

# o!

## d!rigenza medica

4 **“La parola d’ordine è condivisione”**  
Intervista a Roberto Fiorini,  
Segretario Aziendale Anaa  
Ausl Parma

6-8 **Contributi**  
L’analisi e le riflessioni  
Anaa sulla legge  
Gelli-Bianco e sui nuovi Lea

Il mensile dell’Anaa Assomed

**ANAAO ASSOMED**  
ASSOCIAZIONE MEDICI DIRIGENTI

# 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.

## 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 giugno 2017

## RIFORMA PI

# Novità positive, ma ancora insoddisfacenti

**Il Governo ha varato il decreto** sul Testo unico del Pubblico Impiego con alcune non marginali, ma ancora insufficienti, novità.

Il taglio del salario accessorio e della Ria dei cessati, che eroderebbe nei prossimi anni circa 113 milioni di euro di patrimonio delle categorie mediche e dirigenziali, viene rimesso in discussione. Abbiamo cioè, per ora, evitato di aprire un tavolo contrattuale con una paradossale riduzione della massa salariale, che alla voce entrata registra un incremento puramente simbolico mentre a quella uscite ha già accumulato una perdita negli ultimi anni. L'atto di indirizzo dirà la parola definitiva creando o affossando le premesse per il rinnovo del Contratto collettivo nazionale di lavoro, ma le dichiarazioni non ufficiali non sembrano negative.

Occorre, per intanto, riconoscere soprattutto a noi stessi, senza trionfalismi ma nemmeno disfattismi, che se non è ancora quello che vogliamo, non è più il testo che abbiamo rifiutato. Anche se appare del tutto fuori luogo la dichiarazione della Ministra Madia sulla possibilità di riaprire una "normale stagione contrattuale", visto che non può essere considerato normale un blocco di 8 anni o una partenza con risorse economiche inferiori a quelle pattuite nel 2010.

Altri aspetti del decreto da registrare:

- il riconoscimento dell'area contrattuale autonoma della dirigenza sanitaria, che allinea alle disposizioni di legge l'accordo sindacale sulle aree del luglio 2016;
- la stretta sul lavoro flessibile per arrestare l'abuso di contratti atipici;
- la possibilità di risorse aggiuntive anche per la dirigenza del Ssn;
- la proroga per il precariato della ricerca, che però merita e provvedimenti urgenti se si vuole impedire il collasso del settore.

Le manifestazioni, le audizioni parlamentari, gli emendamenti e l'attività mediatica condotte in maniera ostinatamente unitaria hanno prodotto risultati. La lotta paga e paga andare in piazza e negli ospedali a mettere la faccia, per rendere visibile il disagio delle categorie professionali del Ssn, superando la logica della sola diplomazia epistolare.

È necessario continuare lungo questa strada per ottenere un contratto che metta riparo a 8 anni di de-strutturazione del rapporto di lavoro e di mano libera delle aziende nell'utilizzo delle risorse umane che hanno prodotto un notevole peggioramento delle condizioni di lavoro. È ancora possibile vincere una partita tutta da giocare, dalla quale dipende il futuro della dirigenza medica e sanitaria, della esigibilità del diritto alla salute dei cittadini, della sostenibilità del Ssn.

Non poco è stato fatto, ma molto rimane da fare. E tocca a noi riprendere in mano l'iniziativa, facendo tesoro delle lezioni del passato.

**COSTANTINO TROISE**  
Segretario Nazionale  
Anaa Assomed



Riforma Madia.

Sit in dei sindacati a Palazzo Vidoni

# Ora i pugni sul tavolo LI SBATTIAMO NOI

Assunzioni immediate e fine del precariato. Si a norme che garantiscano una maggiore dignità alla professione e un No deciso quelle che mettono i bastoni tra le ruote ai rinnovi contrattuali, congelando al 2016 i fondi accessori necessari per valorizzare merito, costruire carriere professionali e remunerare attività disagiate. No quindi alla riforma Madia che non riconosce le peculiarità del Ssn rispetto al resto della Pubblica amministrazione.

Sono stati questi i punti nell'agenda dei sindacati che il 16 maggio scorso hanno organizzato davanti Palazzo Vidoni a Roma un *Sit in* per sostenere le proprie proposte di modifica al Testo unico del Pubblico impiego.

Una protesta civile, nonostante livello di malcontento che ormai da tempo serpeggia nella categoria sia altissimo.

“Oggi i medici battono i pugni sul tavolo, anzi metaforicamente parlando, sulla barella – ha detto Costantino Troise, Segretario nazionale Anaa Assomed, nel corso della manifestazione – perché dopo anni di attesa di rinnovo contrattuale siamo fermi agli annunci. Dopo una sentenza della Corte Costituzionale che ha dichiarato illegittimo il blocco contrattuale si continua a fare melina e a perdere tempo. Nel frattempo si vogliono portare via dal tavolo contrattuale le nostre risorse accantonate nei vecchi contratti con la scusa della riforma della Pubblica Amministrazione, che tutto è tranne che una riforma”.

Ma è anche insopportabile, ha aggiunto Troise, che in una fase di attenzione al precariato si dimentichi la sanità e non si consideri nell'ambito del Pubblico impiego la specificità di una categoria professionale che ha una funzione sociale e assolve a un compito costituzionale.

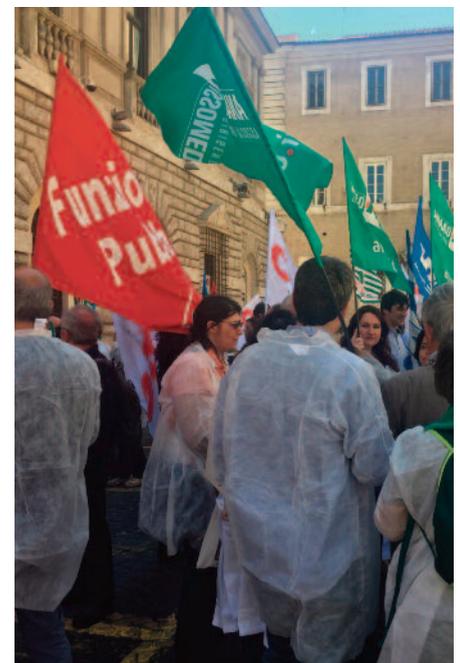
“Si continua a fare di tutta ai primi posti. Non sarebbe lo stesso per i politici nella cui agenda la sanità non figura. Quello che si continua a non voler capire è che la deriva della sanità pubblica sta por-



tando alla deriva anche i medici, peggiorando le loro condizioni di lavoro, precarizzandoli e punendoli non si sa per quale colpa.

**Di certo le proteste dei medici e della dirigenza sanitaria hanno centrato il bersaglio.** Il Governo ha infatti corretto il tiro e il decreto sul Testo unico del Pubblico impiego, approvato in via definitiva da Palazzo Chigi, il 19 maggio, contiene alcune significative variazioni: è stato scongiurato il sequestro di risorse contrattuali vigenti. Anche se resta forte il problema del precariato della dirigenza.

“La questione principale – ha spiegato la Cosmed, la Confederazione Medici e Dirigenti – era nel salario accessorio con un evidente attacco ai fondi negoziali della dirigenza: in pratica veniva messa in discussione la Ria dei cessati che nei prossimi anni avrebbe implementato i fondi aziendali di circa 200 milioni di euro (113 per la sola dirigenza sanitaria). Di fatto era in atto un tentativo di erodere un patrimonio delle categorie mediche e dirigenziali che avrebbe costretto ad aprire un tavolo contrattuale partendo da meno uno, un contratto chiamato di fatto a sancire una paradossale riduzione della massa salariale. Sarebbe stato un colpo mor-



tale alla trattativa negoziale”.

Con il decreto approvato si prevede invece che “tenendo conto della peculiarità del regime del personale cessato dal servizio in relazione alla retribuzione individuale di anzianità da valutarsi, nell’ambito della normativa vigente, in sede di Atto di indirizzo e successiva contrattazione”. Anche se “tenere conto non significa necessariamente consolidare in toto, non significa neppure ignorare quella che è l’unica risorsa che implementa i fondi, per il resto si rinvia all’atto di indirizzo e alla contrattazione”, sottolinea la Cosmed.

In definitiva è stato scongiurato, il sequestro di risorse contrattuali vigenti, almeno per il momento. “Nulla è consolidato – ha spiegato la Cosmed – ma è altrettanto vero che nulla è perduto dopo questo primo tempo. Gli sforzi per far luce sulle conseguenze dello scippo, le manifestazioni, le numerose audizioni parlamentari, gli emendamenti e l’attività mediatica hanno prodotto dei risultati politicamente evidenti. Di fatto è stato possibile ritornare a trattare con la parte politica dopo che per anni il dialogo si era fermato”.

È ancora insoddisfacente invece il progetto di stabilizzazione del precariato della dirigenza, salvo la positiva proroga

del precariato della ricerca. “È urgente prendere atto della gravità e degli effetti devastanti sui servizi pubblici di organici incompleti e precarizzati – ha quindi sottolineato la Cosmed – sono oltre 10 mila i dirigenti precari in sanità indispensabili per la tenuta del sistema. Quanto al settore della ricerca merita un approfondimento immediato e provvedimenti urgenti se si vuole impedire il collasso del settore. Se la politica ritorna ad ascoltare la risoluzione dei problemi reali è possibile, ma lo andremo a verificare nelle prossime settimane”.

Il decreto contiene comunque anche altri aspetti positivi. Innanzitutto, il riconoscimento dell’area sanitaria, sia pure in alternativa ad un’ipotesi di sezione, che allinea alle disposizioni di legge l’accordo sulle aree del luglio 2016. C’è poi una stretta sul lavoro flessibile illegale con sanzioni per chi vuole continuare a speculare sulla disoccupazione e sottooccupazione giovanile. Ancora, c’è un discreto ripristino delle prerogative della contrattazione. Positiva infine la possibilità di risorse aggiuntive anche per la dirigenza del Ssn e della Pa. Buona anche l’attenuazione degli effetti delle valutazioni negative da parte dell’amministrazione.

# “La parola d’ordine è condivisione”

Essere segretari aziendali di una Associazione come l’Anaa Assomed è un’esperienza importante che lascia il segno.

*Iniziamo da questo numero una nuova rubrica dedicata interamente alle esperienze sul campo dei Segretari Aziendali, utili confidenze e consigli per chi desidera intraprendere questa difficile ma appassionante attività.*

**Se è vero**, e lo è, che un sindacato esiste grazie ai suoi iscritti, è altrettanto vero che “gli iscritti li fa il segretario aziendale” con il quale si crea un rapporto di fiducia. A fare il segretario aziendale si impara da chi lo ha fatto prima, come quando si andava a bottega. Un’attività in bilico tra l’artigianale ed il tecnico.

A lui si chiede di essere un buon ascoltatore, un buon mediatore ed un accettabile conoscitore di leggi, contratti e bilanci. A lui si chiede un impegno 24 ore su 24, per 365 giorni l’anno, primo e ultimo avamposto dell’Associazione nel far west di una sanità se non allo sbando, quantomeno in procinto di diventarla.

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

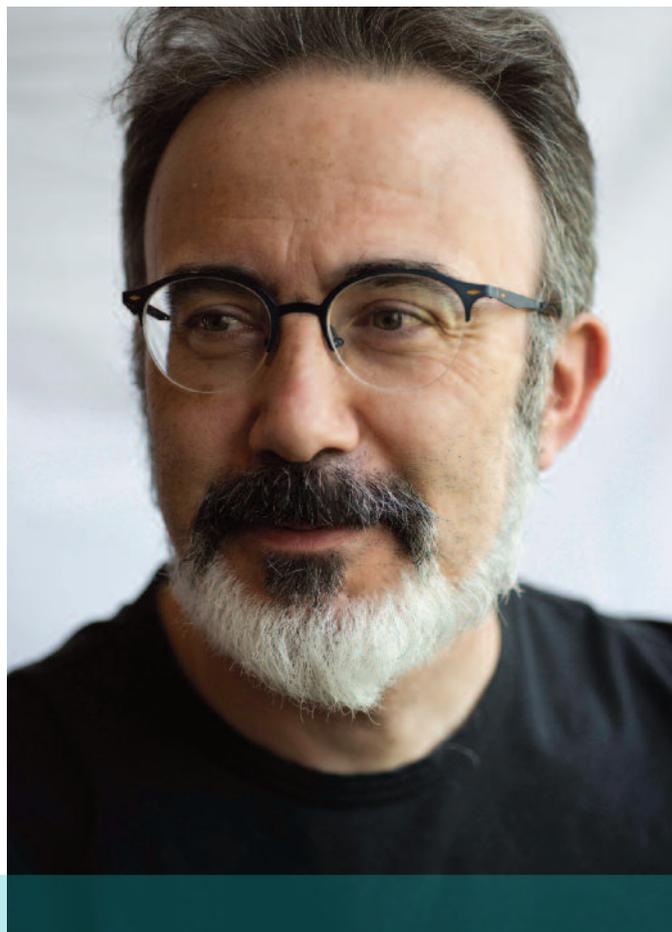
Ho 50 anni, sono sposato con due figli all’università. Quando non lavoro e non mi occupo di sindacato, mi impegno nella realtà del volontariato nel paese in cui vivo e mi diletto con la musica e il canto polifonico.

Mi sono specializzato in Medicina Interna con indirizzo Medicina d’Urgenza nell’ottobre del ’98 e dal 1 marzo 1999 ho sempre lavorato in Pronto Soccorso di primo livello. Ai più giovani dico che non è un refuso: c’è stato un tempo nel quale le cose andavano così.

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

Il mio mandato di Segretario Anaa Ausl Parma è iniziato sette anni fa, quando, da semplice iscritto con scarsa conoscenza di contratti o trattative, l’allora Segretario mi ha comunicato che sarebbe stato necessario sostituirlo a fine mandato. Pertanto, dapprima con titubanza, ma via via sempre con maggiore entusiasmo, affiancato nel primo anno di lavoro sindacale da chi mi ha preceduto, ho iniziato questa nuova esperienza, cercando di imparare il più pos-

**Roberto Fiorini**  
Coordinatore dei Segretari Aziendali e Segretario Aziendale dell’Asl di Parma



sibile sia studiando sia confrontandomi con i Segretari più esperti. Attualmente nella mia azienda rappresento circa 130 iscritti, con buona rappresentanza di giovani.

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

Il rapporto con gli altri aziendali è cresciuto nel tempo. Con il segretario dell’Azienda Ospedaliera di Parma, che insiste nella stessa provincia della mia Asl è almeno settimanale: per consentirci di sedere a tavoli paralleli con le stesse idee ed evitare che le due Aziende ci mettano in conflitto. Con i colleghi dell’Area Vasta Emilia Nord (Piacenza, Parma, Reggio Emilia e Modena) ci si sente spesso, cercando di ritrovarci di persona per confrontarci su quanto l’Aven propone.

Il mandato di “coordinatore degli aziendali” ricevuto 3 anni fa come tramite tra Aziendali e Segreteria Regionale, è più difficile da gestire con incontri di persona, ma nel tempo si è intensificato il contatto via mail, per scambiarci informazioni su quanto succede nelle singole aziende o a livello di regione; d’altra parte sono convinto che le vittorie e le sconfitte di ciascuno debbano essere condivise affinché tutti ne abbiano giovamento. Quindi non c’è tempo e modo di annoiarsi, dato che la fantasia della Regione e delle Aziende ci ha obbli-

gati a star sempre sul pezzo, a condividere continuamente i problemi, perché sappiamo già che quanto sperimentato da qualche parte potrebbe essere riproposto da un’altra. Inoltre, almeno in un paio di occasioni siamo riusciti a formulare proposte o esprimere dissapori alle segreterie regionale o nazionale a firma di quasi tutti gli aziendali: in questo modo le nostre sollecitazioni sono state ovviamente sempre ascoltate.

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

Al di là della formulazione attuale dello statuto – che appoggio pienamente, fin da subito avevo in mente che il mio compito di Segretario si doveva esaurire con il secondo mandato, per evitare che il sindacato si identificasse troppo con il Dr. Roberto Fiorini e con le sue idee, e non con le idee della maggior parte degli iscritti. Pertanto ho cercato di coinvolgere e di far crescere piano piano tutti i componenti del mio attuale consiglio, all’interno del quale troverò sicuramente chi mi andrà a sostituire.

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

Nel mio consiglio attuale, che presenta in maggioranza figure femminili e di giovani, ho cercato di rappresentare tutte le Unità Operative Complesse ed i ser-

vizi presenti nella mia Azienda, cooperando qualche Collega dei reparti esclusi, per avere sempre un punto di riferimento facilmente raggiungibile. Così ho avuto l'apporto dei vari consiglieri su specifiche problematiche, affinché possano supportarmi con la loro visione "sul campo", fondamentale per risolvere i problemi.

Il confronto con il vice segretario aziendale è quasi quotidiano mentre ci vediamo a Consiglio più o meno una volta ogni due mesi, anche se il lavoro spesso viene condiviso tramite una mail dedicata della segreteria aziendale, attraverso la quale raggiungo anche tutti gli iscritti.

**Qualcosa sulla Regione in cui opera, l'Emilia Romagna. Quante aziende ci sono? Come sono organizzate? Quali cambiamenti recenti o che ci saranno a breve?**

La nostra Regione, che conta un numero consistente di iscritti, è molto variegata per quanto concerne l'organizzazione delle Aziende e quindi anche i bisogni degli iscritti.

In Area vasta Emilia nord (Aven) che comprende 4 province e 7 Aziende, la Regione sta cercando in vario modo di effettuare delle fusioni: a Parma ad esempio nascono i Dipartimenti interaziendali Usl-Ao; a Reggio Emilia si fonderanno a breve Irccs e Usl; a Modena è stato ceduto un ramo d'Azienda Asl al Policlinico.

Bologna è diventata un'unica Azienda alla quale afferiscono diversi ospedali oltre ovviamente a tutte le organizzazioni territoriali, e si arriverà ad inglobare progressivamente l'Asl limitrofa di Imola. A Ferrara hanno già deliberato la fusione Asl - Azienda Ospedaliero Universitaria: i nostri colleghi hanno avviato un ricorso al Tar ed al Consiglio di Stato: sia noi che la Regione siamo in attesa del risultato, ovviamente con aspettative differenti.

Infine con l'Asl Romagna, nel 2014 sono state fuse in blocco 4 Aziende: oggi l'Asl Romagna governa un territorio molto più grande di alcune regioni italiane. Ovviamente non vi è stata fatta alcuna previsione su cosa sarebbe successo a personale in termini di fondi e mobilità.

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

È una domanda che spesso mi sono fatto, specialmente quando partecipi ad assemblee quasi deserte. Sicuramente la figura del sindacato ha perso di appeal dopo le riforme di questi anni che ne hanno ridotto il potere contrattuale. Un certo interesse lo abbiamo nuovamente riscosso con le campagne assicurative od organizzando incontri con esperti sugli argomenti più scottanti. Ultimamente la richiesta è più forte in

quanto in Azienda si sono creati molti problemi nei Reparti per una domanda sempre maggiore di prestazioni a personale invariato per raggiungere i risultati richiesti dalla Regione. Qualunque domanda di incrementi di personale con evidenza di effettivi dati di incremento delle ore lavorate, si argina con un "non si può ampliare la pianta organica"; qualunque richiesta di forme di incremento salariale ed il ricorso contrattualmente garantito alla libera professione aziendale, si ferma davanti allo "spendiamo già anche troppo". I Dirigenti sono sempre più arrabbiati, delusi e frustrati, perché si sentono esclusi dalle scelte Aziendali, diventando meri esecutori di decisioni prese altrove a tavolino. Per questo motivo cerco di dare informazioni su quali strumenti contrattuali potere utilizzare per provare a cambiare questo sistema.

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

Tutti gli accordi che ho firmato hanno sempre avuto qualche difetto, per cui è difficile dire qual è ciò di cui vantarmi. Credo che l'ultimo accordo firmato con l'Azienda che regola l'orario di lavoro possa essere ritenuto un buon compromesso tra le ore lavorate ed eventualmente recuperabili e le ore prodotte, certificate e pagate con il fondo di disagio. Ritengo anche un successo il fatto di averlo condiviso e maturato assieme ai miei consiglieri e di poterlo condividere personalmente coi vari servizi che di solito apprezzano la fatica del lavoro di mediazione fatto per arrivare a quel risultato.

Il sogno nel cassetto resta l'Ospedale "territoriale", ovvero la possibilità per gli ospedalieri a fine carriera di uscire dalla morsa stritolante dei turni per andare a portare la propria competenza a casa del paziente. Questo a mio avviso ridurrebbe in modo significativo l'arrivo improprio dei pazienti in pronto soccorso e favorirebbe una più rapida dimissione dall'ospedale riducendo i rientri rapidi. Sono convinto che questo possa essere il futuro: le Case della Salute delle quali noi in Emilia Romagna siamo molto esperti, non hanno dato i risultati sperati di rafforzamento del territorio, forse anche perché affidati a chi non è abituato a gestire la complessità e la semi-acuzie.

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

Il rapporto tra i segretari aziendali dell'Emilia Romagna e la segreteria nazionale non è stato sempre tranquillo. Più volte, ed ultimamente anche con una lettera a firma di quasi tutti gli Aziendali alla quale ha risposto perso-

nalmente il segretario nazionale partecipando al nostro consiglio, abbiamo sottolineato quella che perceivamo come una lontananza tra i vertici di Roma e la base.

Abbiamo avuto spesso la sensazione di non ricevere sufficienti notizie o quantomeno di non riceverle con la dovuta rapidità. Altre volte ci siamo sentiti inscoltati nei nostri timori e perplessità; ma di fronte alla dimostrazione di errori che si stavano commettendo, dalla segreteria ci siamo sentiti negare quanto detto, anche se il tempo ci ha poi dato ragione.

Faccio un accenno anche al rinnovo delle cariche statutarie nel 2018: vorrei vedere più figure che ancora stanno "sul campo di battaglia" e meno "generali a riposo", che difficilmente possono continuare ad essere rappresentativi di chi sul campo cade e si rialza tutti i giorni. I generali restano la memoria storica sulla quale costruire il nuovo, consiglieri indispensabili, ma non possono continuare ad essere front men di un sindacato che si rinnova. Altrimenti rischiamo che il nostro sindacato diventi a breve Anaaop: aiuti e assistenti ospedalieri pensionati!

Le mie aspettative sul contratto vanno un po' contro tendenza. Infatti vorrei che il contratto facesse prima di tutto certezza su tutto ciò che è arbitrario specialmente rispetto all'orario di lavoro, ai riposi, ai calcoli sulle piante organiche, alle riorganizzazioni inventate dalle nostre Aziende (tipo guardie su più presidi o su centinaia di posti letto in più Reparti, Dipartimenti interaziendali quando le fusioni non sono possibili, calcolo degli straordinari). Se poi arrivano anche i soldi, ben vengano.

**Infine una domanda per il futuro. Qual è il suo rapporto con Anaaop Giovani?**

Quando è nata Anaaop Giovani l'ho immediatamente pensata come un'ottima soluzione alla difficoltà di raggiungere i nuovi assunti nelle nostre Aziende e per farli diventare nuovi iscritti. Ma anche una possibilità concreta di formare la nuova classe quadri del nostro sindacato, che ha nel nome originale la vera natura di coloro che devono essere, a mio avviso, prioritariamente rappresentati: gli ultimi arrivati nella catena del lavoro. Ho però la sensazione che di questa necessità alla maggiore presenza sul campo dei giovani ce ne stiamo rendendo conto con il tempo e l'esperienza di questi anni.

“  
Il sogno nel cassetto resta l'Ospedale "territoriale", ovvero la possibilità per gli ospedalieri a fine carriera di uscire dalla morsa stritolante dei turni per andare a portare la propria competenza a casa del paziente

Unità di crisi  
permanete  
al ministero  
della Salute

## Necessario un chiarimento alla luce della legge Gelli-Bianco



**CARLO PALERMO**  
Vice Segretario  
Nazionale Vicario  
Anaao Assomed

**La morte di una donna** di 39 anni ricoverata presso l'Ospedale di Iglesias, che ha presentato complicazioni dopo aver dato alla luce due gemelle, ha attivato, come in genere avviene per i gravi eventi avversi, l'intervento della *task force* dell'unità di crisi permanente del Ministro Beatrice Lorenzin. Si tratta di uno dei primi interventi di questa *task force* dopo l'approvazione della legge Gelli-Bianco sulla sicurezza delle cure e la responsabilità professionale.

È un dovere del sistema pubblico analizzare gli eventi sentinella, capirne le cause e consentire, se necessario, di mettere in sicurezza il sistema evitando così che si possano ripetere. Se per agire preventivamente si dovesse aspettare la verità giudiziaria i tempi sarebbero decisamente più lunghi e nel frattempo potrebbero accadere altri incidenti.

Perché ciò si realizzi sono però necessarie precise condizioni operative che la recente legge Gelli-Bianco ha stabilito ma che sembrano essere non convergenti con quanto stabilito dal Decreto ministeriale del 27 marzo 2015 che istituisce l'Unità di Crisi permanente.

La presenza dei Nas nella *task force* ministeriale appare la contraddizione più evidente.

Con il Dm richiamato, il Ministro della Salute Beatrice Lorenzin, istituì l'unità di crisi permanente "con il compito di individuare con tempestività procedure e strumenti atti a ridurre il rischio di ripetizione di eventi infausti o di particolare gravità che si verificano nell'ambito dell'attività di erogazioni di prestazione da parte del Servizio sanitario nazionale e di coordinare gli interventi a tal fine necessari per rendere più efficiente e immediata l'azione del medesimo Ministero o delle altre Istituzioni competenti" (art. 1).

L'unità di crisi, costituita da figure di vertice del Ministero, Agenas, Regioni, Iss, Carabinieri Nas e loro supplenti, si sarebbe avvalsa, come è sempre avvenuto sino a oggi, di una *task force* di esperti, di cui hanno sempre fatto parte milita-

ri dei Nas. La loro presenza ha fatto inevitabilmente dubitare i professionisti sulle finalità non punitive e di ricerca delle responsabilità professionali di questo organismo.

L'intenzione del Ministro era quindi solo in parte coerente con le finalità dei sistemi di segnalazioni e apprendimento, almeno così come concepiti dall'Organizzazione mondiale della sanità e dal Consiglio d'Europa nella Raccomandazione del 9 giugno 2009 sulla sicurezza del paziente (2009/C 151/01) che per l'appunto prescrivono che tali sistemi devono essere privi di carattere punitivo e differenziati da quelli disciplinari, chiarendo le implicazioni giuridiche relative alla responsabilità.

La Legge Gelli-Bianco, approvata lo scorso 8 marzo (Legge 24/2017), detta nuovi indirizzi sulla sicurezza delle cure e la responsabilità professionale e promuove i sistemi di segnalazione e apprendimento in una logica non punitiva, stabilendo a tal fine (art. 16) che "I verbali e gli atti conseguenti all'attività di gestione del rischio clinico non possono essere acquisiti o utilizzati nell'ambito di procedimenti giudiziari". È appena il caso di ricordare che questo è uno degli elementi centrali della legge, la quale considera tali atti degni del livello di segretezza proprio degli atti della magistratura.

La contraddizione della presenza dell'autorità giudiziaria nella *task force* è quindi emersa in modo evidente.

È necessario a questo punto, visto il dovere che i Carabinieri hanno di riferire alla Magistratura inquirente, essere chiari su quale sia la reale funzione di questa Unità di Crisi e della sua *task force* e rispondere alle seguenti domande:

è un organismo ispettivo con la funzione di ricercare le responsabilità professionali di reati per cui la presenza dei Nas è giusta e necessaria?

oppure è un organismo del sistema di segnalazione e apprendimento di Agenas e Regioni con la funzione di mettere in sicurezza la struttura evitando il ripetersi nell'immediatezza di altri eventi avversi?

Crediamo che si tratti di una questione importante che necessita di un chiarimento.

Entrambe le funzioni sono giuste e legittime ma bisogna uscire dalle ambiguità e principalmente non possono coesistere per metodi e finalità in un unico organismo di inchiesta.

In Inghilterra, uno dei paesi che per primi ha iniziato a occuparsi di rischio clinico e sicurezza del paziente, l'intervento della *Investigation branch* ministeriale non prevede al suo interno la presenza della polizia giudiziaria. Le sue finalità non sono punitive ma preventive.

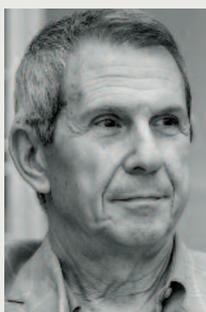
Alla luce della Legge Gelli-Bianco sarebbe necessario avere due linee d'intervento autonome e indipendenti:

ispezione del Ministero e Nas con propri consulenti mirata a fornire elementi di prova alla magistratura inquirente; audit per eventi significativi di Agenas e Regioni con propri consulenti mirato a mettere in sicurezza il sistema sanitario ma con la protezione dei documenti prodotti.

L'attuale modalità d'intervento del Ministero della Salute lascia molto perplessi e risulta in evidente contraddizione con i suoi principi ispiratori e con i modelli di *reporting&learning* che, come già detto, non devono avere carattere punitivo e implicazioni giuridiche relative alla responsabilità.

Al momento attuale sarebbe corretto e giusto dare ai professionisti coinvolti negli interventi della *task force* ministeriale, il famoso avviso della polizia statunitense: "Lei ha il diritto di rimanere in silenzio e qualsiasi cosa dirà potrà essere usata contro di lei in Tribunale. Ha diritto ad un avvocato, se non può permettersi un avvocato gliene sarà assegnato uno d'ufficio".

**Intervista a Mario Lavecchia**  
Vice Segretario Nazionale  
Anaa Assomed



**MARIO  
LAVECCHIA**

**Dopo 15 anni** dall'approvazione del primo Dpcm che definiva i Lea e, dopo almeno un anno di fermo, il testo era già pronto nel 2015 e il relativo finanziamento era stato previsto nella legge di stabilità del 2016, sono stati completati tutti i passaggi e attendiamo solo la pubblicazione sulla gazzetta ufficiale. Fatta questa premessa è opportuno sottolineare che il nuovo Dpcm si differenzia dal precedente sia nella forma che nel contenuto. Il nuovo Dpcm, infatti, non è più uno sterile elenco di prestazioni erogabili dal Ssn in applicazione di norme previste in precedenti decreti o leggi, ma diventa, esso stesso, fonte primaria di riferimento per le disposizioni in esso contenute. Inoltre il Dpcm nel definire le attività, i servizi e le prestazioni garantite dal Ssn, ne indica anche le caratteristiche e i limiti definendo, in alcuni casi, le condizioni cliniche (appropriatezza prescrittiva e appropriatezza clinica) e/o organizzative (appropriatezza organizzativa), che fanno sì che dette prestazioni o servizi siano garantiti dal Ssn. Nello specifico il Dpcm riscrive tutti i capitoli previsti nel precedente Dpcm dal nomenclatore della specialistica ambulatoriale e dell'assistenza protesica all'elenco delle malattie rare e delle malattie croniche ed invalidanti mentre, dal punto di vista organizzativo, alcune prestazioni, oggi garantite solo in regime di ricovero, Dh o Ds, diventano erogabili ambulatorialmente. Infine sono state escluse prestazioni diventate obsolete e ne entrano altre, che dopo anni di sperimentazioni hanno dimostrato la loro validità, compreso alcune prestazioni altamente tecnologiche. In definitiva nel Dpcm si è cercato di tenere conto delle mutate condizioni epidemiologiche, dei progressi raggiunti dalla medicina anche in campo tecnologico, farmaceutico e si è tentato di superare, almeno in parte, le critiche generate dall'emanazioni del dm 9 dicembre 2015 in materia di appropriatezza prescrittiva.

**Più nello specifico, il Decreto richiede di mettere nel Lea delle prestazioni anche tecnologiche: ci sono le coperture economiche? E le Regioni sono tutte pronte ad andare in questa direzione? Ho sentito alcuni temere che possa essere nuova causa di sanità a macchia di leopardo**

Non è sufficiente aver ridefinito le prestazioni e i servizi erogabili dal Ssn se poi non viene previsto un adeguato finanziamento. Su questo punto vi è stato un lungo braccio di ferro tra Stato e Regioni prima sulla individuazione del livello di finanziamento necessario poi, sulla congruità del finanziamento di 800 milioni di euro previsti nella legge di stabilità del 2016. Dopo circa un anno di inutili discussioni ed incontri fra le parti, il finanziamento previsto nella legge di stabilità del 2016 è rimasto invariato, con una generica promessa di verifica in corso del 2017.

**Il finanziamento previsto sarà sufficiente per finanziare quanto previsto compreso le prestazioni altamente tecnologiche?**

La Relazione finanziaria allegata al decreto, tenendo conto delle prestazioni già individuate nel precedente Dpcm del 2001 e, teoricamente, già finanziate, dopo un attento bilanciamento tra risparmi e costi per le nuove prestazioni, ha ritenuto congrua la cifra stanziata. Tuttavia le Regioni sono del parere che ne servireb-

## Nuovi Lea sotto i riflettori

**Cosa cambia, rispetto ai precedenti Lea?**

**Qual è l'aspetto più interessante e positivo di questo nuovo Decreto? Il Ministro della Salute in un suo twitter ha definito il provvedimento di emanazione dei nuovi Lea come "un passaggio storico per la sanità italiana".**

**È condivisibile questo entusiasmo?**

*Intervista  
Pubblicata su  
Tecnica  
Ospedaliera  
n. 4/2017*



bero circa il doppio. Molti esperti ritengono che il finanziamento previsto, come peraltro il finanziamento complessivo del Ssn, sia insufficiente. Certamente i cittadini pagheranno di più le prestazioni (per esempio le prestazioni in precedenza erogabili in regime di ricovero, oggi diventano tali solo ambulatorialmente con pagamento del ticket se non esenti).

Altro elemento che influenzerà e non di poco, la reale fruibilità dei nuovi Lea da parte dei cittadini, siano essi prestazioni di alta tecnologia o meno, sono i livelli organizzativi necessari per poterli erogare.

È noto che a causa del blocco del turnover del personale, previsto da anni dalle leggi di stabilità, e della ridefinizione (=riduzione dei posti letto) della rete ospedaliera, prevista dal Dm 70 del 2015, oltre alla incompleta riorganizzazione dei servizi territoriali, salvo poche realtà regionali, è prevedibile che, almeno nell'immediato nella più ottimistica previsione, le prestazioni e i servizi previsti dai Lea saranno realmente fruibili solo in parte e a macchia di leopardo

**Una volta in Gazzetta Ufficiale, cosa si dovrà ancora fare per renderli verità concreta?**

Le norme transitorie del Dpcm prevedono che l'individuazione di criteri per uniformare le modalità di erogazione di alcune prestazioni siano oggetto di successivi appositi accordi tra Stato e Regioni. Inoltre, sarà necessario fissare le tariffe per le nuove prestazioni previste nel nomenclatore delle prestazioni specialistiche ambulatoriali tenendo anche conto delle modifiche apportate all'elenco delle malattie corronche, mentre per le malattie rare bisognerà prioritariamente individuare i centri specialistici autorizzati ed in alcuni casi costruire la rete di supporto. Di conseguenza dopo la pubblicazione del Dpcm sulla Gazzetta Ufficiale, bisognerà attendere gli accordi soprarmenzionati prima che tutto sia realmente erogabile e fruibile.

**Altri punti da sottolineare, ne sarei ben felice.**

Due punti sono meritevoli di menzione. Il primo: l'aver previsto una commissione nazionale che con periodicità annuale riveda il decreto dei Lea è certamente un fatto positivo e se verrà messa in condizione di poter lavorare, come presumo essere nelle intenzioni di chi l'ha prevista, potremmo avere, oserei dire in tempo reale e non ogni 15 anni, dei Lea al passo con le mutate condizioni epidemiologiche e delle novità in campo medico, farmacologico e tecnologico.

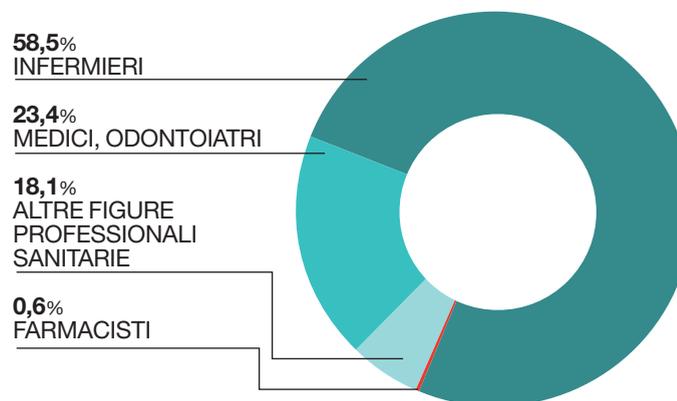
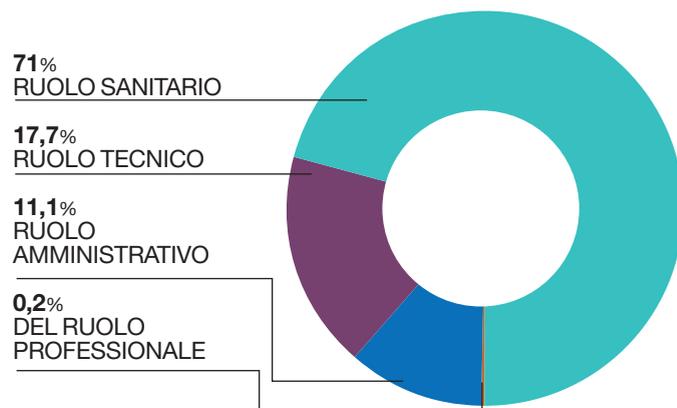
Il secondo: con il Dpcm è stato compiuto il primo passo, occorre farne almeno altri due affinché i Lea siano realmente fruibili da tutti i cittadini indipendentemente dal luogo di residenza e appartenenza di ceto, occorre cioè dare le gambe al Dpcm che sono essenzialmente una dotazione finanziaria congrua e livelli organizzativi, risorse umane e tecnologiche, altrettanto congrui. Infatti, come è noto ed ovvio, i Lea non diventano fruibili per decreto. Si è fatto il primo passo con la rivisitazione dei Lea, per gli altri due punti, il cammino è ancora lungo ed in parte ed in alcune parti non è ancora neanche iniziato.

## Personale Ssn 2013

**Un esercito di 626.350** unità di personale dipendente, il 65% sono donne e il 35% uomini. Di questi, il 71% appartiene al ruolo sanitario, il 17,7%, a quello ruolo tecnico, l'11,1% del ruolo amministrativo e il restante 0,2% del ruolo professionale. Nel plotone del ruolo sanitario la parte del leone la fanno gli infermieri (il 58,5%), seguiti dai medici e dagli odontoiatri il 23,4%, e dai farmacisti lo 0,6%, mentre il restante 18,1% sono altre figure professionali sanitarie (personale laureato; dirigenti delle professioni sanitarie; personale tecnico - sanitario; personale con funzioni riabilitative; personale di vigilanza-ispezione) È questa la fotografia del personale del Ssn nel 2013 scattata dal ministero della Salute e pubblicata nell'annuario sul "Personale delle Asl e degli istituti di ricovero pubblici ed equiparati". Una fotografia che non è tanto importante per i numeri complessivi che illustra (il Conto annuale della Ragioneria generale dello Stato su cui si basano i contratti è aggiornato al 2015), ma per la suddivisione che dà della forza lavoro nelle singole tipologie di struttura del Servizio sanitario pubblico. I numeri ovviamente sono in alcuni casi sovrapponibili e il vero valore, come lo stesso Ministero sottolinea, è la consistenza percentuale della presenza delle singole figure nelle varie tipologie di strutture. Così nel 2013 il personale dipendente delle Asl era composto da 416.941 unità di cui 64,8% donne e 35,2% uomini. Di questi il 69,2% facevano parte del ruolo sanitario, il 17,5%, del ruolo tecnico, il 13,0% del ruolo amministrativo e il restante 0,3% del ruolo professionale. Il personale con profilo infermieristico era il 56,4% del totale del ruolo sanitario, i medici e gli odontoiatri il 23,7%, i farmacisti ancora lo 0,6%, mentre il 19,9% erano le altre figure professionali sanitarie descritte prima.

Ci sono poi le strutture di ricovero pubbliche ed equiparate, dove il personale nel 2013 ammontava a 547.594 unità, di cui il 74,8% del ruolo sanitario (il 59,9% erano infermieri, 25,4% medici e odontoiatri, il 14,7% le altre figure professionali sanitarie, i farmacisti lo 0,4%), il 17,5%, del ruolo tecnico, il 7,5% del ruolo amministrativo e lo 0,2% dal ruolo professionale.

# Ssn: il 65% è donna



## Nel ruolo sanitario poco più di due su dieci sono medici e odontoiatri

Passando alle Aziende ospedaliere, in tutto la forza lavoro era nel 2013 di 138.643 unità di cui 67,1% donne e 32,9% uomini. La parte del leone percentualmente è sempre del ruolo sanitario di cui ne facevano parte il 72,6%, lasciando il 18,2% al ruolo tecnico, il 9,0% dal ruolo amministrativo e anche in questo caso solo lo 0,2% al ruolo professionale. Ancora più consistente è la percentuale di personale con profilo infermieristico che costituiva il 61% del totale del ruolo sanitario, i medici e gli odontoiatri il 24,4%, i farmacisti in questo caso quasi il 2%, mentre il 14,6% è rappresentato dalle altre figure professionali sanitarie.

Negli ospedali a gestione diretta delle Asl invece c'erano 247.164 unità: il 78,5% del ruolo sanitario, il 16,8%, del ruolo tecnico, il 4,6% del ruolo amministrativo e appena lo 0,1% dal ruolo professionale. Nel ruolo sanitario il

61,8% erano infermieri, i medici e gli odontoiatri il 24,7%, i farmacisti lo 0,4%, il 13,5% le altre figure professionali sanitarie. Nelle Aziende Ospedaliere Universitarie e i Policlinici Universitari privati nel 2013 erano presenti 87.957 unità di personale, anche in questo caso in grande maggioranza, il 71,1% del ruolo sanitario, il 18,6%, dal ruolo tecnico, il 10,1% del ruolo amministrativo e lo 0,2% dal ruolo professionale. Nel ruolo sanitario il 57,6% erano infermieri, il 27,4% medici e gli odontoiatri, lo 0,4% i farmacisti, mentre il 15% era rappresentato da altre figure professionali sanitarie. Nelle strutture di ricovero equiparate alle pubbliche, quindi Policlinici Universitari privati, Irccs privati e pubblici, ospedali classificati, Istituti privati qualificati presidio Asl e Enti di Ricerca, il personale dipendente era di 70.161 unità. Di questo il 70,9% era rappresentato dal



**Nel 2013 il personale dipendente delle Asl era composto da 416.941 unità di cui 64,8% donne e 35,2% uomini**

ruolo sanitario, il 17,1%, dal ruolo tecnico, l'11,7% dal ruolo amministrativo e il restante 0,3% dal ruolo professionale. Le unità di personale con profilo infermieristico erano il 53,2%, i medici e gli odontoiatri il 27,4%, i farmacisti lo 0,4%, mentre il 19,4% era rappresentato da altre figure professionali sanitarie. Negli Irccs privati e negli Irccs fondazioni private nel 2013 c'erano nel 22.326 dipendenti, il 69,6% ruolo sanitario, il 15,2% tecnico, il 14,7% amministrativo e lo 0,5% del ruolo professionale. Gli infermieri erano il 48,1% del totale del ruolo sanitario, i medici e gli odontoiatri il 26,9%, i farmacisti lo 0,4% e le altre figure professionali il 25,0 per cento. Negli Irccs pubblici e in quelli Fondazioni pubbliche invece i dipendenti erano 22.384: il 70,4% del ruolo sanitario, il 18,6%, del ruolo tecnico, il 10,7% del ruolo amministrativo e lo 0,3% del ruolo professionale. Gli infermieri erano il 55,8% del totale del ruolo sanitario, i medici e gli odontoiatri il 26%, i farmacisti lo 0,5%, mentre il 18,2% erano altre figure professionali sanitarie.

# Studio della distribuzione per genere dei dipendenti all'ex Aou San Giovanni Battista di Torino

Quasi 7 dipendenti su 10 sono donne e guadagnano il 78% di quanto percepiscono gli uomini

La Commissione Europea ha stabilito che ogni anno venga determinata la "Giornata europea per la parità retributiva" tra uomini e donne, che fissa il giorno fino al quale le donne devono lavorare per guadagnare lo stesso stipendio che gli uomini hanno guadagnato l'anno prima. Nel 2014, e per il secondo anno di seguito, questa giornata è caduta il 28 febbraio, il che significa che per 59 giorni le donne europee hanno lavorato a "salario zero" rispetto agli uomini: il differenziale retributivo di genere, cioè la differenza media tra la retribuzione oraria lorda di donne e uomini nell'intera Unione Europea, è rimasto praticamente immutato negli ultimi anni e si è attestato sul 16.4% (1). La Commissione rileva inoltre che anche dove si è registrato un miglioramento non c'è da cantare vittoria: il livellamento dei salari è determinato da fattori particolari quali la crescita della percentuale di lavoratrici con un più elevato livello di istruzione e l'impatto della recessione economica (che ha colpito maggiormente i settori a prevalente manodopera maschile, come l'edilizia e l'ingegneria), e non è da attribuire esclusivamente ad aumenti della retribuzione femminile o ad un miglioramento delle condizioni di lavoro delle donne.

Le rilevazioni di Bruxelles segnalano per l'Italia una situazione migliore di quella di altri Paesi della UE: il differenziale retributivo è pari al 6.7%, ma è in costante aumento in questi anni di crisi (nel 2008 era del 4.9%). Non bisogna poi dimenticare che l'Europa ha già sottolineato che nel nostro Paese la partecipazione delle donne al mercato del lavoro resta modesta e che l'Italia presenta uno dei maggiori divari di genere nell'occupazione a livello di Unione Europea (2).

L'analisi per genere dei redditi da lavoro annui, e quindi della distribuzione dei redditi, bene si presta a studi e ricerche sulla segregazione funzionale e professionale, sulla povertà o sui rischi di povertà femminile (3), sulla precarietà del lavoro; ed è utile anche ad anticipare problematiche future, quali il tema delle differenze nei redditi attesi da pensione tra lavoratori e lavoratrici

*A cura del Comitato unico di garanzia del presidio Molinette: Carla Lavarini, Paola Borelli, Liala Burato, Angela Ianni, Palarchio Paola Omedè, Daniela Robotti e Maria Teresa Sorrentino*

*Elaborazione Dati: Fulvio Ricceri  
Supervisione: Carlotta Sacerdote*

attualmente occupati (4,5). In Italia i differenziali salariali di genere e le progressioni di carriera femminili sono oggetto di studi approfonditi, in modo diffuso, da poco tempo (6,7,8,9).

Il tema della parità di genere tra i lavoratori del Ssn compare raramente nel dibattito pubblico, anche perché è diffusa l'idea che nelle pubbliche amministrazioni, a differenza del settore privato, il divario tra donne e uomini sia pienamente colmato. Una decina di anni fa avevamo già affrontato l'argomento in una dettagliata ricerca, unica nel suo genere, nella quale avevamo dimostrato in modo inequivocabile l'esistenza di differenziali retributivi di genere tra gli operatori della allora Aso S. Giovanni Battista di Torino (10). Il presente lavoro si propone di valutare se persistano le disparità basate sul genere che avevamo rilevato e, scorpendo i diversi elementi che compongono il "puzzle" stipendiale, di comprendere i fattori che stanno alla radice dei differenziali retributivi di genere partendo dal confronto tra i risultati ottenuti con l'analisi dei dati del triennio 2010-2012 e quella del quadriennio 1999-2002. In questo secondo lavoro il problema dei possibili confondenti "maternità" e "part time" si è potuto risolvere a priori sottraendo subito, con la pulizia delle coorti, tutte/i le/i dipendenti in tali condizioni; inoltre il salario è stato analizzato non solo nella sua interezza, ma anche nelle tre parti costitutive (fisso, accessorio, di risultato), il che ha permesso anali-

si più puntuali. Rispetto al lavoro precedente la dirigenza Professionale Tecnica Amministrativa (Pta) non è stata più presa in considerazione, data l'esiguità numerica di questo sottogruppo. A distanza di circa dieci anni la distribuzione media per sesso del totale dei dipendenti è cambiata: si è assistito ad una progressiva femminilizzazione dell'ospedale Molinette, evidente anche nell'arco dei tre anni analizzati singolarmente, perché le donne sono passate dal 67.5% medio del periodo 1999-2002 al 72.4% del triennio 2010-2012. Nelle coorti pulite la percentuale media di donne scende al 68.8% e quella degli uomini sale al 31.2%, soprattutto per effetto della sottrazione delle/dei dipendenti in maternità (Tab. 1) e delle/dei dipendenti con contratti part-time (Tab. 2); occorre inoltre notare che la media di giorni trascorsi in congedo per maternità degli uomini è di 17.5, mentre per le donne è di 89.0. Si dimostra così ancora una volta che queste situazioni lavorative, in cui vi è sensibile decurtazione del reddito, pesano in buona sostanza quasi esclusivamente sulle donne; in particolare, le donne in part-time rappresentano mediamente il 17.5% e gli uomini il 2.3% del totale.

Rimane evidente la forbice salariale: la suddivisione media del monte emolumenti percepito è per il 55.7% a beneficio degli uomini e per il 43.3% a beneficio delle donne, che rappresenta un lieve miglioramento rispetto al dato precedente (nel quadriennio 1999-2002 la suddivisione media del monte emolumenti percepito era per il 58% a beneficio degli uomini e per il 42% a beneficio delle donne).

Il confronto delle medie salariali suddivise per macrocategoria ha evidenziato delle sostanziali differenze tra le macrocategorie:

**Tabella 1**  
Dipendenti in maternità negli anni 2010-2012, espressi come numero assoluto e (percentuale)

	2010	2011	2012
Maschi	47 (12)	42 (10)	38 (9)
Femmine	355 (88)	384 (90)	372 (91)
<b>Totale</b>	<b>402</b>	<b>426</b>	<b>410</b>

**Tabella 2**  
Media dei part-time nel triennio 2010-2012, espressa come percentuale per categoria

	Operai	Quadri-impiegati ruolo non sanitario	Quadri-impiegati ruolo sanitario	Dirigenza medica e sanitaria
Maschi	2,06	4,41	2,8	1,06
Femmine	13,25	13,99	23,4	6,36
<b>Totale</b>	<b>402</b>	<b>426</b>	<b>410</b>	

## 1. OPERAI

In questa categoria gli uomini rappresentano, nella media dei tre anni, il 29.7% del totale, con un decremento dal 31% del 2010 al 29% del 2012; anche qui, come nel dato generale, si assiste ad una progressiva femminilizzazione della categoria, perché nel lavoro precedente gli uomini rappresentavano il 32-33% del totale. I differenziali salariali sono sempre statisticamente significativi a favore degli uomini, in tutte le parti stipendiali, in tutti i tre anni analizzati; il differenziale inoltre non solo aumenta dal 2010 al 2012, ma dimostra un peggioramento rispetto alla situazione del periodo 1999-2002, a conferma del fatto che in periodi di crisi economica sono le fasce deboli a risentirne maggiormente e ancor più le donne, che rappresentano la parte più fragile della fascia debole. Si può notare però che in questa categoria gli uomini hanno un'anzianità di servizio maggiore che può spiegare, seppure solo in parte, alcune delle differenze rilevate.

## 2. QUADRI-IMPIEGATI ruolo sanitario

In questa categoria gli uomini rappresentano, nella media dei tre anni, costantemente il 28% del totale e sono aumentati rispetto al lavoro precedente (in cui rappresentavano mediamente il 24% del totale). I differenziali salariali sul totale degli emolumenti non sono statisticamente significativi (lo erano nello studio precedente). Si evidenzia un forte differenziale significativo a favore degli uomini nello stipendio variabile, mentre vi è un differenziale minore in termini assoluti, ma statisticamente significativo a favore delle donne, nello stipendio fisso. In questa macrocategoria si conferma una costante spesso presente nelle ricerche che abbiamo consultato: la discriminazione economica è riferibile alla minor disponibilità di tempo delle donne da dedicare al lavoro a causa del carico familiare, con conseguente minor aggressività nel contendere agli uomini il salario accessorio.

## 3. QUADRI-IMPIEGATI ruolo non sanitario

In questa categoria gli uomini rappresentano, nella media dei tre anni, costantemente il 21% del totale (nel lavoro precedente erano mediamente il 28%). L'ulteriore femminilizzazione della categoria spiegherebbe il fatto che i differenziali salariali non sono statisticamente significativi, mentre lo erano nello studio precedente.

## 4. DIRIGENTI MEDICI E DIRIGENTI SANITARI

In questa macrocategoria, presa nel suo complesso (per indisponibilità dei dati non sono stati inseriti i dipendenti universitari convenzionati), assistiamo chiaramente al fenomeno della femminilizzazione progressiva: nel 2010 gli uomini rappresentano il 51% del totale, nel 2011 il 50% e nel 2012 il 49%, e se analizziamo la dirigenza medica separatamente, gli uomini rappresentano il 53% nel 2010 e scendono al 52% nel 2011 e 2012 (nel lavoro precedente i dirigenti medici uomini erano il 59% nel 1999 e arrivavano al 56% nel 2002). I differenziali salariali sul totale degli emolumenti sono statisticamente significativi, confermando il dato dello studio precedente. Si evidenzia un forte differenziale significativo a favore degli uomini nello stipendio fisso, che rispecchia la sperequazione nelle progressioni di carriera; vi è un minor differenziale, anche se significativo, nel salario accessorio (sempre a vantaggio degli uomini) e un differenziale statisticamente significativo a favore delle donne nel salario di risultato, evento che tuttavia è lungi dal compensare il pesante differenziale complessivo a favore degli uomini.

Se analizziamo la macrocategoria nei tre sottogruppi, possiamo rilevare che: Nel sottogruppo **dirigenza medica apicale** non compaiono differenziali statisticamente significativi né nel totale degli emolumenti né nelle voci costitutive, ma gli uomini rappresentano mediamente il 74% del totale: si dimostra ancora una volta come l'accesso a ruoli dirigenziali "alti", in sanità, sia per le donne molto più difficoltoso, nonostante la progressiva femminilizzazione della dirigenza medica.

Nel sottogruppo **dirigenza medica non apicale** (il più numeroso) gli uomini rappresentano mediamente il 51% del totale. Il totale degli emolumenti, come anche in parte il salario fisso e quello variabile, presentano differenziali statisticamente significativi a favore degli uomini; il salario accessorio, invece, è favorevole alle donne in modo significativo (le donne dirigente medico impiegate nei Servizi sono molto più numerose). Nel sottogruppo **dirigenti sanitari** (in cui abbiamo eliminato i pochissimi apicali) non ci sono differenziali statisticamente significativi, ma il numero di uomini rappresenta solo il 2% del totale. Il modello di regressione lineare multivariato saggiato per classe di anzianità e sesso dimostra una volta ancora inequivocabilmente che la variabile "sesso femminile" è sempre fortemente significativa nel determinare una sensibile diminuzione di emolumenti in tutte le categorie e per tutti gli

anni analizzati, a conferma del dato identico riscontrato nel 1999-2002, mentre la classe di anzianità in tutti i gruppi determina un aumento stipendiale. L'età risulta essere significativa nell'aumentare lo stipendio nella macrocategoria "dirigenza medica e sanitaria" e in parte anche in quella "quadri-impiegati ruolo sanitario".

## Riassumendo i dati del periodo 2010-2012:

- Si è assistito ad una femminilizzazione del personale delle Molinette (si è passati dal 67.5% medio del periodo 1999-2002 al 72.4% medio del periodo 2010-2012; dati non ripuliti).
- Dopo ripulitura dei dati, determinata per la gran parte dall'eliminazione di maternità e contratti part-time, le donne scendono al 68.8%.
- Il genere femminile rappresenta il 68.8% del totale dei dipendenti e si divide il 44.3% del totale degli stipendi; il genere maschile rappresenta il 31.2% del totale dei dipendenti e si divide il 55.7% degli stipendi.
- Le donne guadagnano il 78% di quanto guadagnano gli uomini dell'Azienda (nello studio precedente era il 71%). Un'Azienda attenta al benessere dei suoi dipendenti dovrebbe affrontare anche le criticità che abbiamo rilevato seguendo un approccio misto: in parte operando direttamente sui problemi, assicurandosi che la modifica sull'effetto retroagisca sulla causa (approccio down-to-the-top); in parte operando sulle cause, per consentire che gli interventi sui problemi non rischino di gravare sulle donne stesse in termini di difficoltà nella conciliazione lavoro-vita privata (approccio top-down) (11). Nel contesto sanitario attuale, in cui le risorse finanziarie sono limitate, le proposte dovranno essere classificate a seconda dell'investimento di risorse pubbliche che richiedono e, alla luce di questo, ordinate secondo un diverso livello di fattibilità e priorità.

## Facciamo due esempi di possibile intervento, che riguardano nello specifico il problema delle sostituzioni delle assenze per maternità e quello del part-time:

**1. Sostituire una lavoratrice in maternità** non è solo una tutela nei confronti della donna e del nascituro, ma anche un diritto dell'équipe in cui la futura mamma lavora e dei cittadini che a quella équipe si affidano, perché la mancata sostituzione determina un aggravio di lavoro per il gruppo. Sarebbe auspicabile che le Aziende potessero sostituire le assenze per maternità e che fossero disponibili per ogni disciplina graduatorie regionali a cui attingere in modo rapido e trasparente. Nella nostra Azienda si dovrebbe quanto meno procedere ad una mappatura del fenomeno per verificare se e come le mancate sostituzioni incidano sull'attività lavorativa dei vari gruppi professionali e sulla efficienza dei servizi.

**Piemonte.**  
**Triennio 2010 – 2012**

**2. Il part-time è uno strumento di conciliazione lavoro-vita privata importante e già disponibile.**

Rappresenta però una sottrazione di ore lavorative all'équipe, è costoso per il datore di lavoro e penalizza dal lato previdenziale chi ne usufruisce. Nella nostra Azienda si è assistito, nel tempo, ad una progressiva saturazione della disponibilità di questo strumento, senza una parallela e doverosa revisione dei contratti part-time di lunga durata; ne risulta che le lavoratrici che fanno adesso richiesta di part-time non riescono a ottenerlo. Anche in questo caso l'Azienda dovrebbe monitorare il fenomeno e rivedere i contratti part-time di chi non fosse più nelle condizioni oggettive di avere diritto.

Il Comitato Unico di Garanzia delle Molinette, come il precedente Comitato Pari Opportunità, ha ottemperato ad uno dei suoi incarichi (quello della lotta alla discriminazione) presentando le sperequazioni salariali di genere oggettivamente presenti. Mettiamo questi risultati a disposizione degli Organismi di governo aziendale perché sanino una situazione che, pur se non dissimile da altre realtà italiane ed estere (per chi volesse, la tematica è approfondita nell'appendice "Per saperne di più..."), purtroppo non si è modificata nell'arco di dieci anni.

La nostra Azienda ha avuto il coraggio di affrontare, prima in ambito sanitario nazionale, il problema delle differenze salariali di genere al suo interno: e se fosse la prima a risolverlo?

**Bibliografia**

- (1) Commissione Europea: *Colmare il divario retributivo di genere nell'Unione Europea*, 2014
- (2) Commissione Europea: *Raccomandazione del Consiglio sul programma nazionale di riforma 2014 dell'Italia*, 2014
- (3) European Commission: *The gender pay gap and poverty*, 2010
- (4) Pronunce72. Osservazioni e proposte: *Il lavoro delle donne in Italia*, Assemblea, 21 luglio 2010
- (5) Cnel: *I differenziali retributivi di genere nel nostro paese*, Roma, 15 luglio 2008
- (6) Addabbo T., Favaro D.: *Differenziali salariali per sesso in Italia. Problemi di stima ed evidenze empiriche*, Rustichelli Emiliano (ed), 2007
- (7) Centra M., Cutillo A.: *Differenziale salariale di genere e lavori tipicamente femminili*, Collana Studi ISFOL, 2009
- (8) Villa P.: *Differenziali retributivi di genere. Come misurare e come leggere il differenziale salariale tra uomini e donne*, I libri del Fondo Sociale Europeo, Bolzano 2010
- (9) *Rompere il cristallo: i risultati di un'indagine ISFOL sui differenziali retributivi di genere in Italia*, Emiliano Rustichelli (ed), 2010
- (10) Tanturri G., Borelli P., Bessone C., Lavarini C., Ianni Palarchio A.: *Parità uomo-donna nel lavoro. Studio della distribuzione per genere degli occupati all'interno dell'A.S.O. S. Giovanni Battista di Torino*, Pubblicazione della Consigliera di Parità della Provincia di Torino, 2005
- (11) Istituto di Ricerche sulla Pubblica Amministrazione – Rapporto 1/2013: *La parità di genere nella pubblica amministrazione*

La versione integrale dello studio è pubblicata su [www.anaaopiemonte.it](http://www.anaaopiemonte.it) (per la versione cartacea)

# Lascio l'Anaa?

**Sono iscritto all'Anaa** da un trentennio, ho due figli medici che si affacciano al mondo lavorativo e mille perplessità.

Il nostro Ssn sta andando in frantumi, retto solo dall'abnegazione di chi ci lavora. Il disagio lavorativo cresce in maniera esponenziale.

I sindacati dichiarano di essere sempre "agitati", ma in realtà dormono. Non c'è più nemmeno l'eco delle iniziative e delle lotte che si facevano quando ho iniziato la mia professione. Solo offerte assicurative o di Fad, che si ritrovano ormai dappertutto.

Penso che sia ora di abbandonare la vecchia Anaa, ci sto pensando seriamente.

Dott. Giovanni Sicuso  
Iscritto Anaa Assomed Siracusa

Caro Sicuso,

la domanda che poni scorre come un fiume carsico all'interno di una categoria che comunque conserva un altissimo tasso di sindacalizzazione, vicino al 70%. Domanda giusta che però deve essere contestualizzata e sottoposta anche ad un esame controfattuale.

Le lotte di cui parli rimandano ad una generazione, la nostra, che ha vissuto l'ascesa della sanità pubblica prima della regionalizzazione, con partiti politici forti e vincoli economici deboli. Basti pensare che il Ccnl del 2000 portò ai soli dottori più di quanto stanzio per le aree meridionali. Oggi è cambiato il mondo intorno a noi e non solo per l'irrompere della crisi economica, che sta facendo da alibi a scelte politiche punitive verso tutto ciò che è pubblico, ma anche perché abbiamo interlocutori politici deboli e vincoli economici forti. Noi non avevamo mai conosciuto un blocco contrattuale della durata di 8 anni che, insieme con il blocco del turnover, ha fatto danni notevoli sulle retribuzioni e sulle condizioni di lavoro, specie al sud. La delusione è comprensibile non solo da parte di chi è sul punto di lasciare il lavoro, magari grazie a provvedimenti che questo sindacato ha ottenuto come il cumulo gratuito, ma soprattutto dei giovani che trovano un mondo diverso dal nostro. E non certo migliore, anche per nostri demeriti.

La tua domanda investe tutti, partiti e sindacati, anche quelli più grandi di noi con milioni di iscritti, come le confederazioni, che non mi pare abbiano avuto risultati migliori per i loro iscritti. Trovo comunque ingeneroso dimenticare, anche in que-

sti anni di fermo biologico, scioperi, manifestazioni, assemblee, sit-in, convegni. Certo con risultati non alla altezza delle aspettative, ma per la verità, nemmeno la partecipazione lo è stata. Ma cosa sarebbe successo senza l'Anaa e gli altri sindacati? La deriva privatistica sarebbe stata fermata? E le condizioni del lavoro migliorate? E le tutele professionali garantite? Basta vedere la indagine pubblicata da *La Stampa* la settimana scorsa. La invadenza pervasiva della politica non avrebbe avuto limiti.

Io continuo a credere che solo un sindacato può evitare di ridurre alla sfera personale le condizioni di lavoro, facendo del problema di uno il problema di tutti. Solo il sindacato può frenare la deriva verso forme di lavoro atipiche in un rapporto diretto tra potere e professionista. Pensi che 120mila medici sarebbero meglio tutelati, economicamente e professionalmente? Noi abbiamo un compito difficile, e magari non lo svolgiamo a meglio, ma se non vogliamo il lavoro al tempo del colera occorre rimanere uniti e operare per un contenitore sindacale più forte.

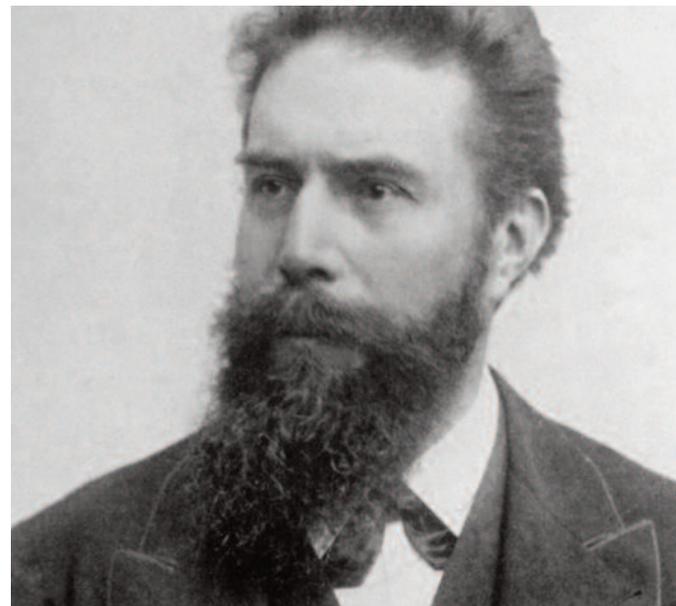
Cordiali saluti.

f.to  
COSTANTINO TROISE  
Segretario Nazionale Anaa Assomed

**PS.** Sarà anche vero che Fad ed assicurazioni, elementi essenziali della vita professionale, sono dati da tutti, ma certo non alle condizioni nostre, che danno valore al costo della iscrizione trasformandolo in investimento.

## I selfie in corsia? La moda iniziò nel 1895

**Il paziente** quando entra in ospedale perde due cose il controllo del proprio corpo e la propria privacy, contemporaneamente l'evoluzione tecnologica cambia il nostro modo di vivere quotidiano in maniera impercettibile progressiva e radicale



A iniziare la moda dei selfie in medicina fu lo scienziato Roentgen nel 1895 che immortalò la mano sinistra della moglie Anna Bertha: la radiografia rappresentava una mano femminile con la vera all'anulare. Questa immagine fece il giro del mondo poiché Roentgen inviò questa radiografia assieme ad una breve relazione alla società fisico medica di Wurzburg e a tutti i più noti scienziati dell'epoca.

Ora noi medici, figli dei nostri tempi, possiamo continuare questa sana moda di utilizzare la tecnologia per scambiare informazioni per migliorare la definizione della diagnosi e della terapia dei nostri pazienti e non dobbiamo lasciare spazio alla parte ludica che ci offre il sistema dei Social Network. Tuttavia va trovato il giusto compromesso dettato dall'etica della nostra professione. Accanto a degli evidenti abusi di queste piattaforme informatiche vi sono gruppi, ospitati nei social network, dove i medici si confrontano, condividono informazioni e migliorano le performance diagnostiche e terapeutiche.

Il Codice di Deontologia Medica (18/05/2014) all'articolo 10 esprime in maniera chiara la posizione del medico in materia di riservatezza recitando come segue: "Il medico deve mantenere il segreto su tutto ciò di cui è a conoscenza in ragione della propria attività professionale. La morte della persona assistita non esime il medico dall'obbligo del segreto professionale. Il medico informa i collaboratori e discenti dell'obbligo del segreto professionale sollecitandone il rispetto. La violazione del segreto professionale assume maggiore gravità quando ne possa derivare profitto proprio o altrui ovvero nocimento per la persona assistita o per altri...".

L'articolo 11 istruisce l'atteggiamento medico nei riguardi dei dati sensibili: "Il medico acquisisce la titolarità del trattamento dei dati personali previo consenso informato dell'assistito o del suo rappresentante legale ed è tenuto al rispetto della riservatezza, in particolare dei dati inerenti alla salute e alla vita sessuale. Il medico assicura la



**BRUNO NICORA**  
Anaao Giovani  
Lombardia  
Dirigente medico  
Asst Provincia  
di Pavia

non identificabilità dei soggetti coinvolti nelle pubblicazioni o divulgazioni scientifiche di dati e studi clinici. Il medico non collabora alla costituzione, alla gestione o all'utilizzo di banche di dati relativi a persone assistite in assenza di garanzie sulla preliminare acquisizione del loro consenso informato e sulla tutela della riservatezza e della sicurezza dei dati essi".

Concludendo appare innaturale arginare e contrastare l'evoluzione tecnologica, sta ai buoni professionisti sfruttare questa opportunità per perfezionare la propria attività e conseguentemente ottimizzare il livello di cura e assistenza dei pazienti. Tuttavia è un dovere sociale e culturale produrre testimonianze dell'epoca in cui viviamo. Non scriviamo i libri di storia della medicina con i selfie ma continuiamo la moda di Roentgen: elaboriamo le migliori pagine di questa professione con la nostra passione per la scienza medica e la necessaria umanità verso i nostri pazienti.

**SAVE  
THE DATE**

**3<sup>a</sup> Conferenza  
Nazionale**

**22-23 settembre 2017 Hotel Bologna Fiere, Bologna**

**Settore  
Anaao Giovani**

Genetica medica

## Appropriatezza diagnostica nella trombofilia ereditaria

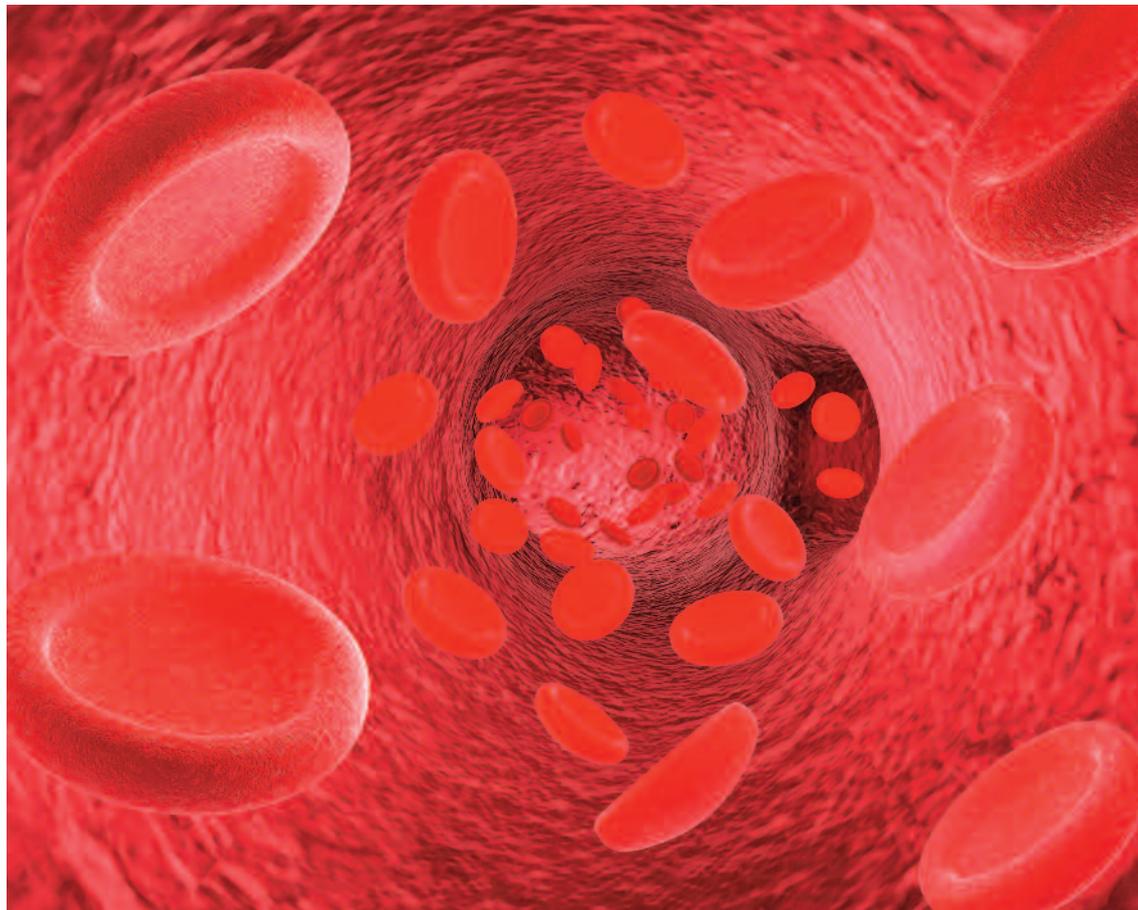
La trombofilia ereditaria comprende un gruppo di alterazioni riconosciute come malattie rare, con codice di esenzione permanente della spesa sanitaria RDG020.

In questo gruppo sono identificati i portatori di specifiche mutazioni genetiche che hanno una frequenza nella popolazione generale non superiore a 5 su 10 mila. In base al criterio di prevalenza nella popolazione generale possono ricevere il codice di esenzione RDG020 relativo alle alterazioni trombofiliche genetiche rare i portatori di:

- Mutazione G20210A per la protrombina in omozigosi
- Mutazione R506Q o fattore Vdi Leiden in omozigosi
- Entrambe le suddette mutazioni insieme in eterozigosi
- Deficit di antitrombina
- Una delle precedenti assieme a deficit congenito di proteina C (coagulativa) o proteina S
- Deficit congenito di proteina C (coagulativa) o proteina S con livelli di queste inferiori al 30%

Per la diagnosi di alterazione ereditaria trombofilica non sono invece considerati diagnostici i test genetici per la ricerca di polimorfismi nei geni MTHFR, PAI-I, ACE, HPA-I.

Nell'ultimo decennio la richiesta di test genetici per sospetta trombofilia ereditaria è significativamente aumentata rendendo gli stessi tra i test con maggiore tasso di inappropriatezza diagnostica. La carenza di percorsi multidisciplinari condivisi inoltre ha portato in questo settore ad una eterogenea interpretazione dei dati con conseguente errata inclusione tra i disturbi "rari" di condizioni comuni quali l'eterozigosi e l'omozigosi



**DI SILVIA MORLINO**

*Uoc Laboratorio di Genetica Medica, "Sapienza" Università di Roma*

*Ao San Camillo-Forlanini di Roma*

di polimorfismi nei geni MTHFR, PAI-I, ACE, HPA-I e per i geni del fattore XIII e del beta-fibrinogeno. Allo scopo di contribuire ad una migliore definizione dei criteri per l'accesso all'indagine molecolare per i fattori della coagulazione nell'inquadramento diagnostico delle trombofilie ereditarie si riporta di seguito una sintesi del percorso utile ad una corretta prescrizione. Il sospetto di uno stato trombofilico ereditario a seguito di un evento trombotico deve essere posto dall'analisi di alcuni dati anamnestici, quali ad esempio l'età precoce d'insorgenza, l'assenza di altri fattori di rischio, la presenza di una storia familiare positiva, la ricorrenza di tale evento e l'insorgenza in sedi non usuali, assieme a dati di laboratorio suggestivi di diatesi trombofilica. Nel caso di un evento trombotico sarà opportuno procedere in prima istanza al dosaggio ematico del tempo di protrombina (PT), tempo di trombina parziale attivata (aPTT), proteina S libera, proteina C coagulativa, fibrinogeno, resistenza alla proteina C attivata ed alla ricerca di anticorpi antifosfolipidi (Lupus anticoagulans, anticorpi anticardiolipina ed anti beta2glicoproteina). È opportuno considerare che l'esito dei test funzionali della coagulazione può essere influenzato da alcune condizioni intercorrenti, quali ad esempio la fase acuta dell'evento trombotico, l'assunzione di anticoagulanti orali o di estroprogestinici, la gravidanza, il puerperio o la presenza di epatopatia condizioni che, ovviamente,

non influenzano in alcun modo l'esito dei test genetici. Laddove i dati di laboratorio dovessero avvalorare l'ipotesi di trombofilia ereditaria sarà opportuno inviare il paziente ad un laboratorio di genetica medica dove, sulla base della specifica indicazione, verranno avviati gli accertamenti genetici appropriati che, in presenza di specifiche mutazioni patogenetiche, confermerebbero il sospetto diagnostico e renderebbero indicato un approccio di tromboprofilassi ed eventuale terapia specifica, di competenza dello specialista inviante o di un centro clinico di riferimento.

È inoltre da tenere in attenta considerazione il ruolo svolto da possibili patologie trombofiliche in gravidanza in quanto vi sono evidenze scientifiche che associano la trombofilia a poliabortività, pre-eclampsia e ridotta crescita fetale intrauterina. In questo caso le scelte terapeutiche circa l'utilizzo profilattico di farmaci antitrombotici dovranno tener conto, oltre che del risultato del test genetico per trombofilia ereditaria, anche della valutazione clinica del rischio di complicanze legato alla terapia in stato di gravidanza, aspetto di competenza dello specialista di riferimento. La collaborazione tra genetisti ed altri specialisti, in particolare ginecologi, ematologi, angiologi e cardiologi, è auspicabile in particolare nei casi vi sia il riscontro di mutazioni, anche in più geni, che rendano utile la consulenza genetica per una valutazione del rischio individuale e riproduttivo.

Avv. Francesco Maria Mantovani  
Consulente legale Anaa Assomed

## La trasparenza del dirigente sanitario: tanto tuonò che piovve

L'art. 13 D.lgs. 97/2016 ha introdotto all'art. 14 D.lgs. 33/2013, un comma 1 bis, che estende a tutti i dirigenti delle pubbliche amministrazioni gli obblighi di pubblicazione di cui al precedente comma 1 del medesimo art. 14

*“Le pubbliche amministrazioni pubblicano i dati di cui al comma 1 per i titolari di incarichi o cariche di amministrazione, di direzione o di governo comunque denominati, salvo che siano attribuiti a titolo gratuito, e per i titolari di incarichi dirigenziali, a qualsiasi titolo conferiti, ivi inclusi quelli conferiti discrezionalmente dall'organo di indirizzo politico senza procedure pubbliche di selezione”*

Il comma 1 dell'art. 14 D.lgs. 33/2013 prevede la pubblicazione, tra gli altri dati, delle “dichiarazioni di cui all'articolo 2, della legge 5 luglio 1982, n. 441, nonché le attestazioni e dichiarazioni di cui agli articoli 3 e 4 della medesima legge, come modificata dal presente decreto” (lett. f), vale a dire delle dichiarazioni concernenti i diritti reali su beni immobili e mobili iscritti nei pubblici registri, delle azioni e quote di partecipazione in società, delle funzioni di amministratore e sindaco svolte nell'ambito di società, dell'ultima dichiarazione dei redditi ai fini dell'imposta IRPEF. Sulla base di tale disposizione, le Aziende ed Enti del Servizio sanitario nazionale hanno richiesto ai propri dirigenti medici, veterinari e sanitari di fornire i dati sensibili relativi alla loro situazione reddituale e patrimoniale.

Tale richiesta appare infondata alla luce della speciale disciplina per il Servizio sanitario nazionale dettata dall'art. 41, commi 2 e 3, D.lgs. 33/2013.

In particolare, il comma 2 di quest'ultimo articolo prevede che “Le aziende sanitarie ed ospedaliere pubblicano tutte le informazioni e i dati concernenti le procedure di conferimento degli incarichi di direttore generale, direttore sanitario e direttore amministrativo, nonché degli incarichi di responsabile di dipartimento e di strutture semplici e complesse, ivi

compresi i bandi e gli avvisi di selezione, lo svolgimento delle relative procedure, gli atti di conferimento”.

Il successivo comma 3 recita che “Alla dirigenza sanitaria di cui al comma 2 si applicano gli obblighi di pubblicazione di cui all'. Per attività professionali, ai sensi del comma 1, lettera c) dell', si intendono anche le prestazioni professionali svolte in regime intramurario”.

L'art. 15 D.lgs. 33/2013 non vi è alcuna menzione in merito a dati patrimoniali e reddituali, bensì è prevista la pubblicazione esclusivamente delle seguenti informazioni: “a) gli estremi dell'atto di conferimento dell'incarico; b) il curriculum vitae; c) i dati relativi allo svolgimento di incarichi o la titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla pubblica amministrazione o lo svolgimento di attività professionali; d) i compensi, comunque denominati, relativi al rapporto di consulenza o di collaborazione, con specifica evidenza delle eventuali componenti variabili o legate alla valutazione del risultato”. In altri termini, il combinato disposto degli artt. 15 e 41, commi 2 e 3, D.lgs. 33/2013 depone per la sussistenza di una normativa speciale derogatoria per il Servizio sanitario nazionale rispetto a quella generale dettata dall'art. 14 del medesimo decreto.

Tale normativa speciale prevede un obbligo di pubblicazione specifico solo a carico dei dirigenti medici, veterinari e sanitari titolari di incarico direttivo di struttura, e nel cui oggetto non rientrano i dati reddituali e patrimoniali previsti invece dall'art. 14 D.lgs. 33/2013.

La stessa Anac aveva riconosciuto la sussistenza di tale disciplina speciale, sebbene l'abbia imputata ad un difetto di coordinamento tra l'originario testo del D.lgs. 33/2013 e le successive modifiche, invitando espressamente il legislatore ad estendere l'obbligo di pubblicazione dei dati patrimoniali anche alla dirigenza sanitaria.

In mancanza di un intervento del legislatore sul punto, l'Anac si è addirittura sostituita a quest'ultimo, imponendo comunque alle Amministrazioni pubbliche di applicare alla dirigenza sanitaria gli obblighi di pubblicazione dei dati patrimoniali e reddituali, in relazione ad una generica esigenza di parità di trattamento tra la prima categoria e gli altri dirigenti pubblici.

Al riguardo, il concetto di parità di trat-

tamento legislativo costituisce un corollario del principio di uguaglianza di cui all'art. 3 della Costituzione e consiste nell'obbligo per la legge di regolare in maniera uguale situazioni uguali ed in maniera diversa situazioni diverse (cfr. Corte cost., sent. n. 96 del 1980). Tuttavia, per la stessa giurisprudenza costituzionale, la disparità di trattamento legislativo può trovare giustificazione nella diversità delle situazioni disciplinate (cfr. Corte cost., sent. n. 340 del 2004).

Pertanto, la diversità di trattamento in materia di trasparenza tra dirigenti sanitari e la restante dirigenza pubblica è ampiamente giustificabile in base alla peculiarità della prima, in cui il ruolo dirigenziale è attribuito anche in mancanza di una posizione apicale direttiva, al contrario degli altri ruoli della dirigenza (statale, regionale, ecc.). La stessa Anac ha dimostrato di essere consapevole, atteso che, da ultimo, ha escluso dall'obbligo di comunicazione dei dati in esame i dirigenti sanitari senza funzioni direttive di strutture.

In verità, non si comprende tanta insistenza dell'Anac nel voler imporre ai dirigenti sanitari un obbligo che la stessa Autorità ha criticato in via generalizzata con riferimento all'intera dirigenza pubblica, affermando che darebbe un risultato “in termini di trasparenza certamente trascurabile tenuto conto che viene previsto l'obbligo per ciascun dirigente di comunicare gli emolumenti percepiti a carico della finanza pubblica”. Alla fine è dovuta intervenire la giurisprudenza.

Il Tar Lazio ha rilevato come l'obbligo di pubblicazione dei dati patrimoniali e reddituali a carico della dirigenza pubblica sembra fondatamente porsi in contrasto con la Costituzione e la normativa comunitaria.

Tale pronuncia ha costretto l'Anac a sospendere l'adempimento dell'obbligo delle Amministrazioni pubbliche di acquisire e pubblicare i dati sensibili dei propri dirigenti.

Tuttavia, la vicenda è ancora ben lontana dal risolversi, atteso che solo una pronuncia della Corte costituzionale potrà mettere la parola fine all'attuale situazione di assoluta incertezza in merito all'applicazione dell'art. 14 D.lgs. 33/2013.

## Cassazione Penale Sentenza n. 16140/2017: “È colpa lieve” se il medico segue correttamente la prassi

Se il medico ha applicato le linee guida, la colpa lieve vale anche per i casi ante-Balduzzi. Già prima dell'entrata in vigore della “legge Gelli” il 1 aprile 2017, la Corte di Cassazione con questa sentenza, avente ad oggetto la responsabilità penale di un chirurgo per il reato di lesioni personali colpose (art. 590 c.p.), aveva avuto modo di interloquire sulla riforma legislativa in materia di responsabilità medica.

La Suprema Corte, infatti, nell'annullare il provvedimento impugnato per carenza della motivazione in ordine alla sussistenza del nesso di causalità, si è occupata altresì dei profili di rimproverabilità colposa della condotta tenuta dal sanitario-imputato, atteso che il giudice del rinvio si troverà a dover giudi-

care nella vigenza della nuova normativa, nel frattempo entrata in vigore. In motivazione, si legge che l'intervenuta parziale “abolitio criminis”, realizzata dall'art. 3, L. 189/2012 (ovvero la cosiddetta legge Balduzzi), in relazione alle ipotesi di omicidio e lesioni colpose connotate da colpa lieve, comporta che, nei procedimenti relativi a tali reati, pendenti in sede di merito alla data di entrata in vigore della novella, il giudice deve procedere d'ufficio all'accertamento del grado della colpa, in particolare verificando se la condotta del sanitario poteva dirsi aderente ad accreditate linee guida. Se il comportamento del medico è aderente alle linee guida, non si ravvisa alcuna responsabilità in capo al medico. Pertanto nella valutazione della responsabilità penale, il Giudice deve preliminarmente valutare se la condotta del sanitario sia stata conforme alle linee guida anche nel caso in cui il fatto sia antecedente alla legge Balduzzi, valendo un giudizio di maggiore favore per l'incolpato nel caso di successioni di leggi penali.



## Consiglio di Stato Sezione III Sentenza n. 957/2017. Riconosciuto il superiore trattamento economico per le funzioni primariali

Non è ammissibile che, ove esista un posto apicale in una struttura sanitaria, le relative funzioni di guida e responsabilità non vengano esercitate dal medico ospedaliero titolare del posto di responsabilità immediatamente inferiore (nella fattispecie l'aiuto anziano). Ciò infatti contrasterebbe con basilari principi di buon andamento del sistema di sanità pubblica, e priverebbe la comunità degli utenti-pazienti della indispensabile figura, responsabile sotto ogni aspetto, della guida della struttura sanitaria.

L'Amministrazione non potrebbe mantenere vacante un posto apicale e al tempo stesso sottrarre al sistema - a sé dovendo imputare la lunghezza del periodo di vacanza (nel caso, due anni e mezzo) - la figura apicale, profittando, senza alcun onere, della prestazione doverosa del primario verso gli utenti-pazienti. Con queste motivazioni il Consiglio di Stato accoglie l'appello di una dottoressa vedendosi riconosciuta la richiesta del superiore trattamento economico per le funzioni primariali svolte presso il suo ospedale.

Tale pronuncia, si pone in linea con un orientamento già espresso dalla Cassazione (v. Cass. 6 luglio 2015, n. 13809), la quale ha affermato che “la sostituzione nell'incarico di dirigente medico del servizio sanitario nazionale, a norma dell'art. 18 del Ccnl della dirigenza medica e veterinaria del 8 giugno 2000, è finalizzata a consentire l'espletamento della procedura per la copertura del posto resosi vacante, sicché è destinata ad operare per un periodo massimo di sei mesi, prorogabili a dodici, nei quali spetta, a partire dal terzo mese, l'indennità ivi prevista. Quando, peraltro, detto ambito temporale sia superato, l'assegnazione delle mansioni dirigenziali in sostituzione cessa di rientrare tra le prestazioni normalmente esigibili e si configura come espletamento di mansioni superiori, con diritto alla corrispondente retribuzione, in ossequio al principio di cui all'articolo 36 della Costituzione.”.

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

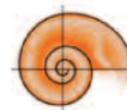
## Cassazione Penale Sezione VI – Sentenza n. 21631/2017. Risponde penalmente il medico che ignora l'appello dell'infermiere

Se l'infermiere chiama, il medico deve rispondere altrimenti rischia di subire una pesante condanna penale. Lo ha stabilito la Corte di Cassazione con la sentenza numero 21631/2017, nel sancire la definitiva condanna per omissione di atti di ufficio di un sanitario che si era rifiutato di andare a visitare un paziente, nonostante l'appello degli infermieri. Secondo la Cassazione se il personale infermieristico segnala l'urgenza e l'indifferibilità di un atto sanitario, riscontrando una situazione di rischio effettivo per il paziente, il medico ha l'obbligo di recarsi con tempestività a visitare il malato per valutare direttamente le condizioni nelle quali egli si trova. Per la Cassazione non va dimenticato che il giudice ha facoltà di controllare l'esercizio della discrezionalità tecnica del sanitario e di concludere, laddove non vi sia un minimo di ragionevolezza, che il medico abbia agito con arbitrio. Nella situazione di specie i giudici di merito avevano ritenuto che il comportamento del sanitario era stato tale da integrare il rifiuto di atti di ufficio, nonostante le difficili condizioni nelle quali il paziente versava già al momento del ricovero.



## Corte di Cassazione III Sezione civile Sentenza n. 9251/2017: Interruzione volontaria di gravidanza. Presupposti e limiti.

Nella responsabilità medica da nascita indesiderata, il genitore che agisce per il risarcimento del danno ha l'onere di provare che la madre avrebbe esercitato la facoltà di interrompere la gravidanza – ricorrendone le condizioni di legge – ove fosse stata tempestivamente informata dell'anomalia fetale; quest'onere può essere assolto in base a inferenze desumibili dagli elementi di prova, quali il ricorso al consulto medico proprio per conoscere lo stato di salute del nascituro, le precarie condizioni psico-fisiche della gestante, le sue pregresse manifestazioni di pensiero propense all'opzione abortiva.



## GRATIS PER ISCRITTI ANAAO ASSOMED ACCREDITATI PER TUTTE LE PROFESSIONI SANITARIE

### RICERCA BIBLIOGRAFICA DI ARTICOLI SCIENTIFICI IN PUBMED I PARTE

15 CREDITI

strumenti di base per ottimizzare le strategie di ricerca riducendo i tempi di utilizzo della banca dati PubMed. DISPENSA + VIDEO. TUTORAGGIO ONLINE.

GRATUITO

per iscritti  
ANAAO ASSOMED

100 euro  
+ iva

per tutti gli altri  
sanitari

### RICERCA BIBLIOGRAFICA DI ARTICOLI SCIENTIFICI IN PUBMED II PARTE

27 CREDITI

corso avanzato sull'utilizzo di PubMed, per chi ha già dimestichezza con gli strumenti della banca dati. DISPENSA + VIDEO. TUTORAGGIO ONLINE E FORUM DI DISCUSSIONE.

GRATUITO

per iscritti  
ANAAO ASSOMED

100 euro  
+ iva

per tutti gli altri  
sanitari

### RISK MANAGEMENT - MODULO BASE

48 CREDITI

percorso per comprendere e approfondire tutte le sfaccettature del Risk Management. DISPENSA + VIDEO. TUTORAGGIO ONLINE E FORUM DI DISCUSSIONE.

GRATUITO

per iscritti  
ANAAO ASSOMED

140 euro  
+ iva

per tutti gli altri  
sanitari

NOVITÀ

A PARTIRE DA LUGLIO 2017, 2 CORSI FAD DEDICATI ALLA  
LEGGE SULLA RESPONSABILITÀ PROFESSIONALE



**HO LA POLIZZA  
GRATIS... ME L'HA  
REGALATA L'ANAAO!**



**HO L'AVVOCATO  
GRATIS... ME LO  
PAGA L'ANAAO!**



**MI AGGIORNO  
DA CASA  
GRAZIE AI CORSI  
FAD ANAAO**

**CAMPAGNA  
ISCRIZIONI**

**ANAAO ASSOMED**  
ASSOCIAZIONE MEDICI DIRIGENTI

Riteniamo che il miglior contributo alla sicurezza di medici e di dirigenti sanitari sia costituito da un'ottima polizza di rivalsa colpa grave insieme con un'ottima difesa da affidare a validi professionisti.

**Polizza rivalsa colpa grave gratuita.**  
Ai primi 2.000 nuovi iscritti 2017, dal momento della sua attivazione fino al 31 dicembre 2017.

**Polizza tutela legale gratuita.**  
Con massimale a 25.000 euro.

**Servizi e Formazione Ecm.**

**Alziamo ancora le nostre difese a tutela dei nostri iscritti.**

**E lo facciamo gratis.**

**ISCRIVITI  
ANCHE TU!  
WWW.ANAAO.IT**