito alcuna scelta alternativa. Tra l'altro “deve essere escluso che un ospedale pubblico possa rispondere dell'errore commesso da un medico libero professionista che ha trascurato interventi diagnostici precedenti il parto, solo perché nella struttura erano stati eseguiti in passato vari accertamenti. Con queste motivazioni la Corte di Cassazione assolve dal pagamento dei danni l'ospedale pubblico. La responsabilità è del ginecologo privato che seguiva la paziente.

*I testi integrali  
 delle sentenze sono  
 pubblicati su  
[www.anaao.it](http://www.anaao.it)*

## 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 italiano, 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](http://www.clinicalriskmanagement.it)

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

Numero 1 - 2017

**d!**  
d!rigenza  
medica

Speciale **Addebiato**  
di personale sanitario  
in una conferenza il "metodo  
Anao". L'esperienza  
del Veneto.

12 **Hospital Open Day**  
per avvicinare gli utenti agli  
ospedali, di Giuseppe Vici.

Il mensile dell'Anao Assomedi

**ANAO ASSOMEDI**  
ASSOCIAZIONE  
ITALIANA MEDICI

La legge in Gazzetta Ufficiale  
**Responsabilità  
professionale  
e sicurezza  
delle cure**  
*Cosa cambia*

**Troise:**  
Un buon  
risultato per  
la categoria

# 2017

## Un anno visto da d!rigenza medica

Numero 2 - 2017

**d!**  
d!rigenza  
medica

**Numero  
Speciale**

Per un sindacato  
di medici di base  
L'obiettivo del segretario  
Nazionale Anao Assomedi

Le relazioni e le conclusioni  
della Conferenza  
Anao Donne

Il mensile dell'Anao Assomedi

**ANAO ASSOMEDI**  
ASSOCIAZIONE  
ITALIANA MEDICI

**Donne,  
sanità,  
sindacato**  
*LA 11 CONFERENZA  
NAZIONALE  
ANAO DONNE*

14 DICEMBRE 2016

Numero 3 - 2017

**d!**  
d!rigenza  
medica

La parola d'ordine  
è "collettivista"  
Intervista a Roberto Finotti,  
Segretario Anao Assomedi, Anao  
Medi Roma

12 **Conferenza**  
L'analisi e le riflessioni  
Anao sulla legge  
Gelli, Mancini e sui nuovi Lea

Il mensile dell'Anao Assomedi

**ANAO ASSOMEDI**  
ASSOCIAZIONE  
ITALIANA MEDICI

La protesta paga  
ma molto  
rimane da fare

**E ora il  
contratto.**

**DOPO IL SIT-IN DELL'INTERSINDACALE**  
la riforma del Pubblico Impiego  
è stata varata dal Governo  
con alcune aperture anche se  
non del tutto soddisfacenti.

# d!

Numero 4 - 2017

**d!**  
d!rigenza  
medica

Intervista al Segretario Nazionale  
Non sarà un contratto facile  
Dopo le nostre priorità

12 **Top 5 legge Mancini**  
Le principali novità  
Dopo i Decreti Madam

12 **Intervista al Corriere**  
Segretario Anao Assomedi  
Il mio forte all'incertezza

12 **Ricerca biomedica**  
La vertenza dei precari

Il mensile dell'Anao Assomedi

**ANAO ASSOMEDI**  
ASSOCIAZIONE  
ITALIANA MEDICI

**Contratto  
Riforma pubblico impiego  
Precariato della ricerca**

**I tre obiettivi  
dell'Anao  
per il prossimo  
autunno**

**INSERTO  
ALL'INTERNO**

**Le polizze per gli associati**  
RC Colpa grave/Pozza unica - Tutela legale - RC Patrimoniale

Numero 5 - 2017

**d!**  
d!rigenza  
medica

12 **"Non mettere mai"**  
Intervista a Stefano  
Orciullo, Segretario  
Anao Assomedi ex Ail To1

12-13 **Il mensile della 11 Conferenza  
Anao Donne**

Il mensile dell'Anao Assomedi

**ANAO ASSOMEDI**  
ASSOCIAZIONE  
ITALIANA MEDICI

**Parole  
d'ordine  
e obiettivi**

**CONTRATTO  
DI LAVORO**

Numero 7 - 2017

**d!**  
d!rigenza  
medica

12 **Anao**  
Stato e valore  
di un sindacato  
Il libro di Roberto Ziccardi

12 **Stato con contratti vecchi**  
di Giuseppe Montanari

Il mensile dell'Anao Assomedi

**ANAO ASSOMEDI**  
ASSOCIAZIONE  
ITALIANA MEDICI

**I MEDICI ITALIANI  
E IL SINDACATO**

I risultati dell'indagine  
commissionata  
dall'Anao Assomedi  
alla Swg sui medici  
del San e il loro rapporto  
con il sindacato

**LA FIDUCIA  
TIENE**

**INDAGINE  
ANAO/  
ASSOMEDI/  
SWG**

Numero 8 - 2017

**d!**  
d!rigenza  
medica

12 **Legge Mancini 2017**  
Il mio forte per sanità,  
personale e sociale.  
Dopo le nostre  
organizzazioni sindacali

13 **Legge sulla responsabilità  
professionale**  
Intervista a Federico Gelli

Il mensile dell'Anao Assomedi

**ANAO ASSOMEDI**  
ASSOCIAZIONE  
ITALIANA MEDICI

**2018**

**LA PROTESTA  
NON SI FERMA**