

d!

d!rigenza medica

- 8 Criticità**
Presentato il "libro bianco"
sul San Camillo Forlanini
di Roma
- 12 Giovani e intramoenia**
L'esperienza dell'Aorn
al "A. Cardarelli" di Napoli
- 14 Tutela lavoro**
Conversione a tempo
indeterminato dei contratti
a termine

Il mensile dell'Anaao Assomed

ANA AO ASSOMED
ASSOCIAZIONE MEDICI DIRIGENTI

**Intervista
al ministro
Lorenzin**

Dal 2016 più soldi per la sanità e il personale

**Il commento
di Costantino
Troise**

Bene, ma siamo stanchi di parole e promesse



Altan per l'Anaa Assomed



IL MENSILE DELL'ANAAO ASSOMED

**d!dirigenza
medica**



Sede di Roma:
via XX Settembre, 68
tel. 06.4245741 -
Fax 06.48.90.35.23

Sede di Milano:
via D. Scarlatti, 27

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

Direttore
Costantino Troise

Direttore responsabile
Silvia Procaccini

Comitato di redazione:

Eleonora Albanese
Claudio Auriemma Aurigemma
Giorgio Cavallero
Gabriele Gallone
Filippo Gianfelice
Domenico Iscaro
Mario Lavecchia
Giuseppe Montante
Domenico Montemurro
Cosimo Nocera
Carlo Palermo
Maria Parmeggiani
Giuseppe Ricucci
Alberto Spanò

Coordinamento redazionale

Ester Maragò

Progetto grafico e impaginazione



Edizioni Health Communication srl
Edizioni e servizi di interesse sanitario

Editore

Edizioni Health Communication
Via Vittore Carpaccio 18
0147 Roma
email: redazione@hcom.it
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. Sped. in abb. postale -
D.L. 353/2003 (conv. in L.
27/02/2004 n. 46) art. 1, comma
1, 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 maggio 2015

Siamo tutti uguali di fronte alla legge?

GABRIELE GALLONE
Componente Esecutivo
Nazionale Anaa
Assomed

Criminali, condannati e indultati. Il Fatto Quotidiano dell'8 dicembre 2014 ci ricorda il trattamento riservato a Massimo Carminati, detto "er cecato", arrestato nell'ambito dell'inchiesta Mafia Capitale nel 2014. Indultato il 16 dicembre 1986 con uno sconto applicato ai 3 anni e mezzo che la Cassazione gli ha inflitto per 9 capi d'imputazione: tra questi la rapina, il porto illegale di armi, la ricettazione, le lesioni personali. Un altro indulto, nel 1990, falcia altri 4 capi di imputazione che sono più o meno gli stessi. Nell'estate del 1999 rapina la filiale della Banca di Roma all'interno del Palazzo di Giustizia. Ruba 50 miliardi di lire, gioielli, decine di cassette di sicurezza. La sentenza della Cassazione (21 aprile 2010) fissa la pena a 4 anni. Ma arriva un altro indulto, il terzo. Tre mesi dopo - a luglio - Carminati ottiene l'affidamento in prova. A gennaio 2011 la pena è estinta. Il resto è storia nota.

Magistrati, immuni e autoreferenziali. Per loro praticamente non esisteva, fino al 1988, la possibilità di essere responsabili di un qualche errore. In teoria la legge Vassalli, approvata nel 1988, consentiva alla presunta vittima di "mala-giustizia" di fare ricorso allo Stato, il quale a sua volta si poteva rifare sul Magistrato. Ma solo dopo un micidiale doppio filtro: un esame preventivo della Corte d'Appello e la possibilità di imputare al Giudice solo il dolo o la colpa grave. Risultato: a fronte di circa 360 milioni di sentenze in campo civile e penale vi sono stati solo 400 ricorsi di cui 37 hanno superato il filtro e solo 5 hanno ottenuto un risarcimento statale. Il bello (per modo di dire) è che si è scoperto che lo Stato in questi 5 casi non si era neppure rivalso sui Magistrati (La stampa 27 febbraio 2015).

Ora, con la legge Orlando qualcosa è cambiato. Si potrà chiedere il risarcimento anche per "inescusabile negligenza" e lo Stato dovrà "obbligatoriamente" rivelarsi sul Giudice che ha sbagliato (quanta grazia!)

Si sono levati subito alti ululati di sdegno, sia da parte del Csm che dall'Associazione Magistrati temendo che le nuove norme possano minare "l'indipendenza, l'autonomia e la serenità dei Magistrati" (Giovanni Legnini vicepresidente Csm). Identiche reazioni vi furono nel 1988. Non ho dubbi che finirà allo stesso modo.

Medici, braccati e demoliti. Diverso il destino dei medici italiani. Basti ricordare il caso di due medici torinesi che dall'oggi al domani si sono ritrovati con le ganasce alle automobili, la casa ipotecata, i conti correnti bloccati e spese legali impossibili da sostenere per una provvisoria stabilita da un giudice civile per una (presunta) negligenza che aveva causato ad un neonato un danno cerebrale irreversibile. Assolti, dopo molti anni, con formula piena, ora non esercitano più, distrutti da questa terribile esperienza. Un altro caso, esemplificativo, avviene nel 1997. Anche qui due ginecologi coinvolti. Un caso di tetraparesi spastica alla nascita e accusa di negligenza. La denuncia viene fatta dopo diversi anni dal fatto (la prescrizione è decennale). L'azienda decide di transare ai familiari del bimbo 700.000 euro nel 2011 (prima di arrivare ad una sentenza civile e penale). Quattro anni dopo (nel 2014, ovvero diciassette anni dopo) la Corte dei Conti manda il famigerato "invito a dedurre" adducendo il danno erariale per colpa grave.

Non possiamo invocare l'autonomia e la serenità del nostro giudizio.

Non possiamo neppure beneficiare di qualche indulto.

La colpa medica non è quella di cui si discetta nei corsi sulla responsabilità professionale.

Più semplicemente è la "colpa" di essere medici.





**Intervista a Beatrice Lorenzin
Ministro della Salute**

“Il Patto per la Salute va avanti e dal 2016 il fondo sanitario tornerà a crescere.

Anche perché dobbiamo dare finalmente fiato al personale del Ssn che da anni ha il contratto e il turn over bloccati”

Beatrice Lorenzin a tutto campo in questa intervista rilasciata a inizio mese a *Quotidiano Sanità* di cui riprendiamo ampi stralci e alla quale ha replicato il nostro segretario nazionale Costantino Troise (vedi articolo a fianco). Tra i temi toccati anche quello spinoso del comma 566 e le nuove competenze professionali. Per Lorenzin, il problema va risolto, ma solo con l'accordo tra tutte le parti interessate, medici compresi.

CESARE FASSARI

“Il 2015 dobbiamo considerarlo come un anno di transizione per i bilanci della sanità italiana. Le regioni hanno chiesto al Governo di abbassare il fondo previsto dal Patto per la Salute per far fronte ai loro impegni di finanza pubblica contemplati dalla legge di stabilità. E così sarà, appena l'intesa sarà sancita. Ma ciò varrà solo per il 2015. Dall'anno prossimo il fondo sanitario sarà reintegrato e il Patto per la Salute marcerà a pieno regime. Senza se e senza ma”.

Il ministro della Salute Beatrice Lorenzin è fermissima su questa posizione che ci ha ribadito in un'intervista esclusiva dove abbiamo fatto il punto della situazione dopo l'ennesimo rinvio del-

l'intesa in Stato Regioni (ndr. l'intesa che deve decidere come tagliare 2,352 milioni del fondo sanitario 2015, era attesa per fine aprile ma sembra ormai rinviata a dopo le elezioni).

Ministro, un rinvio per “colpa” delle elezioni?

Il momento precedente a una scadenza elettorale è sempre delicato ma nei fatti l'intesa è ormai definita e siamo pronti a chiudere e ad emanare il decreto legge che dovrà ristabilire i finanziamenti per la sanità per l'anno in corso.

Ma il presidente Chiamparino chiede al Governo una riflessione sul quantum della manovra, sostenendo che essendo articolata su 12 mesi, ed essendone già passati almeno 4, esso andrebbe ridimensionato...

Se ci fosse possibilità non sarei contraria, anche se alla luce delle ultime questioni previdenziali mi sembra molto difficile che possa avvenire. Ma poi cerchiamo di capire una volta per tutte che non si tratta di tagli ma di risparmi, sull'efficienza e l'appropriatezza. Nella maggior parte dei casi già contemplati tra le azioni del Patto per la Salute. La differenza è che nel Patto si prevedeva che tali risparmi fossero reinvestiti in sanità. Per il 2015, invece, come prevede l'intesa, una quota parte dei risparmi, che comunque il Patto produrrà, saranno “restituiti” allo Stato a compensazione del contributo regionale alla sostenibilità della spesa pubblica. Tutto qui.

Quindi nessun problema?

No, no, il problema esiste. Quando ho chiesto e ottenuto che nella legge di stabilità non vi fosse alcun taglio alla sanità ma anzi un aumento di risorse, l'ho fatto perché la sanità, al di là dei risparmi di efficienza ottenibili, ha bisogno di più risorse soprattutto su tre fronti: innovazione, investimenti, ricerca e personale. Quattro asset dove abbiamo già operato con il fondo per l'innovazione farmaceutica staccato dal tetto della farmaceutica e che con il patto implementeremo con azioni specifiche per la ricerca e per dare finalmente fiato al personale del Ssn che da anni ha il contratto e il turn over bloccati. Quindi quelle risorse in più servono e per questo non possiamo rinunciarci per più di un anno. Mi risulta che molte regioni avevano già previsto le somme necessarie o disposto il proprio bilancio in base alle risorse del Fondo precedente, avendo deciso da dicembre di intervenire sul fondo chiedendo il de-

segue a pagina 4

Le dichiarazioni del Ministro della Salute non meritano di passare sotto silenzio, per quello che dice ma, soprattutto, per quello che non dice. Vogliamo dare credito al Ministro sul fatto che le risorse per la sanità cresceranno a partire dal 2016, come prevede il patto della salute, non senza però ricordare che il Def, approvato dal CdM, prevede una discesa, il rapporto al Pil, della spesa sanitaria, che nel 2030 raggiungerà i livelli del 2010, rimanendo, comunque, sempre più vicina alla Grecia che al resto d'Europa. E attendiamo con fiducia che l'incremento delle risorse previsto sia destinato anche al personale dipendente del Ssn, i cui salari sono inchiodati ai valori nominali del 2010, ad onta del Def che non prevede risorse contrattuali fino al 2020.

Le acrobazie lessicali con le quali si trasformano i tagli in risparmi, ed in recuperi di efficienza ed appropriatezza, per i quali dovremmo tutti essere contenti, non nascondono la invadenza pervasiva ed intimidatoria messa in atto sui medici, destinatari di linee guida di stato che scaricheranno ulteriori costi, e disagi, sui cittadini. E chissà se la riforma dei Lea terrà conto del fatto che, attraverso tagli, tasse e ticket, in troppe Regioni, essi si sono trasformati da essenziali ad eventuali, declinando, per dirla con il ministro, il diritto alla salute dei cittadini in base al Cap. Se il rinnovo della convenzione è, giustamente, una priorità, non si vede come possa non esserlo, fino ad espellerlo dalla agenda politica e dal lessico, il rinnovo di contratti bloccati da 6 anni per un personale dipendente che vede le proprie condizioni di lavoro diventare sempre più gravose e rischiose. Ben venga la riforma degli ordini professionali, ma il Ministro non può continuare a tacere su tempi e contenuti della legge sulla responsabilità professionale, senza la quale richiami, e commissioni, sulla medicina difensiva diventano grida manzoniane.

Dove però, il disaccordo è totale è sul famigerato comma 566, a proposito del quale il Ministro non dice l'unica cosa che i medici si aspettano di sentire, e cioè che l'incipit di quel testo va cambiato, senza se e senza ma, rappresentando una inaccettabile forzatura che non si è peritata di usare una legge finanziaria per confinare le competenze dei medici in fantomatici "atti complessi e specialistici". Scoprire la concertazione, dopo che per anni nelle stanze del Ministero della Salute, evidentemente ad insaputa del titolare di turno, si sono animati tavoli tecnici che han-



Il commento di Costantino Troise
Segretario Nazionale Anaa Assomed

“Da Lorenzin buone intenzioni e cattive omissioni.

A partire da quelle sul comma 566 che va radicalmente cambiato”

no proceduto unilateralmente, sposando anche l'idea di Ivan Cavicchi di una co-evoluzione delle professioni, è certo un dato positivo. Che non può, però, fare dimenticare che ci si invita a giocare dopo che si è proceduto per legge a delimitare il campo di gioco, toccando, e come, l'atto medico. E non stiamo sereni se il Ministro parla di ambiti esclusivi di "dottori", titolo che oggi definisce una ventina di professioni sanitarie.

Il patrimonio professionale medico che è affidato ad ogni Ministro della Salute non può essere svalutato, svenduto, intimidito con entrate a piedi uniti nell'ambito dell'esercizio professionale che gli è proprio. Su questo aspetto, e sulla salvaguardia di una responsabile autonomia professionale, ci aspettiamo che Ministro e Governo facciano più di quanto dicano.

Vogliamo dare credito al Ministro quando nella sua intervista dice che le risorse per la sanità cresceranno a partire dal 2016, come prevede il patto della salute. Dove però, il disaccordo è totale è sul famigerato comma 566: l'incipit di quel testo va cambiato, senza se e senza ma.



segue da pagina 4

curtamento dell'incremento.

Pensa che le Regioni avrebbero potuto anche risparmiare senza toccare la sanità?

La sanità copre un'ampia fetta della spesa corrente regionale ma è certo che al di fuori di essa vi sono altri settori di spesa che potrebbero essere considerati. Ma questo tema fa parte di quella discussione più generale per un nuovo equilibrio costituzionale tra Stato e Regioni che stiamo affrontando con le riforme e che penso dovrà riguardare anche gli aspetti legati alle modalità e alla qualità delle spese regionali.

Quindi fatta l'intesa, quando sarà, ci dobbiamo aspettare un decreto legge omnibus come ha chiesto Chiamparino che tocchi anche altri aspetti del settore, oltre alle cifre della manovra?

La proposta di Chiamparino, col quale, voglio sottolinearlo, lavoriamo benissimo e con lo stesso spirito volto alla ricerca di soluzioni eque e concrete, mi trova assolutamente d'accordo. Nel decreto che recepirà l'intesa ci saranno anche la riforma di Aifa, Agenas e Iss, ma non solo.

Vi inseriremo anche altri aspetti legati alla sanità veterinaria e ad altre emergenze in parte già comprese nel mio disegno di legge fermo in Parlamento sulle sperimentazioni e la riforma degli Ordini. Che, tra parentesi, mi dicono si stia finalmente sbloccando. Comunque quando sarà il momento nel decreto dell'intesa inseriremo tutte le questioni calde del settore per dare quella spinta immediata al cambiamento che attendiamo da tempo.

Tra le attese c'è anche la nuova normativa sui ticket. A che punto siamo e che intenzioni avete? Aumenteranno? Saranno finalmente unificati a livello nazionale?

Il lavoro è ancora in corso, perché è complesso. L'obiettivo, a parità di get-

“
Ho chiesto e ottenuto che nella legge di stabilità non vi fosse alcun taglio alla sanità ma anzi un aumento di risorse soprattutto su tre fronti: innovazione, investimenti, ricerca e personale

tito – quindi nessun aumento del ticket questo è certo – è quello di dare al cittadino un sistema di compartecipazione alla spesa finalmente equo e legato alle reali possibilità economiche di ognuno di dare il suo contributo alla sanità pubblica. Saranno senz'altro favoriti i nuclei familiari con figli ma non solo. Stiamo cercando di simulare un'applicazione delle esenzioni in base ai redditi Isee ma, come le dicevo, attenti a far sì che chi sarà esente lo sarà perché effettivamente non è in grado di pagare il ticket e non, come avviene oggi, con quelle macchinone parcheggiate davanti alla farmacia da dove scendono fantomatici esenti dal ticket. Quegli abusi li vogliamo stroncare. Ma per farlo senza sbagliare bersaglio bisogna farlo con attenzione. Meglio aspettare qualche mese in più che fare errori in un campo così delicato. Per quanto riguarda l'unitarietà del ticket a livello nazionale essa è di fatto preclusa dall'autonomia delle regioni in questo campo che lascia a loro la scelta sulla presenza e sulle modalità del ticket. A noi però il compito di dare un quadro unitario sulle esenzioni per far sì che i diritti siano gli stessi in tutto il Paese.

Un'altra grande attesa è quella sui Lea...

Io il mio lavoro l'ho fatto. Il Mef ha già valutato l'impatto e i testi dei nuovi Lea sono da mesi all'attenzione delle regioni. Non c'è dubbio che gli alti e bassi sull'intesa potrebbero aver influito sull'esame delle varie proposte. Ma, senza polemica, la palla sta a loro. Per quanto mi riguarda io voglio mantenere l'impegno per emanarli entro l'estate. Ma come sa, serve l'accordo con le Regioni...

Ma non è che si sta rallentando un po' tutto perché il Patto sancito a luglio 2014 non va più bene e andrebbe rivisto, come chiedono alcune Regioni?

Absolutamente no, il Patto è quello.

Frutto di un lavoro lungo e complesso e approvato, non dimentichiamolo, all'unanimità. Perché dovremmo rivenderlo? Per cambiare cosa? Nel Patto ci sono tutti gli asset per il cambiamento e l'ammmodernamento del sistema sanitario. Lo ripeto, nel 2015 è come se avessimo premuto il tasto "pausa" del telecomando. Ma dal 1 gennaio del 2016 il programma riprenderà appieno senza incertezze, con pienezza di risorse e con l'impegno che le somme risparmiate grazie all'efficientamento del sistema resteranno tutte in sanità, per nuovi investimenti e ampliamenti dell'offerta assistenziale.

Ministro cosa pensa dello sciopero dei medici di famiglia per il rinnovo della convenzione?

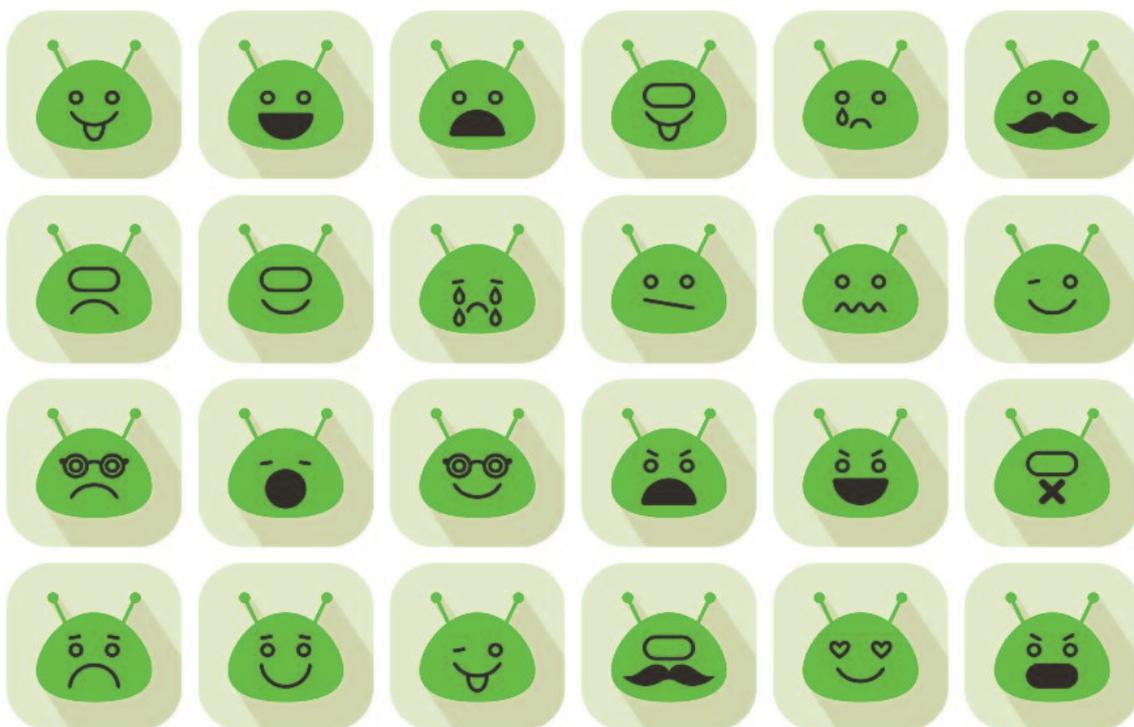
Il rinnovo della convenzione è una priorità. Lo stallo dura da troppo tempo e il sottosegretario de Filippo, che segue passo passola vicenda, sta cercando con passione e dedizione, di sciogliere la matassa per portare le parti, regioni e sindacati, all'accordo. Lo ripeto la convenzione deve essere chiusa per i medici ma anche e soprattutto per dare il via a quella riforma dell'assistenza territoriale che attendiamo da troppo tempo.

Ministro da quando in Gazzetta è comparso il comma 566 della legge di stabilità si è scatenata una guerra senza esclusione di colpi, soprattutto tra medici e infermieri, sul tema delle nuove competenze per le professioni sanitarie. Se la sente di fare da paciere?

Altro che paciere, il mio compito di ministro è quello di fare una sintesi di queste posizioni, sentendo tutte le parti, concertando, come previsto proprio dal comma 566, un'evoluzione dei profili professionali di ciascuno, fermo restando, e su questo voglio essere chiara, che il comma 566 non tocca in alcun aspetto l'atto medico che resta un ambito esclusivo dei "dottori". Sono certa che la soluzione c'è. È nelle cose e nell'evoluzione stessa della prassi sanitaria, come del resto già avviene in moltissimi paesi dove la professione medica e le altre professioni sanitarie sono evolute insieme per rispondere al meglio alle grandi innovazioni della medicina e dell'assistenza.

A proposito, che ne pensa allora della proposta di legge di alcuni parlamentari del PD sull'atto medico?

Penso che, come dicevo, la materia non può essere affrontata unilateralmente. Serve il concerto di tutti gli attori professionali ed è quello che intendo fare al più presto.



Storie dell'altro mondo...



Cronaca di un Consiglio di dipartimento universitario

Sono alcuni stralci di un interessantissimo verbale di un consiglio di dipartimento universitario di ambito medico tenutosi di recente sul pianeta Papalla, giuntomi a seguito di una congiunzione astrale favorevole che mi ha permesso di venire in contatto con alcuni marziani - degnissime e validissime persone - che poi sono risaliti sulla loro astronave per raggiungere altri lidi. Ovviamente ogni riferimento a fatti o cose realmente accaduti è puramente casuale...

GERARDO ANASTASIO
Componente direzione nazionale Anaad Assomed

“Aperta la seduta, il Presidente del dipartimento di ricerche applicate interstellari transnazionali e delle inimmaginabili tecnologie Papalliane applicate alle scienze mediche interistituzionali trasversali passa all’esame del punto 1 all’ODG:

1) Accordo azienda ospedaliera Papalliana- Università di Papalla per posti

L’Ateneo ha recentemente sottoscritto un accordo con l’azienda ospedaliera papalliana per il reclutamento di un numero massimo di 20 professori associati, cofinanziati nella misura del 75% dall’Azienda. Il reclutamento di tali unità di personale avverrà in settori disciplinari specifici in cui viene ravvisata la necessità di potenziamento ed aventi particolare valenza ed impatto assistenziale.

Interviene il Prof. A.B.

Il Prof. A.B. esprime perplessità sostenendo che il cofinanziamento dell’azienda riservato ai dirigenti ospedalieri che hanno conseguito l’abilita-

zione, ma non usufruibile dai ricercatori universitari abilitati che pur operano nell’azienda o eventualmente da abilitati esterni alle due strutture, può costituire una inaccettabile pressione nella fase di selezione degli abilitati.” Come vedete anche in quel consesso lontano c’è qualcuno che si pone qualche domanda... ed ecco la risposta:

“Il Presidente fa presente che tale reclutamento avverrà mediante concorso”

Lapalisse era un dilettante al confronto di questi universitari Papalliani....

“Interviene il Prof. C.D.

Si domanda con quale criteri si darà seguito a questa procedura; potrebbe verificarsi che in un determinato settore ci sia un Ricercatore che ha conseguito l’abilitazione. Chiede inoltre di sapere se la procedura di chiamata degli idonei avverrà ex art. 18 o 24 della Legge Gelpapall A suo giudizio secondo la norma di legge si dovrebbe agevolare, in primo luogo, la progressione dei Ricercatori abilitati. Solo suc-

cessivamente si dovrebbe attingere agli esterni.

Prende la parola in risposta la Dott.ssa E.F.: Nelle recenti chiamate di idonei, la scelta sulle modalità di reclutamento è stata fatta dal Consiglio di Amministrazione.

Il Presidente fa presente che, per rispondere in maniera esaustiva, bisogna aspettare quando uscirà il bando”. Meraviglioso, hanno fatto una convenzione, stanno per decidere chi devono chiamare e ancora non hanno chiari i criteri: questi Papalliani sono ben strani... **“Il Prof. G. chiede** se l’Azienda finanzierebbe comunque il 75% della spesa, qualora vicesse un candidato non ospedaliero.

Il Presidente risponde in maniera negativa. Qualora vicesse un alto numero di idonei ospedalieri l’Ateneo non ce la farebbe a sostenere tale spesa.

Il Presidente fa presente che va valutato quali sono i settori interessati dall’accordo e che poi dovrà essere espletato un concorso.

Ma l’ha già detto... che bisogno c’è di ripeterlo: verrà fatto un regolare concorso, poi si vedrà...

Interviene ancora il Prof. G.

Il Prof. G. ritiene che, almeno nella forma finora nota, la Convenzione presenta punti di ambiguità che vanno al più presto chiariti, o in caso contrario potrebbero costituire fattori di notevole turbativa del regolare e sereno svolgimento dei Concorsi locali.

E anche qui bisogna riconoscere che certi Papalliani sono persone degne

Il Presidente fa presente che bisogna definire come l’accordo sarà attuato.

Palla in tribuna: Grande! Un libero degno dell’indimenticabile Sandro Salvatore.....

Interviene il Prof. H.I.

Facendo seguito a quanto affermato dal Prof. G. il Prof H.I. sottolinea la gravità di quanto espresso dal Presidente relativamente ai posti di professore associato in convenzione con l’azienda ospedaliera papalliana, sottolineando come l’evenienza che tali posti siano finanziati solo se risultano vincitori dirigenti medici dell’azienda stessa rappresenti una grave violazione della libertà delle possibilità di scelta della commissione incaricata di valutare gli eventuali candidati e sia da considerare un vincolo inaccettabile.

Ecco un altro universitario degno: se fossi sul pianeta Papalla, quasi quasi mi verrebbe voglia di partecipare a questo fantomatico concorso....



Interviene la Dott.ssa L.

Precisa che in tale accordo è stato stabilito con l'azienda che in caso di chiamata di 20 Professori Associati, gli oneri saranno a totale carico dell'Università per n. 5; gli altri 15 sono a carico dell'azienda.

Ohibò e qui cambiano le carte in tavola: ma non era il 75% e il 25%? E quanto è il 100%? Qui cominciano a dare i numeri....

Interviene il Prof. M.N.

Se non ho inteso male che l'azienda copre il 75% e l'Università il 25% del costo per il reclutamento dei prof. associati così reclutati e che i punti budget utilizzati nel caso vincesse un ospedaliero é di circa 0,2 punti, non mi sembrerebbero esservi importanti differenze per l'Università in termini di costi e di punti budget utilizzati se il concorso fosse invece vinto da un ricercatore del nostro ateneo.

Questo mi piace: che se li paghino loro allora...

Riprende la parola la Dott.ssa L.

Relativamente alle modalità di reclutamento, fa presente che questo avverrà per concorso e che in sede di programmazione saranno effettuate le valutazioni sui settori.

Di nuovo... ma questo è un disco rotto... Fa presente che sul concorso non ci sarà scritto chi è l'ente che finanzierà.

E che diamine: va bene la trasparenza, ma il valore della privacy dove lo mettiamo? E chi siamo noi per arrogarci il diritto far sapere queste cose ai probabili vincitori e soprattutto ai probabili concorrenti sconfitti? Questi ultimi si farebbero venire i grilli per la testa e magari avrebbero pure l'ardire di fare degli inutili ricorsi, intasando i tribunali papalliani ed impedendo che la giustizia segua il suo corso in casi più gravi... ma che indecenza...

Omissis

(e qui ci sta proprio bene)

Ordine del giorno n. X

Delibera n.YZ

Argomento: Programmazione posti di Professore Ordinario per il 2015.

Il Presidente affronta l'argomento della programmazione dei posti in generale per la quale è riportata una deliberazione per ogni ruolo.

A questo proposito informa che il Rettore ha inviato la nota del ZZ.SS con la quale, in vista della prossima programmazione di posti di Ordinari Associati e Ricercatori a tempo determinato di rappresentare le esigenze motivate, dei Dipartimenti.

Per i posti di Ordinario, le richieste devono essere formulate tenuto conto dell'abilitazione conseguita dai docenti. Come programmazione è nuova.

Per gli Associati possiamo valutare nuove esigenze rispetto alla programmazione già effettuata.

Per i Ricercatori possiamo valutare nuove esigenze rispetto alla programmazione già effettuata. In nessun caso deve essere formulata una graduatoria di priorità. Informa che il 24 Marzo



si è riunita la Giunta che ha analizzato le situazioni dei Settori del nostro Dipartimento e la programmazione 2013 - 2015 nonché le esigenze dei settori che sono già state soddisfatte con le recenti chiamate. Il Presidente fa presente che il Prof. Rx, con nota del UU.RR.2015 prot.n vbgh ha richiesto un posto di Professore Ordinario per il SSD MED/nm

La Giunta ha avanzato delle proposte che illustra.

n. 5 po

- 1 posto al ssd anatomia umana
- 1 posto al ssd med patologia clinica
- 1 posto al ssd med microbiologia e microbiologia clinica
- 1 posto al ssd med chirurgia generale
- 1 posto al ssd med diagnostica per immagini e radioterapia

n. 5/6 pa

- 1 posto al ssd bio fisiologia
- 1 posto al ssd bio farmacologia
- 1 posto al ssd bio anatomia umana
- 1 posto al ssd med storia della medicina*

1 posto al ssd med genetica medica **

1 posto al ssd med microbiologia e microbiologia clinica ricercatori di tipo b)

1 posto al ssd vet "parassitologia e malattie parassitarie degli alimenti"

1 posto al ssd med/02 "storia della medicina" *

1 posto al ssd med/03 "genetica medica" **

Perbacco: con tutti questi batteri, virus e parassiti, questo pianeta dev'essere un posto infernale...

Interviene il Prof. H.I.

Facendo seguito alla proposta dei nuovi posti di ricercatore, associato e ordinario da richiedere presentata dal Presidente, chiede quali siano stati i criteri utilizzati dalla Giunta che ha scelto i posti da proporre e di poter vedere il verbale della riunione di giunta.

Perbacco: questo qui deve essere un rompiscatole: anche io avrei fatto così... La cosa si fa interessante: vediamo se la spunta...

Il Presidente legge la circolare del Rettore nella quale sono indicate le motivazioni per le quali deve essere fatta la richiesta. I criteri sono già contenuti nella stessa nota.

Urlo dalla curva: la palla sorvola la tribuna e finisce fuori dallo stadio. Salvatore: non sei nessuno.....

Interviene il Prof. C.D.

Osserva che il SSD MEDnn è stato confermato. Si domanda come mai altri settori non sono segnalati. Abbiamo

un Ricercatore di Chirurgia generale con abilitazione alla I fascia conseguita con grandi meriti; chiede come mai il SSD MEDnn non è mai stato richiesto e quali sono stati i criteri di scelta.

Anche questo deve essere un rompiscatole...

Il Presidente fa notare che in questa programmazione è stata inserita la richiesta di un Professore Ordinario del SSD MEDnn

Ormai va sul liscio, non c'è partita: è in formissima.

Riprende la parola il Prof. H.I.

Di fronte all'affermazione del Presidente in merito ai criteri che la Giunta ha utilizzato, vale a dire esigenze didattiche e presenza di idonei nel nostro Dipartimento, allora il Prof. H.I. chiede di prendere visione della situazione delle attività didattiche dei settori scientifico disciplinari del dipartimento che ha portato alle programmazioni dei posti.

E a questa rasoiata che s'infilta nel 7, le cronache papalliane parlano di un certo trambusto, di sguardi smarriti e alla fine della comparsa di un pizzino che subito scompare.... E l'implacabile centravanti...

A seguito della mancata presentazione di tali dati il Prof. H.I. reitera la richiesta di poter visualizzare il verbale della Giunta e chiede quali criteri abbiano portato a scegliere di proporre un posto di Ordinario per la Microbiologia (che presenta già due Ordinari nel dipartimento) di fronte alla mancata proposta di posti di docenti in settori scientifico disciplinari che risultano palesemente carenti come risulta dagli elenchi ufficiali del Miur. A conferma della sua affermazione il Prof. H.I. fornisce al Direttore del Dipartimento l'elenco dei docenti dei vari settori scientifico disciplinari afferenti al dipartimento così come risultano nello specifico sito del Miur.

Salvadore si rialza, seppur traballante...

Il Prof. C.D. insiste nella richiesta di un posto di Professore Associato per il SSD MEDnn.

Chiede che sia approvato, sin da subito, che il Consiglio si impegni a inserire nella programmazione futura i settori che oggi sono rimasti fuori.

Questo è proprio tignoso...

Il Presidente fa presente che si tratta di programmazione dei posti per il 2015. Nel 2016 si valuterà di inserire, eventualmente, la chiamata di un posto di Professore Associato per il MEDnn.

Ora riconosco il grande libero...

Si procede con una unica votazione per tutti i ruoli.

Ovviamente il tutto è stato approvato con l'astensione di qualcuno... Così va il mondo anche a Papalla.



* Relativamente al SSD MED la richiesta verte fra un posto di Professore Associato oppure di un Ricercatore di tipo B) sulla base delle risorse disponibili da parte dell'Ateneo.

** Relativamente al SSD MED la richiesta verte fra un posto di Professore Associato oppure di un Ricercatore di tipo B) sulla base delle risorse disponibili da parte dell'Ateneo.



Thomas Eakins,
THE AGNEW CLINIC
1889

I Medici e il lavoro che vale

Qualche tempo fa il Corriere della Sera ha pubblicato un originale articolo a firma Danilo Taino dal titolo “Il Lavoro che vale va pagato (anche tanto)”. Un articolo che potremmo definire controcorrente in un momento di crisi economica, di perdita di posti di lavoro, di crisi di valori.

La questione è seria, ma ci mette di fronte ad uno dei tanti problemi in cui si dibatte il nostro Paese dove, scrive Taino, “ogni volta che si viene a sapere di uno stipendio elevato, scatta l’indignazione. Anche per cifre non eclatanti”.

E non c’è dubbio che la protesta sia spesso giustificata di fronte a remunerazioni, liquidazioni o indennità prive di giustificazione, ma soprattutto prive di quell’etica sociale che vorrebbe veder declinare un maggior equilibrio retributivo tra le parti sociali. Ma “gli scudi si levano – prosegue Taino – per il solo fatto che una remunerazione è considerata da qualcuno troppo alta, senza tener conto della funzione, del lavoro svolto, di chi la percepisce”.

Credo siano proprio questi i termini della questione.

Innanzitutto “chi la percepisce”, vale a dire il profilo formativo e curriculum professionale di una persona che dopo un lungo percorso di preparazione, sacrifici ed esperienze raggiunge requisiti e livelli di performances non facilmente confrontabili.

Quindi la funzione (potremmo dire il ruolo svolto) che viene a connotare gli aspetti peculiari di alcune professioni. Dove la delicatezza dei compiti affidati

è di particolare levatura, dove il valore di mercato sovranazionale dell’incarico può essere altissimo, dove i risultati richiesti necessitano di straordinaria applicazione, dove la posta in gioco, ad esempio, ha a che fare direttamente con la vita delle persone.

E l’immaginario collettivo pensa subito alle classiche professioni che esigono una particolare preparazione e qualità del lavoro svolto, con rischi specifici nei confronti degli utenti e per chi le esercita, con evidenti responsabilità nei confronti di se stessi e degli altri e a cui dovrebbe corrispondere un naturale e giusto riconoscimento, una corretta valorizzazione, un’adeguata remunerazione. Su questa base premiare l’assunzione di compiti speciali quali quelli di un pilota di aerei, di un comandante di nave (recenti episodi sottolineano tutta la peculiarità del compito) o quelli di un giudice, di un chirurgo, per citarne alcuni, non dovrebbe destare demagogiche levate di scudi o indignazione ingiustificata. Da cui deriva conseguentemente una generale e diffusa ipovalorizzazione (per non dire disprezzo) del lavoro e delle funzioni svolte. Magari per il semplice riferimento a squallidi esempi. Ma la questione si aggrava quando, non solo la levata di scudi si dimostra demagogicamente contraria a dare il giusto riconoscimento “al lavoro che vale”, ma viene a determinare persino la negazione del lavoro svolto, della sua diversità, dei doveri e delle responsabilità che ne comporta. È l’appiattimento che avanza diffusamente. Appiattimento del livello culturale, dei valori individuali e sociali, dei ruoli e delle identità.



FABIO FLORIANELLO
Presidente Consiglio Nazionale Anaao Assomed

Ho citato il caso del chirurgo come esempio di professione peculiare a cui per lo più non corrisponde, nella realtà di casa nostra, il riconoscimento del ruolo per i lunghi studi e preparazione, per il training incessante, per lo stress psichico e fisico che si coniuga in una miscela usurante, per l’assunzione di responsabilità, per gli obblighi di un aggiornamento continuo, per la necessità di una dispendiosissima copertura assicurativa.

Ma l’esempio si applica a tutti Medici e alle Professioni Sanitarie in generale, non solo prive del riconoscimento in termini commisurati alla delicatezza del compito, ma sottoposte ad una quotidiana mortificazione e svalorizzazione del ruolo sociale, nella svalutazione delle responsabilità, nel moltiplicarsi dei contenziosi legali, nella cancellazione dei contratti, della progressione stipendiale, addirittura nell’arretramento economico in quella artificiosa assimilazione ad una Pubblica Amministrazione con la quale nulla è in comune a partire dall’impegno in una turnistica a dir poco diversa: 7/7 giorni, 24/24 ore, 365 giorni all’anno.

E non sono questi i lavori che valgono? Non è la sanità un compito delicato? La tutela della salute non giustifica un riconoscimento diverso? Il valore sociale della funzione non necessita di una valorizzazione economica adeguata, senza suscitare reazioni indignate?

Purtroppo da troppo tempo nei confronti di chi lavora in sanità, dei Medici in particolare, al di fuori dei sondaggi e delle classifiche che sottolineano qualità ed indice di gradimento, non solo non vi è riconoscimento per il lavoro svolto, ma addirittura viene ormai costantemente praticata la negazione della più elementare delle valorizzazioni e dei diritti. Quasi che la cura e il prendersi cura delle persone possa essere assimilato ad un qualsiasi altro incarico professionale nei cui confronti crisi economica e scarsità di risorse giustificano ogni tipo di ridimensionamento, ignorando la responsabilità del compito, la delicatezza delle procedure, la profusione di impegno nei confronti del valore più alto: la tutela della salute. Altro che tenere nel giusto conto funzione e lavoro svolto! Come se l’ideologia dell’egualitarismo professionale e del tutti più poveri aiutasse l’Italia – per dirla con Taino – ad uscire dai guai.

Un grido di rabbia e di orgoglio di chi non vuole gettare la spugna

La Segreteria e il Consiglio aziendale del San Camillo Forlanini di Roma, con il sostegno della segreteria regionale, hanno presentato agli iscritti ed alla dirigenza dell'azienda il "libro bianco" sulle criticità del complesso ospedaliero. Con questa iniziativa l'Anaa ha deciso di portare a conoscenza di tutti le gravi criticità di questo complesso ospedaliero: è ancora possibile per chi ha responsabilità di governo un cambiamento di rotta.

Da oltre dieci anni l'Anaa del San Camillo Forlanini denuncia irrazionali politiche che hanno posto come unico obiettivo la riduzione dei posti letto e la riduzione del personale.

Nel 2008 ha denunciato, anche con esposto alla magistratura, che a causa del primo sostanzioso taglio di oltre 300 posti letto nel Pronto Soccorso si affollavano pazienti su barelle in attesa di posto letto. All'epoca facevano scandalo le attese di 24-36 ore, non si poteva immaginare che saremmo arrivati alle attuali permanenze di sette e più giorni, ma l'Anaa già evidenziava la preoccupante trasformazione del Pronto Soccorso, da luogo di stabilizzazione in luogo di stazionamento e cura.

Come sottolineato nella "lettera aperta" che l'Anaa del San Camillo Forlanini aveva consegnato al Sub-Commissario Giovanni Bissoni e al Direttore generale Antonio D'Urso, "la madre di tutte le miopie è stata l'ipotesi che una valida gestione si potesse realizzare esclusivamente mediante la riduzione del numero dei posti letto e del personale".

I risultati di queste politiche sono state la riduzione del 30% delle attività



SANDRO PETROLATI
Segretario aziendale Anaa Assomed Ao San Camillo

chirurgiche che ha penalizzato circa 3mila cittadini/anno, la drastica riduzione dei posti letto di Medicina, la progressiva inesorabile riduzione del personale nei reparti e nei servizi. Cosa hanno prodotto? L'ingolfamento del PS, la riduzione dell'ospedale ad un "ospedale da campo" dedicato quasi esclusivamente a gestire le emergenze.

È a tutti noto, infatti, che la Regione individua il San Camillo Forlanini come Hub per la gestione delle emergenze in molte delicatissime specialità: Trauma, Stroke, Infarto, Neurotrauma, Cardiocirurgia, assistenza perinatale. Il "libro bianco" ricorda che per essere Hub occorrono anche adeguate risorse di uomini e posti letto. Nel documento viene anche sottolineato come i tagli ed i conseguenti grandi sacrifici di operatori e utenti non sono serviti "paradossalmente" a razionalizzare la spesa e a rimettere i conti a posto.

Come si evidenzia dalla Tabella 1, i ricoveri sono diminuiti ma i costi sono aumentati! Nel 2013 i costi sostenuti ammontavano a 467 milioni di euro consentendo 45.511 ricoveri. La spesa risulta invariata rispetto al 2005,



Le richieste dell'Anaa Assomed

Assegnazione di posti letto, intensivi e non, necessari al ruolo assistenziale che la Regione riconosce al nostro ospedale.

Personale necessario per le unità operative di degenza e di diagnostica, di tutti i profili professionali.

Garanzia di qualità e la sicurezza dell'assistenza, messe in pericolo dall'esiguità del personale e non conciliabili con un lavoro usurante.

Oltre alle risorse specifiche per l'ospedale:

Letti di Rsa: perché il territorio laziale non aiuta a ridurre i tempi di degenza accogliendo i pazienti che hanno superato la fase più critica.



anno in cui però i ricoveri sono stati 66.359, il costo medio di un ricovero è quindi lievitato da 7mila a 10.272 euro.

Nella Tabella 2 viene riportata in percentuale la drammatica riduzione, per area, del numero di pazienti assistiti e dimessi nel 2005 vs il 2014. In valore assoluto una riduzione per anno di 23mila pazienti.

Sul fronte del Personale il blocco del turnover e dei concorsi, definito dal Sub-Commissario Bissoni “un’infezione”, ha prodotto solo precarietà e illegittimità: precari molti direttori di struttura, proliferazione di contratti atipici, illegittimo utilizzo di borse di studio, migliaia di ore non remunerate accumulate dal personale di ruolo per garantire Lea e servizi di guardia. Se il blocco del turnover è stato un fallimento e se viene oggi finalmente riconosciuto da chi ha responsabilità di governo come “un’infezione” è ora che qualcuno cominci a curarla con terapia mirata. Basta con le improvvisazioni.

L’Anaa pertanto non si è limitata a un “cahier de doléances”: fedeli allo spirito del nostro sindacato sono state poste anche precise proposte (vedi box a sinistra) e delle soluzioni.

Al termine della presentazione il documento è stato consegnato alla Direzione generale.

Guido Coen, segretario regionale Anaa per parte sua ha assicurato gli iscritti sull’impegno della segreteria regionale nel sostenere la battaglia per la difesa del San Camillo Forlanini.

Il documento è stato redatto grazie al prezioso contributo oltre che di segreteria e consiglio aziendali, di molti dirigenti medici e sanitari, ma è stato presentato come atto ufficiale della segreteria aziendale, che se ne assume ogni responsabilità.

Tabella 1.

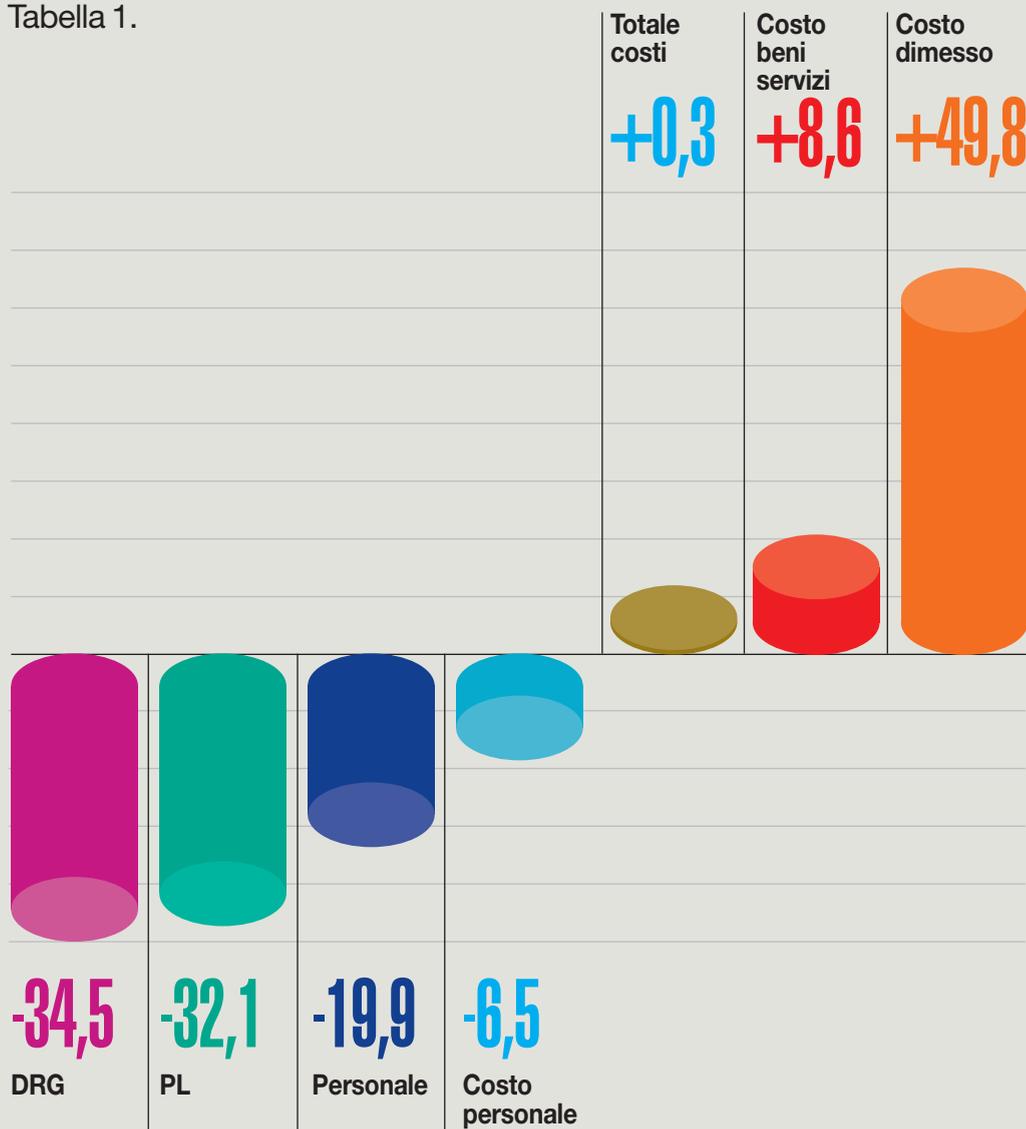
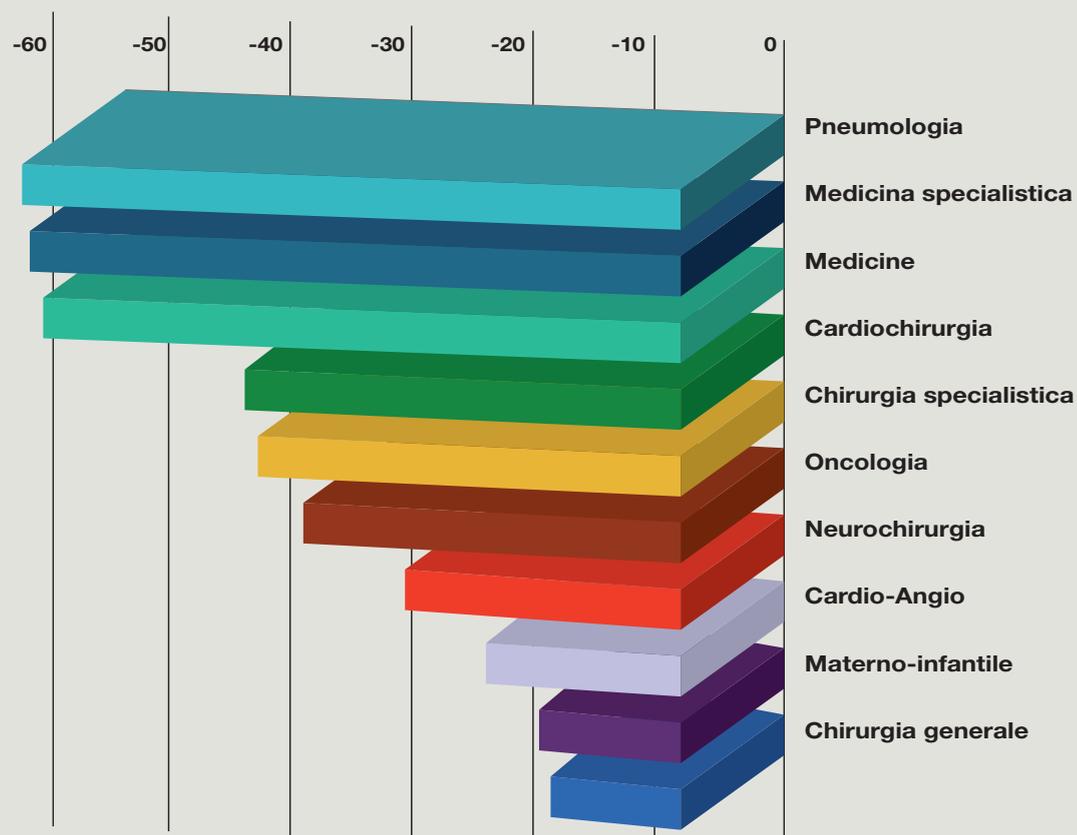


Tabella 2.



Quello che vorremmo dal Governatore che verrà

La prossima legislatura da parte della Regione Campania, dopo cinque anni di grande difficoltà da parte dei cittadini e degli operatori, dovrà essere quella di una garanzia della salute per la popolazione che in questi anni in alcuni casi ha dovuto optare per la rinuncia all'assistenza sanitaria per indisponibilità economica



BRUNO ZUCCARELLI
Segretario Regionale Anaa Assomed Campania

Questa ultima legislatura della Regione Campania è stata contraddistinta da un'opera di razionalizzazione in sanità di sprechi che, molte volte, ha rischiato di andare nel razionamento; ad un indubbio ripiano del disavanzo in conto corrente con addirittura nell'ultimo bilancio consuntivo un avanzo di cassa, si è contrapposta una situazione che ha rischiato di trasformare i livelli essenziali di assistenza in livelli eventuali di assistenza.

Cinque anni orsono la Campania era sull'orlo del baratro finanziario, decenni di non programmazione sanitaria collegata a una politica dove la sanità era un ottimo strumento di decompressione sociale, avevano costretto il Governo centrale a commissariare la Regione; da lì è partito un monitoraggio in termini economici molto severo che ha portato allo strangolamento obbligatorio dell'assistenza.

Un esempio per tutto: la differenza di spesa del personale del comparto sanità negli anni 2012/2014 ha visto per la nostra regione un -15.3% che è il differenziale più alto del territorio nazionale, questi numeri da soli ci fanno rendere conto della sofferenza patita dal personale tutto che ha dovuto garantire turni di lavoro massacranti.

Questo è il punto di partenza della Regione Campania che è arrivata alla più alta percentuale di tassazione aggiuntiva in ambito sanitario con una sofferenza da parte dei cittadini che diverse volte hanno rinunciato all'assistenza sanitaria per indisponibilità economica.

Il prossimo quinquennio dovrà necessariamente essere il periodo degli investimenti con un rilancio in termini quali-quantitativi delle prestazioni sanitarie: investire non significa sprecare, quindi bisogna continuare nell'opera di spending-review, il tutto collegato a un'opera di programmazione che abbia l'obiettivo di ridurre drasticamente l'emigrazione sanitaria con un abbattimento reale e non formale delle liste di attese.

Quindi cosa chiedere al futuro Governatore della Regione?

1) I precari sono stati un argine importante per l'emorragia cospicua conseguente al progressivo pensionamento dei colleghi, hanno avuto ancora più coraggio perché hanno deciso di rimanere in una Regione che in modo ingrato ed irresponsabile sta cancellando il suo futuro lasciando fuggire i giovani. La situazione di un precario oggi, che non ha certezze per il futuro e non ha garanzie per il presente, è veramente drammatica: siamo consapevoli che la loro permanenza contribuisca a garantire i minimi fondamentali dell'assistenza sanitaria. La loro stabilizzazione con l'inserimento strutturato non è solo un riconoscimento di diritti ma soprattutto un contributo alla sicurezza

za del sistema sanitario regionale che da anni è enormemente a rischio.

2) La Regione nella sua mission ha come primo punto quello di programmare e pianificare, evitando autonomie che scivolano sempre nelle anarchie da parte delle Aziende Sanitarie; questo fino a ora non sempre si è realizzato, e gli atti programmatori hanno avuto spesso un sapore cartaceo e non quello della concretizzazione. È tempo che si scriva poco, ma quel minimo va realizzato e monitorato sempre, le verifiche e i controlli nei confronti delle Aziende Sanitarie devono essere eseguiti costantemente: è giunta l'ora di atti concreti.

3) Un refrain da molti anni si insegue: la deospedalizzazione con il potenziamento del territorio, anche questo rischia di essere un adagio che si ripete, non si possono continuare a ridurre posti letto senza veramente realizzare l'assistenza domiciliare con la messa a regime di Rsa, strutture riabilitative ed Hospice che possono contribuire a ridurre ricoveri impropri, altrimenti il dramma barrelle continuerà all'infinito. Quello che la regione deve sicuramente portare a regime è la reale integrazione territorio -ospedale in modo che il cittadino che richiede assistenza sanitaria venga preso in carico dal sistema dove le strutture sanitarie di



Il livello (Università, Ospedale, Irccs, Strutture accreditate) ed il territorio in tutte le sue organizzazioni dialoghino costantemente: questo circuito virtuoso deve avere l'obiettivo di dare risposte esaustive senza ping-pong fra competenze.

La prossima legislatura da parte della Regione Campania, dopo cinque anni di grande difficoltà da parte dei cittadini e degli operatori, dovrà essere quella di una garanzia della salute per la popolazione che in questi anni in alcuni casi ha dovuto optare per la rinuncia all'assistenza sanitaria per indisponibilità economica; questo ha significato non diminuire anche l'emigrazione sanitaria verso altre regioni. Il cittadino campano può e deve essere assistito senza sprechi, senza razionamenti ma con razionalizzazioni.

Su questo scenario nazionale che vede tanti sistemi sanitari diversi dove l'art 32 della costituzione è uno scritto ma non è un fatto è ineludibile che qualcuno (Presidente del Consiglio?) dica con chiarezza che sanità vuole per questo paese, è ancora sostenibile il Servizio Sanitario Nazionale con gli opportuni accorgimenti oppure bisogna dire con chiarezza che bisogna andare nel verso le assicurazioni sanitarie?

Dopo un anno dall'insediamento di questo Governo qualche parola autorevole sulla sanità futura di questo paese bisogna pure dirla!

d!

fatti&opinioni

DOMENICO ISCARO
Presidente
Nazionale
Anaa Assomed

Perché una riflessione su "Mia madre", l'ultimo film di Nanni Moretti, sulle pagine di questo giornale?

Ci sono due motivi. Il primo perché è un bellissimo film, commovente e sincero. Un film autobiografico dove il commiato dalla vita (gli ultimi giorni di vita) di una madre scoprono tutta la fragilità di una figlia (il regista stesso) che con l'avanzare degli anni ha perso sicurezza e certezze e vede sempre più crescere il proprio senso di inadeguatezza. Una madre dolcissima uguale a milioni di madri, che lentamente si spegne, piccoli gesti, inquadrature pudiche, primi piani commossi di una donna malata (una attrice immensa) a cui una figlia rende l'omaggio più bello che una madre possa desiderare. Le dice "mi hai insegnato la vita".

Riflessioni su "Mia madre"



Secondo motivo perché il contesto nel quale si intrecciano i sentimenti degli ultimi giorni di vita è l'ospedale. Un ospedale appena accennato con poche inquadrature, l'ingresso, un lungo e largo corridoio, la camera, il letto, la terapia intensiva, eppure presente, circonda il dolore. Ci viene descritto un grande, modesto, silenzioso, rassicurante ospedale. E poi un medico (donna ed anche questo non è casuale) che dice verità che la figlia/figlio non vuole ascoltare e che quindi impone con fermezza e dignitosa pietà. Quella che solo la solidarietà può inventare. E poi un infermiere, un gesto quotidiano che rassicura come nient'altro e che più di mille parole allontana paure. Ecco, in un grande film viene rappresentato l'ospedale ed i medici e gli infermieri che conosciamo, che affollano la sanità italiana e che sono la più bella e costante realtà di questo paese. Economicismo, opportunismo, cattiva gestione e stanchezza possono rovinare tutto ed anche per conservare quelle immagini di ospedale e di umanità che il nostro sindacato si batte.

L'esperienza dell'Aorn
al "A. Cardarelli" di Napoli

La realtà dell'Intramoenia

**Il volume di attività
prestazionale
ambulatoriale**

40.000

Accessi suddivisi per le varie branche
specialistiche dal 2013

22.307

Accessi nel 2014

325

Ricoveri per interventi chirurgici dal 2013

La parola "intramoenia" deriva da una locuzione latina il cui significato è "tra le mura" cioè all'interno delle mura della città, nel nostro Sistema Sanitario Nazionale la parola intramoenia si riferisce invece alle prestazioni sanitarie erogate fuori l'orario di lavoro dai medici di un ospedale all'interno delle sue mura.

Le prestazioni sono le stesse erogate in base al contratto di lavoro, con la differenza che il cittadino ha la possibilità di scegliere il medico cui rivolgersi, previo pagamento di una tariffa preventivamente definita e detraibile dalle tasse.

L'intramoenia consente un abbattimento delle liste di attesa e a tal proposito viene introdotto dalla norma vi-



**MAURIZIO
CAPPIELLO**

*Dirigente Medico
Pronto Soccorso-
Obi Aorn
"A. Cardarelli"-
Napoli*

*Consigliere
Nazionale Anaao
Assomed*

gente per la prima volta, un ulteriore contributo, nella misura del 5 % da detrarre su l'onorario del medico, destinato all'allineamento con le liste di attesa ordinarie.

Il Drg (Diagnosis related group), in regione Campania e per il 30% a carico del paziente e il 70 % a carico della regione, quindi abbattendo la spesa sanitaria pubblica regionale.

Tale Attività nasce nel 1978 con la riforma sanitaria ma assume corpo e concretezza con i primi decreti legislativi del 1992-1993 ed in ultimo è regolamentata dalla Legge 8 novembre 2012, n. 189 "Conversione in legge, con modificazioni, del decreto legge 13 settembre 2012, n. 158, recante disposizioni urgenti per promuovere lo sviluppo del Paese mediante un più alto livello di tutela della salute", per la libera attività intramuraria, si fa presente altresì che nel conteso di tale norma lo specialista non può erogare in regime di libera attività professionale un volume di prestazioni, globalmente considerato, superiore a quello erogato in regime ordinario.

La realtà intramoenia nota come Alpi (Attività libero professionale intramuraria), con la referenza della Dott.ssa F. Onofaro, nasce presso l' Aorn "A. Cardarelli" di Napoli nel giugno 2013, con una struttura dedicata all'avanguardia, dove operano professionisti delle varie branche specialistiche.

Il suo volume di attività prestazionale

ambulatoriale dal 2013 a oggi è di circa 40mila accessi suddivisi per le varie branche specialistiche con un picco di 22.307 accessi nel 2014 e un trend in ascesa nel 2015, per quanto riguarda l'attività di ricovero dal 2013 ad oggi i ricoveri per interventi chirurgici sono stati 325 con punte di attività per la branca di chirurgia generale ed urologia anche queste con trend in ascesa per quest'anno.

Da una attenta analisi dei "customer form" somministrati ai pazienti ricoverati presso tale struttura, emerge un altissimo indice di gradimento in rapporto alla qualità dell'assistenza ospedaliera ricevuta, sono stati analizzati in particolare: l'esperienza del ricovero e cura in generale, la valutazione del personale sanitario, valutazione del personale infermieristico, valutazione degli aspetti organizzativi di reparto nonché dei servizi definiti di contorno (vito, servizi in camera, comfort, etc).

I vantaggi di tale attività sono sia per il cittadino che il professionista dirigente medico, per il primo la possibilità di scegliere il proprio medico operante in struttura ospedaliera di alto livello di specializzazione e sfruttando il confort alberghiero di strutture dedicate; per il medico invece rappresenta la possibilità di liberare espressione della propria professionalità rimanendo all'interno delle strutture ospedaliere, nonché legittima gratificazione economica in periodo di blocco della contrattazione.

Il risk management e l'uso delle radiazioni ionizzanti in medicina

Ecco il ruolo del fisico medico

In medicina nella diagnosi e cura di patologie complesse l'alta tecnologia che fa uso di radiazioni ionizzanti è un elemento sempre più presente e indispensabile. Basti pensare ai più recenti modelli di acceleratori lineari per la cura dei tumori che con la possibilità di modulare e concentrare il fascio di terapia sul bersaglio consentono l'applicazione di tecniche più precise e mirate. Nella diagnostica possiamo citare i sistemi angiografici digitali, le TC multi banco corredate di algoritmi ricostruttivi delle immagini che, migliorando tale processo, permettono la riduzione della dose al paziente. Pensiamo poi alle macchine ibride che integrano due tecnologie, quali le ormai ampiamente diffuse TC/Pet che all'accurata ricostruzione morfologica degli organi e tessuti uniscono informazioni sulla funzionalità degli stessi. Ricordiamo anche i nuovi radio-farmaci che sono impiegati nella diagnosi medico nucleare e terapia molecolare, che richiedono attenzione nell'impiego sempre più personalizzato al paziente.

Alla complessità dei sistemi in uso e delle metodiche d'impiego è associata la probabilità di rischio che qualcosa non vada per il giusto verso e che il paziente possa ricevere un danno invece di un beneficio dalla pratica clinica. La multidisciplinarietà impone che alle responsabilità cliniche degli specialisti dell'area radiologica sia associato il ruolo dello specialista in fisica medica (fi-



LUISA BEGNOZZI

*Presidente Aifm
(Associazione
Italiana di Fisica
Medica)*

*Settore Dirigenza
Sanitaria Anaaao
Assomed*

sico medico) infatti ognuna delle applicazioni mediche citate ha sue peculiarità che esigono provvedimenti e interventi da parte del fisico medico al fine della sicurezza e radioprotezione del paziente. La normativa di riferimento nel nostro Paese è il D. Lgs. 187/00, che è in fase di revisione attraverso il recepimento della Direttiva Euratom n. 59/2013 che dedica un intero capo al VII alle applicazioni mediche e che ogni stato membro ha l'obbligo di recepire entro il 6 febbraio 2018¹. La nuova Direttiva nel confermare e rafforzare quanto già previsto dal decreto legislativo 187/00, all'art. 83 recita molto chiaramente quali siano le attribuzioni del fisico specialista in fisica medica anche in merito al risk management:

.....
2. Gli Stati membri provvedono affinché lo specialista in fisica medica, a seconda della pratica medico-radiologica, sia responsabile della dosimetria, incluse le misurazioni fisiche per la valutazione della dose somministrata al paziente e ad altre persone soggette all'esposizione medica, fornisca pareri sulle attrezzature medico-radiologiche e contribuisca in particolare a:

a)

f) analizzare eventi implicanti o potenzialmente implicanti esposizioni mediche accidentali o involontarie.

Il suo coinvolgimento, ai fini dell'effettuazione dei programmi di garanzia della qualità e della sicurezza e protezione del paziente con la valutazione della dose o la verifica dell'attività somministrata, è strettamente necessario nelle pratiche di radioterapia; è inoltre necessario nelle pratiche terapeutiche standardizzate di medicina nucleare e nelle pratiche di radiodiagnostica e radiologia interventistica, comportanti alte dosi al paziente, quali le pratiche di medicina nucleare e in tomografia computerizzata, con particolare attenzione alle pratiche che coinvolgono bambini e a quelle previste dai programmi di screening sanitario. Tuttavia per altre pratiche di radiodiagnostica non contemplate in precedenza lo specialista in fisica medica deve essere opportunamente coinvolto per consultazioni e pareri sui problemi connessi con la radioprotezione. In particolare un punto su cui soffermarsi di notevole novità posto in evidenza dai contenuti della direttiva europea 59/2013 è il punto f) del comma 2 dell'art. 83 che vede il fisico medico coinvolto nel Risk Management per gli aspetti di competenza, insieme al team multidisciplinare, nel coadiuvare l'esercente, di cui all'art. 63, nell'analisi di eventi implicanti o potenzialmente implicanti esposizioni mediche accidentali o involontarie. Le esposizioni mediche accidentali e involontarie rappresentano una fonte di continua preoccupazione. Mentre per i dispositivi medici la sorveglianza successiva all'immissione in commercio è prevista dalla direttiva 93/42/CEE del Consiglio, del 14 giugno 1993, concernente i dispositivi medici, viene attribuito all'autorità competente in materia di protezione dalle radiazioni il compito di affrontare la prevenzione alle esposizioni mediche accidentali e volontarie e il controllo periodico successivo qualora esse si verificano. A tale riguardo, è necessario porre in rilievo il ruolo svolto da programmi di assicurazione della qualità, compreso lo studio proattivo dei rischi in radioterapia², per evitare questo genere di incidenti; in queste evenienze, inoltre, è necessario rendere obbligatorie la registrazione, la comunicazione, l'analisi e le azioni correttive.

1) <http://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=OJ:L:2014:013:FULL:IT:PDF>

2) http://www.fisicamedica.it/aifm/report/report_8_aifm.html

Avv. Francesco Maria Mantovani
consulente legale Anaa Assomed

Tribunale di Napoli: conversione a tempo indeterminato dei contratti a termine

È noto che la Corte di giustizia CE ha demolito il sistema di contratti a termine per le supplenze nel sistema scolastico nazionale, ritenuto incompatibile con la normativa comunitaria, in quanto tendente a consentire la reiterazione all'infinito di contratti a termine senza la possibilità di applicare alcuna sanzione, nemmeno quella del risarcimento del danno prevista, per la generalità dei pubblici dipendenti, dall'art. 36, comma 5, D.lgs. 165/2001.

Peraltro, nella stessa pronuncia, la Corte di giustizia, in conformità alla sua precedente giurisprudenza in materia, ha riconosciuto che la sanzione del risarcimento del danno costituisce un'adeguata sanzione per l'illegittima reiterazione di contratti a termine nel pubblico impiego e che l'ordinamento comunitario non impone affatto la sanzione della conversione a tempo indeterminato dei contratti a termine illegittimi, una simile scelta rientrando nella discrezionalità dei legislatori nazionali.

Quanto all'altra affermazione di principio contenuta nella sentenza in esame, ossia dell'illegittimità di un'eccessiva precarizzazione dei rapporti di lavoro, sia nel pubblico che nel privato, si tratta di precetto già acclarato nella nostra giurisprudenza nazionale, la quale, tuttavia, sanziona la reiterazione con il risarcimento del danno previsto dall'art. 36, comma 5, D.lgs. n. 165 del 2001.

Dunque, restavano dubbi in merito all'applicabilità dei principi dettati dalla pronuncia della Corte di Giustizia CE ad altri settori del pubblico impiego, in cui vige la sanzione del risarcimento del danno.

Altri dubbi derivavano dal noto principio, dettato dall'art. 97 della Costituzione, secondo cui l'assunzione a tem-

“
La sentenza del Tribunale di Napoli fornisce dei punti di riferimento a sostegno di una tesi radicalmente innovativa rispetto alle conclusioni raggiunte sino ad oggi dalla giurisprudenza nazionale



po indeterminato nel pubblico impiego presuppone il superamento di un pubblico concorso per espressa previsione dell'art. 97 della Costituzione.

Si tratta di principio acclarato nella giurisprudenza costituzionale, secondo cui il personale assunto con contratto a termine a seguito di un concorso pubblico possa essere inserito in ruolo, poiché le prove selettive devono ritenersi idonee a verificare le competenze e le attitudini del dipendente.

I principi espressi dalla Corte di Giustizia CE andavano quindi conciliati con il limite costituzionale del pubblico concorso. Un passo in avanti nel superamento di quest'ultimo ostacolo sembra ora compiuto dalla prima sentenza pronunciata da un Giudice nazionale (nello specifico, il Tribunale di Napoli) successivamente alla citata pronuncia della Corte di Giustizia Europea.

Di particolare interesse risulta il passaggio della pronuncia in cui si offre un soluzione al problema della compatibilità del precetto dettato dall'art. 97 della Costituzione con la sanzione della conversione a tempo indeterminato dei contratti a termine nel pubblico impiego. Sul punto, il Tribunale di Napoli ha statuito che la conversione non viola il vincolo costituzionale del pubblico concorso allorché i lavoratori interessati sono stati assunti a tempo determinato in seguito a procedure con valore di pubblico concorso.

Ciò avviene quando le regole di svolgimento prescrivano specifici requisiti di partecipazione, predeterminino i titoli professionali valutabili, disciplinino l'oggetto e le finalità del colloquio che i candidati sono chiamati a sostenere, ed impongano la nomina di una commissione giudicatrice, il cui compito non sia li-

mitato alla verifica dei requisiti di idoneità dei singoli aspiranti, ma si estenda alla valutazione comparativa dei partecipanti da esprimere con la predisposizione di una graduatoria finale.

Quest'ultimo principio appare di particolare rilevanza in connessione all'altro passaggio della sentenza del Tribunale di Napoli, in cui si riconosce l'applicabilità al pubblico impiego della disposizione dell'art. 5, comma 4-bis, D.lgs. n. 368 del 2001.

Quest'ultima disposizione prevede la sanzione della trasformazione del contratto a termine in un rapporto a tempo indeterminato allorché la sommatoria di più contratti tra le medesime parti, aventi per oggetto mansioni equivalenti, superi i 36 mesi di effettiva prestazione, e l'attività si protragga, oltre il predetto limite, per più di 30 giorni.

In questo quadro, appare evidente che la sentenza del Tribunale di Napoli fornisce dei punti di riferimento a sostegno di una tesi radicalmente innovativa rispetto alle conclusioni raggiunte sino ad oggi dalla giurisprudenza nazionale: anche al di fuori del settore scolastico, i pubblici dipendenti precari che abbiano prestato la propria attività per almeno 36 mesi (anche non continuativi), a mezzo di contratti a termine o con altre forme convenzionali, comunque riconducibili a contratti di lavoro subordinato, e per i quali il risarcimento del danno non configuri un adeguato ristoro alla condizione di precariato, possono rivendicare la conversione del proprio rapporto di lavoro a tempo indeterminato.

Peraltro, occorrerà attendere le future pronunce dei Giudici nazionali, per verificare se tale tesi troverà accoglienza nel nostro ordinamento.



Pronto, avvocato?
Risponde l'ufficio legale Anaa Assomed

Sono un Dirigente medico assunto a tempo indeterminato presso un'Azienda del Servizio sanitario nazionale. Ho presentato domanda di mobilità volontaria presso altra Azienda. La mia struttura mi nega l'assenso. Può la struttura di provenienza bloccare la mia mobilità in uscita?

La disciplina contrattuale in materia di mobilità volontaria è stata abrogata dalla nuova formulazione dell'art. 30 D.lgs. 165/2001, come novellato per effetto dell'art. 4 Dl. 90/2014, convertito in Legge 114/2014, secondo cui la mobilità volontaria richiede l'assenso della struttura di provenienza, la quale può bloccare la mobilità in uscita del dipendente.

Sempre l'art. 30 citato espressamente prevede che tale disciplina in tema di

mobilità volontaria si applica a tutti i dipendenti pubblici – e, quindi, anche al personale del Servizio sanitario nazionale –, prevalendo sulle contrarie disposizioni dettate dai contratti collettivi, le quali si intendono abrogate.

La stessa previsione è contenuta nell'art. 1, comma 3, D.lgs. 165/2001, secondo cui “Le disposizioni del presente decreto costituiscono principi fondamentali ai sensi dell'articolo 117 della Costituzione. Le Regioni a statuto ordinario si attengono ad esse tenendo conto delle peculiarità dei rispettivi ordinamenti”.

In altri termini, le disposizioni citate in materia di mobilità si applicano anche al personale pubblico degli Enti appartenenti all'Organizzazione amministrativa delle Regioni, tra cui le Aziende sanitarie, in quanto principi fondamentali del nostro ordinamento.

Sono un Dirigente sanitario di ruolo con orario articolato su 5 giorni la settimana. Sono stato invitato a partecipare ad un convegno in qualità di relatore. Posso usufruire della riserva oraria prevista per l'aggiornamento professionale facoltativo?

In caso di articolazione oraria su cinque giorni settimanali, la giornata del sabato è da considerarsi non lavorativa. Pertanto in questo caso non è possibile accedere alla riserva oraria per l'aggiornamento professionale facoltativo, il cui utilizzo presuppone che l'attività formativa avvenga durante l'ora-

rio di servizio settimanale. Diversamente, nel caso si fosse trattato di un evento formativo di tipo obbligatorio con oneri a carico dell'Azienda, la partecipazione al convegno, durante la giornata del sabato, sarebbe stata considerata “servizio utile a tutti gli effetti” (art. 23, co. 3, Ccnl 3.11.2005).

Sono stato assunto di ruolo presso una Asl. Come viene calcolato il semestre di prova? Devo attendere una comunicazione ufficiale oppure alla scadenza del periodo di prova mi devo ritenere definitivamente di ruolo? Eventuali ferie potrebbero comportare un ritardo nell'entrata in ruolo?

La disciplina contrattuale si limita a prevedere che “ai fini del compimento del periodo di prova si tiene conto del solo servizio effettivo prestato” (art. 14, comma 2, Ccnl 8.6.2000) e che “il periodo di prova è sospeso in caso di assenza per malattia” e negli altri casi espressamente previsti dalla legge o dal contratto collettivo (art. 14, comma 3). Di regola, per “servizio effettivo prestato” deve intendersi il periodo in cui il lavoratore è presente sul luogo di lavoro, a disposizione del proprio datore di lavoro e nell'esercizio delle proprie funzioni, in quanto in tali periodi è consentita all'amministrazione datrice di lavoro l'acquisizione dei dati necessari od utili ai fini della valutazione.

Ne deriva, che sono esclusi dal conteggio del periodo di prova, le giornate di assenza per malattia, ferie, festività, aspettativa, congedi, permessi. Una volta terminato il periodo di pro-



va, senza che sia avvenuta la risoluzione anticipata del rapporto per mancato superamento della stessa, il contratto si intende automaticamente confermato a tempo indeterminato (art. 14, comma 6, Ccnl 8.6.2000).

Di regola, le amministrazioni adottano una delibera nella quale si dà atto dell'avvenuto superamento del periodo di prova e quindi dell'immissione in ruolo.

Corte Costituzionale Sull'intramoenia, decide lo Stato

Infermieri, tecnici della riabilitazione e ostetriche esclusi dall'attività intramoenia. A questa può avere accesso solo il personale medico sia dirigenziale sia dipendente. Un eventuale allargamento della platea è possibile solo tramite legge statale, dato che le decisioni in questo campo attingono alla tutela della salute e non all'organizzazione sanitaria.

A stabilirlo la Corte Costituzionale che con la sentenza n. 54/2015 ha dichiarato l'illegittimità costituzionale degli artt. 1, 2 e 3 della legge 6/2014 della regione Liguria.

Secondo la Consulta il fatto che le norme che disciplinano la materia abbiano sempre e solo fatto riferimento al personale medico è indice della volontà di voler riservare solo a questi soggetti la possibilità di accesso all'attività libero-professionale intramoenia in strutture sanitarie regionali.



Tribunale di Firenze Reato di abuso d'ufficio: medico dipendente richiede compensi

Commette reato di abuso d'ufficio il dirigente medico che non avvisa la paziente della possibilità di recarsi presso la struttura ospedaliera per le incombenze postoperatorie e dell'onerosità della sua prestazione nel caso in cui proponga di provvedere egli stesso con visita domiciliare, incassando poi la somma di Euro 150 per l'attività svolta. Nello specifico, il sanitario avrebbe potuto effettuare la visita a domicilio in regime intramoenia solo se autorizzato dall'Azienda da cui dipende il presidio ospedaliero, ma nell'occasione non aveva tale autorizzazione, per cui ha violato il regolamento delle libere professioni della struttura. Risulta ingiusto anche il correlativo danno causato alla paziente, poiché se questa avesse saputo dell'esborso da sostenere e dell'alternativa gratuita, da praticare presso l'ospedale, non avrebbe acconsentito alla visita domiciliare (Sezione II - sentenza del 27 novembre 2014).



Corte dei Conti Danno erariale causato dal medico: profili di responsabilità per colpa grave

Per configurare un'ipotesi di responsabilità a carico di un medico, non basta che il comportamento appaia riprovevole in quanto non rispondente in tutto alle regole della scienza e dell'esperienza, ma è necessario che il sanitario, usando la dovuta diligenza, sia stato in condizione di prevedere e prevenire l'evento verificatosi: perché quindi possa parlarsi di colpa grave occorre accertare che si siano verificati errori non scusabili per la loro grossolanità o l'assenza delle cognizioni fondamentali attinenti alla professione, ovvero abbia difettato quel minimo di perizia tecnica che non deve mai mancare in chi esercita la professione medica, oppure vi sia stata ogni altra imprudenza che dimostri superficialità e disinteresse per i beni primari affidati alle cure di tali prestatori d'opera (Sez. Giur. Lombardia - sentenza n. 40/2015).



Tar Calabria Catanzaro Requisiti di legittimità del richiamo scritto



È illegittimo il richiamo scritto impartito dal direttore sanitario al medico per avere causato all'ente un notevole disservizio violando gli ordini di servizio relativi ai turni di lavoro, in quanto l'irrogazione dello stesso (da ricompandersi nella sanzione disciplinare della censura) è avvenuta in assenza della previa contestazione al dipendente incolpato, da parte del superiore, della mancanza che gli si attribuisce, con assegnazione al medesimo di un termine non maggiore di dieci giorni per presentare proprie giustificazioni scritte.

Corte di Cassazione Se il medico convenzionato compie errori è responsabile anche la Asl

"L'Asl è responsabile civilmente del fatto illecito che il medico, con essa convenzionato per l'assistenza medico-generica, abbia commesso in esecuzione della prestazione curativa, ove resa nei limiti in cui la stessa è assicurata e garantita dal Ssn in base ai livelli stabiliti secondo la legge". È questo il principio base sancito dalla Cassazione nella sentenza n. 6243/2015 che ha condannato un'azienda sanitaria piemontese come responsabile del danno e a risarcire le vittime.

i servizi anaao assomed

anaao ti tutela

COPERTURA TUTELA LEGALE GRATUITA

L'Anaao Assomed offre agli iscritti la polizza di TUTELA LEGALE compresa nella quota associativa senza alcun onere aggiuntivo. La copertura comprende le spese legali sostenute in sede PENALE E CIVILE con un massimale di €25.000 per

sinistro e per Assicurato senza limite annuo, con possibilità di elevare i massimali sino a €100.000 per sinistro con integrazione a proprio carico.

VIENI A CONOSCERE I DETTAGLI DELLA POLIZZA SU WWW.ANAAO.IT

anaao ti assicura

POLIZZA DI RESPONSABILITÀ CIVILE PROFESSIONALE "COLPA GRAVE"

(massimale pari a €5.000.000 e retroattività fino a 10 anni). I rinnovi al prezzo più basso del mercato. VIENI A CONOSCERE I DETTAGLI DELLA POLIZZA SU WWW.ANAAO.IT

all'Associazione, raccoglie i dati e le informazioni necessarie, acquisisce i recapiti e mette in contatto il richiedente con un Medico Legale e, se possibile, anche con un legale.



PRONTO SOCCORSO MEDICO-LEGALE E ASSICURATIVO

Il servizio rileva e risponde rapidamente alle richieste di consulenza medico-legale-assicurativa, anche non urgenti, rispetto agli adempimenti necessari per un'adeguata tutela e supporta gli iscritti in caso di contenzioso. L'Associato può richiedere gratuitamente l'attivazione di questo servizio cui risponde in prima battuta il personale Anaao Assomed adeguatamente formato. L'operatrice, verificata l'iscrizione

COPERTURA ASSICURATIVA CONTAGIO OSPEDALIERO

Agli associati viene riservata la possibilità di acquistare la POLIZZA CONTAGIO OSPEDALIERO per la tutela personale, potendo scegliere tra più massimali nel caso si contragga durante l'attività lavorativa una delle seguenti malattie: HIV, EPATITE B, EPATITE C a partire da €67,00.

anaao ti assiste

ASSISTENZA LEGALE

Il servizio mette a disposizione degli iscritti un avvocato che li segue sia nell'attività di consulenza che nella difesa stragiudiziale evitando di doversi necessariamente rivolgere ad un legale di fiducia e sostenere costi aggiuntivi. È possibile contattare i consulenti legali attraverso:

- HELP DESK TELEFONICO e presenza presso la sede Anaao Assomed di Roma il LUNEDÌ – MERCOLEDÌ – VENERDÌ dalle ore 10.00 alle ore 17.00 – telefono 064245741.
- E-M@IL inoltrando il quesito a servizi@anaao.it
- REPERIBILITÀ TELEFONICA DAL LUNEDÌ AL VENERDÌ al numero 064245741.
- Per i casi urgenti è possibile fissare un appuntamento anche in giorni diversi da quelli stabiliti.

ASSISTENZA FISCALE

Il servizio intende rispondere ad alcune esigenze degli iscritti:

- Acquisizione e controllo del Mod. 730 precompilato dal contribuente e rilascio del relativo visto di conformità.
- Assistenza alla compilazione MOD. 730 Singolo.
- Assistenza alla compilazione MOD. 730 Congiunto.
- Correzione per rilascio del visto di conformità dei precompilati errati.
- Gestione delle collaboratrici familiari.
- Elaborazione F24 IMU
- Elaborazione F24 TARES

anaao ti forma

La Fondazione Pietro Paci e la Scuola Nazionale di Formazione Quadri da oltre 10 anni offrono agli iscritti all'Anaao Assomed la possibilità di seguire gratuitamente corsi ECM qualificati e riconosciuti dalla Commissione Nazionale per la Formazione Continua del Ministero della Salute.

La formazione offerta dall'Associazione si pone l'obiettivo di sviluppare le conoscenze e le competenze nel campo della gestione e organizzazione dei servizi sanitari per consentire un esercizio più autorevole e responsabile del proprio ruolo dirigenziale. Il catalogo dei corsi e le modalità di iscrizione sono disponibili sul sito www.fondazionepietropaci.it.

anaao ti informa

NEWSLETTER Ogni settimana nella tua casella di posta elettronica informazioni, approfondimenti, documenti, rassegna stampa per essere sempre aggiornato sull'attività dell'Associazione.

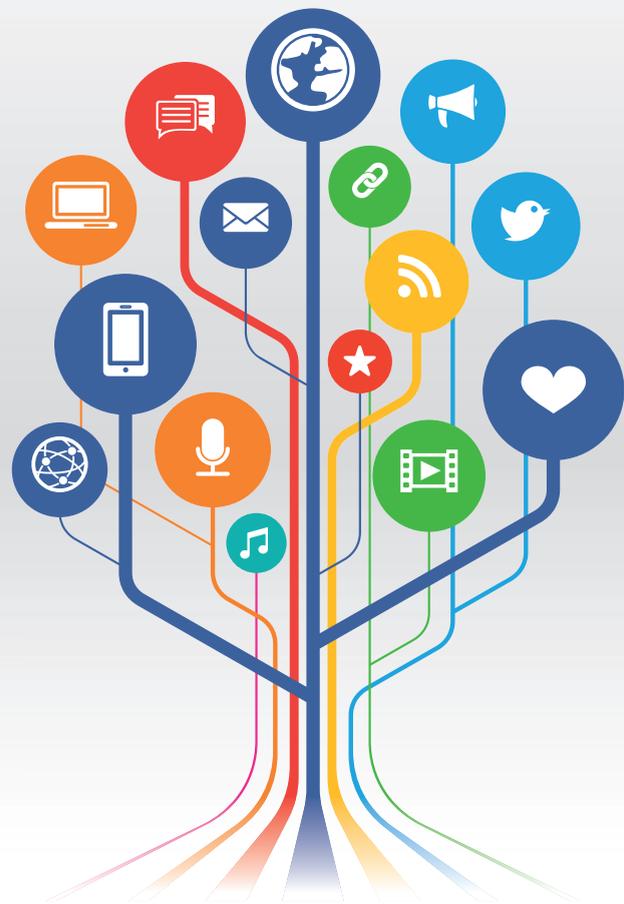
Segui tutte le notizie in tempo reale su

www.anaao.it





L'ANAAO ASSOMED POTENZIA I SUOI CANALI DI COMUNICAZIONE



IL NUOVO SITO INTERNET

anaao.it

Completamente rinnovata la grafica e i contenuti sono potenziati per qualità e quantità delle informazioni. Gli spazi in home page sono stati riorganizzati seguendo un progetto editoriale che mira all'informazione non solo strettamente sindacale, ma anche più in generale di politica sanitaria entro

cui l'Associazione si muove. Maggiore spazio anche all'attività del sindacato a livello regionale e locale. Vi segnaliamo alcune importanti new entry: Anaaio Giovani e Dirigenza Sanitaria, hanno uno spazio dedicato che accoglierà gli aggiornamenti e le novità dei due Settori.



IL CANALE YOUTUBE DI INFORMAZIONI E APPROFONDIMENTI SINDACALI



Una serie di brevi video sugli aspetti più attuali dell'attività sindacale e professionale per aggiornare e informare non solo gli iscritti, ma anche tutti coloro che popolano a qualsiasi titolo il pianeta sanità.

Approfondimenti e interviste ai rappresentanti dell'Associazione, ma anche ai protagonisti della politica sanitaria e delle istituzioni ed ai medici e dirigenti sanitari disponibili a raccontare la loro esperienza.

