

CARI AMICI



Dott. Gianfranco Finzi
Presidente Nazionale A.N.M.D.O.

Gli effetti delle politiche governative degli ultimi anni stanno ridisegnando il contesto generale in cui come professionisti della Sanità, ci troviamo ad operare. Il Quadro normativo riguardante la riorganizzazione del Servizio sanitario ed il ruolo e le responsabilità del medico di Direzione nonché la scarsa vision prospettica che caratterizza le scelte politico-strategiche nel nostro Paese hanno indotto un clima di crescente malessere e disagio diffuso - in parte alimentato anche da un sistema politico e dell'informazione che ha in questo un proprio specifico interesse - ma quel che è peggio è che non si intravedono ancora prospettive percepibili per l'uscita da questo stato di cose.

Siamo in una situazione in cui ormai da tempo il paradigma dominante è l'incertezza, determinata da scenari indistinti. Con l'incertezza abbiamo dovuto imparare a convivere, nell'incertezza dobbiamo costruire un nuovo modo di pensare e di organizzare il nostro futuro professionale.

Il cambiamento di sistema a cui stiamo assistendo ha portato la necessità di un ripensamento generale delle priorità, collettive ed individuali, delle regole di funzionamento della vita pubblica, delle relazioni sociali.

La politica, che dovrebbe avere la responsabilità di trovare soluzioni per il futuro del Paese e conseguentemente del sistema sanitario è invece sempre più affaccendata con vicende che nulla hanno a che fare con la vita reale dei cittadini, dei professionisti, delle imprese, ma che ri-

spondono esclusivamente a logiche di autoconservazione del potere e di mantenimento dei privilegi acquisiti. Questo stato di cose pone la necessità per l'ANMDO di una rinnovata azione di tutela giuridica degli associati. Proprio perché siamo in una fase di incertezza strutturale, l'azione di tutela giuridica e sindacale deve tenere conto di tutte le variabili che in questi ultimi mesi hanno caratterizzato questo ambito e proporre una linea di indirizzo netta e chiara per il rispetto assoluto delle norme e dei contratti per la nostra categoria.

Dobbiamo lavorare per avere un professionista della salute sicuro, forte, capace di essere pienamente al servizio della sanità e dei cittadini, tutelato da tutte le garanzie e le prerogative necessarie a consentirci di svolgere al meglio ed in piena serenità il nostro lavoro.

E' per questo che ANMDO ha intrapreso nell'ultimo periodo una serie di azioni atte alla tutela del nostro ruolo professionale e delle relative responsabilità delle quali reputo importante informarvi e di cui pubblichiamo la documentazione in allegato.

Sono certo che, anche grazie ai vostri suggerimenti e contributi di vita professionale qualificata e vissuta sul campo, queste iniziative potranno trovare sempre più ampia condivisione ed interlocutori qualificati per aprire la strada ad un confronto costruttivo anche a livello politico-strategico.

Dott. Gianfranco Finzi
Presidente Nazionale A.N.M.D.O.

45° CONGRESSO NAZIONALE ANMDO

Il futuro degli Ospedali: analisi, integrazione, azioni

Torino, 3 - 4 - 5 giugno 2019

LE DIREZIONI SANITARIE PER IL FUTURO DEGLI OSPEDALI: ANALISI, INTEGRAZIONE, AZIONI

A sei mesi di distanza dal Congresso di Padova continuiamo a guardare al futuro, analizzando l'Ospedale dall'osservatorio privilegiato delle Direzioni, nel tentativo di dare un senso alle numerose trasformazioni in atto e pensare a come governarle in un'ottica di sistema. Se è ormai consolidato che l'attività ospedaliera dovrà sempre più rivolgersi al trattamento delle patologie acute e ad elevato contenuto clinico-assistenziale, appare chiaro come questo obiettivo di appropriatezza non potrà essere concretamente realizzato in assenza di una vera integrazione, da una parte, degli Ospedali tra loro e, dall'altra, degli Ospedali con il Territorio. La prima forma di integrazione passa attraverso la realizzazione e la ridefinizione delle reti ospedaliere, per mezzo di interventi di programmazione regionali che, secondo quanto definito dal D.M. 70/2015, disegnino sistemi coerenti con target di efficacia, efficienza e sicurezza delle cure.

Del secondo tipo di integrazione si discute da tanto ed a vari livelli. Facciamo quotidianamente esperienza, nelle nostre realtà lavorative, di come la mancanza di dialogo con i servizi territoriali condizioni pesantemente il percorso dei pazienti, sia in entrata che in

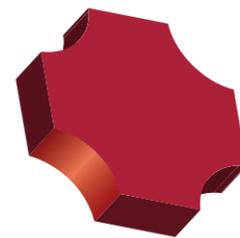
uscita, con conseguenze negative in termini di outcome e, più in generale, di performance del sistema. Se infatti, per tale motivo, sono ancora troppi i ricoveri inappropriati, la difficoltà a dimettere il paziente condiziona prolungamenti della degenza, con il rischio, tra le altre cose, di insorgenza di Infezioni Correlate all'Assistenza, problematica gravata da conseguenze sempre più pesanti sia in termini di mortalità che di contenzioso medico legale. L'universo dell'assistenza primaria, dominato dal crescente peso delle patologie cronico-degenerative, merita pertanto di essere gestito attraverso una seria programmazione che sia capace di alleggerire le strutture ospedaliere di eccessivi gravami di inappropriata, anche a beneficio di forme di assistenza più vicine e gradite al paziente. Nonostante ciò, non è affatto raro che a livello regionale si cerchi di ridurre la spesa sanitaria attraverso il taglio di infrastrutture e posti letto, piuttosto che con il rafforzamento dell'assistenza territoriale. Non tutte le Regioni hanno poi dato applicazione al Piano Nazionale della Cronicità, che vede l'Ospedale quale snodo di alta specializzazione, capace di interagire con i servizi territoriali. Questo tema, che riteniamo nodale, rappre-

senta tuttavia solo una tessera di un grande mosaico, alla cui complessità è difficile dare risposte adeguate con le spesso scarse risorse a disposizione. In tal senso, nel rispetto delle specificità locali, il D.M. n.70/2015 potrebbe rappresentare uno stimolo a promuovere cambiamenti strutturali nell'assistenza ospedaliera attraverso il rispetto degli standard e l'impegno per la sicurezza delle cure, il miglioramento della qualità dell'assistenza e la ricerca dell'appropriatezza.

Su queste premesse, il futuro sembra vedere l'Ospedale come un sistema aperto, flessibile nella sua organizzazione interna, in dialogo con tutto il panorama assistenziale, integrato con tutti i professionisti sanitari che a vari livelli vi operano, calato in percorsi di recupero della salute dei quali il vero protagonista è sempre il paziente. Benvenuti dunque a Torino, splendida città nella quale l'ANMDO è nata e dalla quale continua il suo cammino, orgogliosa della sua storia, ma con lo sguardo sempre rivolto al futuro.

Il Presidente Nazionale Gianfranco Finzi
Il Segretario Scientifico Ida Iolanda Mura





PROGRAMMA SCIENTIFICO

I SESSIONE

L'Ospedale: nuovi modelli strutturali ed organizzativi per l'elevata complessità assistenziale

IV SESSIONE

Modelli organizzativi e innovativi: nuovi approcci diagnostici e terapeutici

II SESSIONE

La Sanità e i professionisti: come gestire le nuove sfide dell'assistenza

V SESSIONE

La continuità assistenziale condivisa: i protagonisti

III SESSIONE

Innovazione nei servizi di supporto

VI SESSIONE

Quale sanità nel prossimo decennio?

LE COMUNICAZIONI

Le comunicazioni possono essere inviate da tutti gli iscritti al Congresso, esclusi i componenti del Direttivo Nazionale e della Segreteria Scientifica dell'ANMDO. Ciascun iscritto al Congresso può presentare una sola Comunicazione come primo Autore, ma può essere inserito come coautore in altre Comunicazioni. È obbligatoria l'iscrizione al Congresso per ciascun primo Autore. Le Comunicazioni che non si atterranno alle presenti indicazioni non saranno accettate e quindi non verranno pubblicate sugli Atti del Congresso né sulla rivista L'Ospedale. Modalità di presentazione:

- Compilando la form on-line sul sito www.noemacongressi.it
- inviando una mail al seguente indirizzo: comunicazioni.anmdo@gmail.com.

Il testo, dovrà essere strutturato in: Titolo, Nomi autori (es. Rossi M.; Bianchi S.), Carica e struttura di appartenenza autori, Parole chiave (max 3), Introduzione, Materiali e metodi, Risultati. Grafici e tabelle, non più di due, dovranno essere in bianco e nero. I lavori dovranno essere in formato Microsoft Word (sono accettati i file in formato .doc e .docx) con carattere "Times New Roman", grandezza 10, interlinea 1, bordo 2 cm su tutti i lati. Titolo (max 100 battute), testo (max 3500 caratteri spazi inclusi e max 2500 caratteri spazi inclusi, in presenza di grafico o tabella). Andrà indicato l'Autore che, se accettato, presenterà il lavoro. La scadenza per l'invio dei contributi scientifici è fissata entro e non oltre il 10 maggio 2019. Verranno selezionate trentasei Comunicazioni tra quelle pervenute; al primo Autore verrà comunicata entro il 17 maggio l'accettazione dell'elaborato e la sessione di presentazione in sede congressuale. Le Comunicazioni prescelte dovranno essere presentate con un set di diapositive, in numero variabile dalle 5 alle 10, per un totale di 7 minuti. Le Comunicazioni non selezionate potranno essere presentate come Poster. Ai trentasei Autori delle Comunicazioni prescelte verrà rilasciato un attestato di merito da parte di ANMDO che certifica l'accettazione del lavoro per la presentazione e partecipazione al concorso. I primi cinque classificati verranno premiati durante un'apposita cerimonia di premiazione. Tutte le Comunicazioni pervenute, a norma e in base a quanto sopra descritto, e le relative diapositive di presentazione verranno pubblicate sugli Atti del Congresso e sulla rivista L'Ospedale. Le Comunicazioni saranno di proprietà dell'ANMDO e saranno trattenute ed utilizzate da ANMDO ai fini della pubblicazione sugli strumenti di comunicazione dell'Associazione.

I POSTER

I Poster, possono essere presentati da tutti gli iscritti al Congresso esclusi i componenti del Direttivo Nazionale e della Segreteria Scientifica dell'ANMDO. Ciascun iscritto al Congresso può portare un solo Poster come primo Autore, ma può essere inserito come coautore in altri Poster. È obbligatoria l'iscrizione al Congresso per ciascun primo Autore. I Poster I PREMI SCIENTIFICI L'impegno dell'ANMDO come promotore di innovazione ed evoluzione scientifica si fonda sulla volontà di dare spazio anche per il 2019 ai contributi scientifici dei partecipanti, premiando la rilevanza scientifica del contenuto, l'originalità dello studio e l'efficacia della presentazione. 7 pervenuti entro il 10 maggio 2019 e accettati dalla Segreteria Scientifica saranno esposti in sede congressuale. Modalità di presentazione degli abstract dei poster:

- Compilando la form on-line sul sito www.noemacongressi.it
- inviando una mail al seguente indirizzo: poster.anmdo@gmail.com

Gli abstract dovranno essere inviati in formato Microsoft Word (sono accettati i file in formato .doc e .docx) carattere "Times New Roman", grandezza 10, interlinea 1, bordo 2 cm su tutti i lati) I poster per essere affissi in sede devono avere dimensioni massime di cm 70x100 (LXH). I testi (3.500 caratteri solo testo, 2.500 caratteri in presenza di grafico o tabella, non più di 2, in bianco e nero) dovranno essere strutturati come segue: Titolo, max 100 battute, Nomi autori, Carica e struttura di appartenenza autori, Parole chiave (max 3), Introduzione, Contenuti, Conclusioni. I Poster che non si atterranno alle presenti indicazioni non saranno pubblicati sugli Atti del Congresso né sulla rivista L'Ospedale. I Poster dovranno essere esposti nei giorni di Congresso secondo le modalità che verranno comunicate dalla Segreteria. I primi cinque classificati verranno premiati durante un'apposita cerimonia di premiazione in sede congressuale. I Poster saranno di proprietà dell'Anmdo e saranno trattenuti ed utilizzati da Anmdo ai fini della pubblicazione sugli strumenti di comunicazione dell'Associazione, sugli Atti del Congresso e sulla rivista L'Ospedale. Verranno accettati Comunicazioni e Poster inerenti le seguenti tematiche:

- Ambiente e Ospedale
- Distretto socio-sanitario
- Documentazione sanitaria
- Edilizia Sanitaria
- Etica
- Formazione
- Health Technology Assessment
- Horizon Scanning
- Igiene Ospedaliera
- Infezioni correlate all'assistenza
- Information Technology
- Innovazione in Sanità
- Legislazione sanitaria
- Logistica ospedaliera
- Organizzazione sanitaria
- Ospedale ecologico
- Programmazione, organizzazione e gestione sanitaria
- Privacy
- Qualità
- Responsabilità Professionale
- Rischio Clinico
- Rischio Infettivo
- Risk Management
- Servizi in gestione appaltata
- Sicurezza in ospedale
- Tutela dei dati
- Valutazione delle Performance

I PREMI SCIENTIFICI

L'impegno dell'ANMDO come promotore di innovazione ed evoluzione scientifica si fonda sulla volontà di dare spazio anche per il 2019 ai contributi scientifici dei partecipanti, premiando la rilevanza scientifica del contenuto, l'originalità dello studio e l'efficacia della presentazione.

INFORMAZIONI GENERALI

SEDE

Torino Incontra - Via Nino Costa, 8

QUOTE DI ISCRIZIONE

Soci ANMDO	€ 150,00 + IVA
Non soci ANMDO	€ 250,00 + IVA
Specializzandi soci ANMDO	gratuito
Specializzandi non soci ANMDO	€ 120,00 + IVA

La quota di iscrizione al Congresso include:

- partecipazione ai lavori scientifici;
- kit congressuale;
- attestato di partecipazione.

MODALITÀ DI ISCRIZIONE

Registrazione On-line collegandosi al sito www.noemacongressi.it

CANCELLAZIONE

Le cancellazioni delle iscrizioni dovranno essere comunicate per iscritto alla Segreteria Organizzativa, che rimborserà il 50% dell'importo versato per le rinunce pervenute entro il 2 aprile 2019. Dopo tale data non sarà restituita alcuna somma.

CENA SOCIALE

È prevista la cena sociale per martedì 4 giugno 2019, per la quale saranno fornite quanto prima informazioni sulle modalità di partecipazione.

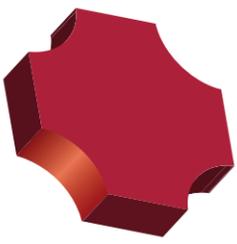
SEGRETERIA NAZIONALE ANMDO

ANMDO

c/o Ospedale Privato Accreditato Villa Erbosca
Via dell'Arcoveggio 50/2 - 40129 Bologna
Tel. 051/0310109 - Fax 051/0310108
Cell. 333/8105555
e-mail: anmdo.segreteria@gmail.com
Dr.ssa Annamaria De Palma

SEGRETERIA ORGANIZZATIVA NOEMA

Via degli Orefici, 4 - 40124 Bologna Bo
Tel. 051/230385 Fax 051/221894
info@noemacongressi.it
www.noemacongressi.it



Diffida Enna

DIFFIDA – Violazione della normativa in materia di attribuzione del Ruolo di Direttore Medico di Presidio presso Direzione Medica dell’Ospedale Umberto I di Enna – Asp di Enna.

Risulta che, a seguito delle dimissioni dall’incarico a tempo determinato di direttore di struttura complessa della Direzione Medica di Presidio Ospedaliero del PO Umberto I di Enna (giusta Delibera di Codesta Asp n.995 del 27.12.2018), la SV abbia proceduto con apposito “ordine di servizio” ad attribuire, seppure temporaneamente, detto incarico di UOC ad un direttore medico, operante presso il PO Umberto I di Enna e appartenente a disciplina diversa da quella del profilo di competenza per Direttore Medico di Presidio (come si può evincere dal Curriculum Vitae dello stesso, pubblicato sul sito web dell’Azienda Sanitaria Provinciale di Enna all’indirizzo <http://www.asp.enna.it/portale/trasparenza/curricula/Vasco.Calogero.27250.pdf>); disciplina quindi che non risulta né coincidente né affine a quella prevista di “Direzione Medica di Presidio Ospedaliero” (vedansi art. 4 del DPR 484/97 e “Tabelle relative alle discipline equipollenti” del DM 30.1.1998). Per le ragioni di seguito esplicitate, **SI DIFFIDA E SI INVITA la S.V. sospendere in via cautelativa detto ordine di servizio** ed avviare, contestualmente e con effetto immediato, ogni valida e adeguata soluzione che sia in armonia e in aderenza alle vigenti disposizioni legislative e CCNL di riferimento, in materia di attribuzione di incarico di struttura complessa. Infatti, spiace rilevare che:

L’attribuzione di incarico di Direzione di una UOC deve, ope legis, sottendere a precisa normativa in materia; in particolare circa l’attribuzione della funzione di Direttore Medico di Presidio, è opportuno ricordare che, ai sensi del D.Lgs. 502/92 e s.m.i., art.4 comma 9, nei Presidi Ospedalieri è previsto un Dirigente medico, in possesso dei requisiti di cui al DPR 484/97, quale responsabile delle funzioni igienico-organizzative. Il DPR 128/69 ne disciplina le attribuzioni. Il DPR 484/97 ne definisce i requisiti di accesso. Il CCNL 1998-2001, art.27, indica che tra gli incarichi di struttura complessa (di apicalità primaria) è compreso l’incarico di Direttore di Presidio Ospedaliero. A tal proposito si compiegano alla presente due allegati, entrambi contenenti declinazioni circa **ruolo, funzioni e competenze delle Direzioni Mediche di Presidio che non possono essere acquisite con un semplice “ordine di servizio”**: documento ANMDO pubblicato sul n.2/2012 della Rivista nazionale “L’Ospedale” (all.1); parere della Prof. Avv. Silvia Marzot del foro di Bologna (all.2).

Tenuto conto che l’Atto Aziendale dell’ASP di Enna, ratificato con Delibera dell’Asp di Enna n.429 dell’1.6.2017 ed approvato dall’Assessorato Regionale della Salute con DA n.1079 del 29.5.2017, all’art. 48, comma 1, recita “E’ istituita la UOC Direzione Medica di Presidio presso il Presidio Ospedaliero Umberto I di Enna e tre UU.OO.SS. Direzione Medica di Presidio presso ciascuno degli altri Presidi Ospedalieri” e che “Il Direttore Medico di Presidio responsabile di UOC coordina le attività delle UU.OO.SS.” e atteso che all’interno della già citata Delibera dell’Asp di Enna n.429 dell’1.6.2017 risulta che il numero totale dei posti letto, presenti nei PP.OO. dell’ASP e ricadenti nelle funzioni igienico-organizzative di una unica UOC di Direzione Medica di Presidio (presso PO Umberto I di Enna), ammonta a un totale di n.549 (di cui n.481 ordinari e n. 68 in regime di DH/DS), l’attribuzione dell’UOC di Direzione Medica del PO di Enna non può essere attribuita, ancorché con un “ordine di servizio”, ad un direttore medico di altra disciplina in quanto in palese contrasto/violazione con quanto sancito, in maniera inequivocabile, dal DPR 27.3.1969 n. 128 “Ordinamento interno dei servizi ospedalieri (riabilitato e reso vigente dal D.Lgs. 1.12.2009 n.179 “Disposizioni legislative statali anteriori al 1° gennaio 1970, di cui si ritiene indispensabile la permanenza in vigore, a norma dell’articolo 14 della legge 28 novembre 2005, n. 246”); DPR 128/69 che all’art. 5 “Attribuzioni del

Lettera di risposta



PROT. N. _____ A.S.P. DI ENNA
Protocollo Generale
DATA _____ N° Prot. U 2019 - 0003613
Del 29/01/2019 D. G.

Al Presidente Nazionale ANMDO
Dr. Gianfranco Finzi
Sede Legale via **Ciro Minotti n. 5**
c/o Studio Professionale
Enrico Corsini
40126 BOLOGNA
pec: anmdo@pec.it

Al l’Assessore Reg.le della Salute
Avv. Ruggero Razza
*assessorato.salute@cert.mail.regione.sicilia.it

Al Presidente della VI Commissione
Parlamentare Servizi Sociali
e Sanitari -ARS Regione Sicilia
On. Margherita Ruvo La Rocca
mail: commissione_VI@ars.sicilia.it

p.c.

Oggetto: Diffida-Violazione della normativa in materia di attribuzione del Ruolo di Direttore Medico di Presidio presso Direzione Medica dell’Ospedale Umberto I di Enna -Nota del 21 gennaio 2019 prot. n. 2_2019.

Si riscontra la nota emarginata in oggetto e, per quanto in essa specificato, si comunica che questa ASP con **delibera n. 37 del 18 Gennaio 2019**, ancor prima della ricezione della suddetta nota di Codesta Associazione Nazionale dei Medici delle Direzioni Ospedaliere, ha emesso un avviso interno per il conferimento dell’incarico di Direttore Responsabile della U.O.C. Direzione Medica dei PP.OO. Aziendali e ciò ai sensi dell’art. 18, comma 4, CCNL 8.06.2000, come modificato e integrato dall’art. 11 del CCNL 3.11.2005, Area della Dirigenza medica e veterinaria.

Tale avviso trova già pubblicazione sul sito web aziendale, ai fini della dovuta ed ampia diffusione dello stesso.

Per maggiore contezza di quanto deliberato da questa Azienda, compiegato alla presente, si trasmette il suddetto atto deliberativo n. 37 del 18 gennaio 2019.

Nel ritenere superate le osservazioni contenute nella nota che si riscontra, si assicura massima disponibilità per ogni proficua collaborazione con l’Associazione rappresentata dalla S.V.

Il Commissario Straordinario
Dr. Francesco Iudica

direttore sanitario” così recita: “Negli ospedali con un numero di posti-letto inferiore a 250, le funzioni di direttore sanitario possono essere affidate ad un primario di ruolo”.

Si rimane in attesa di riscontro circa la favorevole presa d’atto che l’accoglimento di quanto sopra esposto, in assenza dei quali saranno adite le consequenziali azioni.

Il Presidente Nazionale ANMDO
Dr. Gianfranco FINZI

Diffida Bolzano

Direttrice medica/direttore medico di presidio ospedaliero: requisiti di ammissione

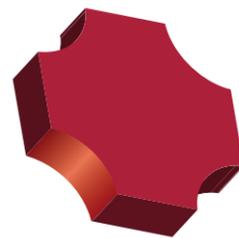
Egregio Direttore Generale, Dr. Florian Zerzer
Innanzitutto, La ringrazio per la Sua recente cortese disponibilità a ricevere il sottoscritto, accompagnato dal segretario generale di questa associazione.
Premesso che in base alla Legge provinciale 21 aprile 2017, n. 3, avente in oggetto “Struttura Organizzativa del Servizio Sanitario Provinciale”, nell’Azienda Sanitaria dell’Alto Adige operano n. 4 presidi ospedalieri, rispettivamente, l’Ospedale Provinciale di Bolzano, l’Ospedale Comprensoriale di Merano-Silandro, l’Ospedale Comprensoriale di Bressanone-Vipiteno, l’Ospedale Comprensoriale di Brunico-San Candido, questa associazione, a tutela della specifica categoria e nell’interesse del buon governo clinico ospedaliero, fa presente che in base al D.P.R. del 10 dicembre 1997 n. 484 artt. 2, 3, 4, 5, 6, e del D.P.G.P. del 23 aprile 1998 n. 12 della Provincia Autonoma di Bolzano, artt. 3, 4, 5, 6, che recepisce in toto la normativa nazio-

nale riguardo ai requisiti professionali, per poter accedere alle funzioni di direttrice medica/il direttore medico di presidio ospedaliero, i candidati in possesso della specializzazione in Igiene e medicina preventiva o disciplina equipollente devono avere un’anzianità di servizio di 7 anni di cui almeno 5 nella specifica disciplina, oppure, in mancanza della citata specializzazione, di almeno 10 anni di servizio nella specifica disciplina (direzione medica di presidio ospedaliero o disciplina equipollente).
Pertanto, nel rispetto di detta normativa concorsuale, recepita da quella provinciale, i medici “specializzati in una disciplina clinica” di cui all’art. 25, comma 5, della Legge provinciale 21/4/2017, n. 3, per poter essere “scelti come direttrice medica/direttore medico”, e che non siano in possesso della specializzazione in igiene e medicina preventiva o specialità equipollente, dovranno avere un’anzianità di servizio nella specifica disciplina di almeno 10 anni. Analoghi criteri valgono per l’accesso al posto di coordinatrice sanitaria/coordinatore sanitario di cui all’art. 25, comma 1, della citata Legge provinciale 21/4/2017, nr 3.

Dalla citata normativa provinciale si evince, inoltre, che ciascuno dei quattro presidi ospedalieri dell’Azienda sanitaria dell’Alto Adige, ancorché tre degli stessi siano composti da due strutture, fanno capo ad un’unica direzione medica di presidio ospedaliero.
Eventuali soluzioni alternative, per esempio l’affidamento di tali funzioni ad un medico clinico per la struttura più piccola del presidio, è in contrasto con la normativa vigente.
Il sottoscritto rimane a Sua disposizione per ulteriori chiarimenti, in particolare per trovare di volta in volta eventuali soluzioni temporanee a causa della mancanza di candidati idonei in possesso degli specifici requisiti previsti dalla normativa concorsuale nazionale e provinciale.

Un cordiale saluto

Il Presidente Nazionale ANMDO
Dott. Gianfranco Finzi



Note su sub-delega ambientale

Brevi note in merito alla possibilità/opportunità che un dirigente medico sottoscriva una sub- delega in materia ambientale che comporti il conferimento di ampi poteri in materia di controllo degli adempimenti previsti dalla normativa di cui al D.Lgs 3 aprile 2006 n. 152 e leggi collegate, in particolare dalla parte II, III e IV del decreto medesimo.

L'ANMDO mi ha richiesto un parere in merito alla possibilità/opportunità che un dirigente medico sottoscriva una sub- delega in materia ambientale che comporti il conferimento di ampi poteri in materia di controllo degli adempimenti previsti dalla normativa di cui al D.Lgs 3 aprile 2006 n. 152 e leggi collegate, in particolare dalla parte II, III e IV del decreto medesimo. La richiesta è stata formulata in relazione ad un caso concreto riguardante un direttore medico di presidio al quale è stato proposto di sottoscrivere una sub- delega in materia ambientale avente ad oggetto, tra l'altro, la verifica degli esatti adempimenti normativi previsti dal D.Lgs 3 aprile 2006 n. 152 e leggi collegate, in particolare la parte II, parte III e parte IV del decreto medesimo. Tale sub-delega verrebbe conferita dal delegato ambientale di una Azienda ULSS. Il testo della sub- delega che è stato sottoposto alla mia attenzione trova il suo presupposto nell'art. 16 del D.lgs. 9 aprile 2008 n. 81 (T.U sulla sicurezza sul lavoro) che introduce la possibilità che alcune funzioni inerenti la sorveglianza sull'applicazione delle normative in materia di sicurezza sul lavoro possano essere "delegate" a persona diversa dal responsabile dell'azienda.

La giurisprudenza della Corte di Cassazione, nel corso degli anni ha precisato che la facoltà di delega si può estendere anche alla materia ambientale ed ha individuato quali sono i requisiti fondamentali perché la "delega" possa considerarsi valida. In particolare, secondo l'avviso della Suprema Corte la delega deve essere:

1. "certa" nel senso che deve avere un contenuto chiaro, completo e ben determinato con la specifica indicazione dei poteri delegati;

2. conferita a persona tecnicamente idonea e professionalmente qualificata per lo svolgimento del compito affidatogli;

3. disciplinata da precise norme interne e statutarie ed adeguatamente pubblicizzata all'interno ed all'esterno della struttura;

4. "onerosa" ovvero l'esercizio delle funzioni delegate deve essere retribuito con un "quid pluris" rispetto alla retribuzione ordinaria a titolo di riconoscimento della professionalità e della competenza del soggetto delegato.

Appare opportuno sottolineare in questa sede l'importanza cruciale del requisito della competenza che, in base a diverse sentenze, viene assunto a fondamentale presupposto sia per determinare la validità della delega sia per evitare la penale responsabilità del delegante.

In altri termini, il delegato deve essere tecnicamente idoneo e professionalmente qualificato per lo svolgimento del compito affidatogli (Cass. Pen. Sez. III n. 31364 del 23 giugno 2017), altrimenti la delega deve considerarsi inefficace con il risultato che la penale responsabilità per difetto di vigilanza sulla normativa ambientale più sopra citata, ricade sul delegante.

A tale proposito la Corte di Cassazione ha statuito che: " Il delegante deve infatti scegliere la persona a cui delegare le funzioni in modo tale che questi possa esercitare le funzioni con la dovuta professionalità, poiché, in difetto di tale professionalità e quindi di scelta

impropria, la responsabilità per la scelta di persona tecnicamente non capace e non dotata delle necessarie cognizioni tecniche ricadrebbe comunque in capo al delegante" (Cass. Sez. III 28 aprile 2008 n. 19560).
Facendo una coerente applicazione dei principi di cui sopra al caso proposto, si raccomanda che il direttore di presidio interessato non accetti la sub - delega proposta, facendo presente all'Ente proponente che egli è un medico chirurgo, che ha avuto esperienze professionali solo ed esclusivamente in campo me-

dico e di organizzazione ospedaliera e, quindi, per la sua stessa storia professionale non può certo considerarsi persona con "conoscenza e percezione del rischio ambientale aziendale con specifiche competenze tecniche e sufficiente grado di esperienza" come invece affermato, per esempio, nel testo della bozza di sub - delega sottoposta alla mia attenzione.

Come sopra ampiamente spiegato, il conferimento di una sub- delega in campo ambientale ad una persona che non è tecnicamente e professionalmente idonea per lo svolgimento del compito affidatogli, può essere una fonte di inutili rischi per il delegato, ma anche per il delegante il quale può essere chiamato a rispondere penalmente per la sua scelta impropria. Vi è da sottolineare, inoltre che il soggetto interessato può sicuramente rifiutare la sub - delega senza subire alcuna conseguenza disciplinare.

Il Ministero del Lavoro con la risposta all'interpello n. 7/2015 del 2/11/2015 ha stabilito che, diversamente dal conferimento dell'incarico, la delega delle funzioni di cui all'art.16 del D.lgs. 9 aprile 2008 n. 81, istituto di cui si discute nel caso di specie, può essere rifiutata.

In particolare, nella risposta all'interpello più sopra citato, la Commissione chiarisce che uno degli elementi essenziali della delega, ai sensi e per gli dell'art. 16 l. 81/2015 è che la stessa deve essere accettata dal delegato per iscritto, caratteristica che la differenzia dal conferimento dell'incarico e che implica evidentemente la possibilità di una non accettazione della medesima.

Di conseguenza, il datore di lavoro non può "imporre" l'accettazione della delega, con tutto ciò che ne consegue in tema di tutela dei lavoratori qualora vengano posti in essere comportamenti impropri nei confronti dei dipendenti.

Avv. Patrizia Sideli
Foro di Roma

NUMERI UTILI

PRESIDENTE

Dott. Gianfranco Finzi
c/o Casa di Cura Villa Erbosa - ospedale privato accreditato
Via dell'Arcoveggio 50/2 - 40129 Bologna
presidente@anmdo.org

SEGRETARIA SCIENTIFICA

Prof.ssa Ida Iolanda Mura
AOU Sassari
Via Padre Manzella n. 4 - 07100 Sassari
Tel: 079 228466
idaiolandamura@gmail.com

SEGRETARIA SINDACALE

Dott. Francesco Bisetto
Azienda ULSS 6 Euganea
Via E. degli Scrovegni,14 - 35131 Padova
anmdo.segreteria@gmail.com

SEGRETARIA PRESIDENZA A.N.M.D.O.

sede Operativa c/o Casa di Cura Villa Erbosa - ospedale privato accreditato
Via dell'Arcoveggio 50/2 - 40129 Bologna
Tel. 051/0310109 - Fax 051/0310108 - Cell. 333/8105555
Dr.ssa Annamaria De Palma
anmdo.segreteria@gmail.com - www.anmdo.org

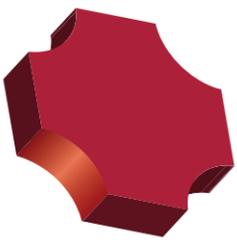
sede Legale c/o Studio Professionale Enrico Corsini
Via Ciro Menotti n. 5- 40126 Bologna (BO)

Gabriele Pelissero nominato Cavaliere di Gran Croce

Il Presidente della Repubblica Sergio Mattarella ha insignito il prof. Gabriele Pelissero, Vice Presidente Nazionale ANMDO, Ordinario di Igiene all'Università di Pavia, della distinzione onorifica di Cavaliere di Gran Croce dell'Ordine al merito della Repubblica Italiana.



Prof. Gabriele Pelissero
Vice Presidente Nazionale A.N.M.D.O.



Parere in tema di qualificazione del rapporto di lavoro del Direttore Sanitario delle strutture private accreditate

Egregio Presidente,
con la presente assolviamo all'incarico conferito in data 11 gennaio 2019, avente ad oggetto la formulazione di parere in merito alla sussistenza, in base alle disposizioni vigenti, dei presupposti di qualificazione del rapporto professionale intercorrente tra il Direttore Sanitario e le strutture private accreditate, quale rapporto di lavoro subordinato ai sensi dell'art.2094 c.c..

Al fine di dare riscontro a tale quesito, si ritiene necessario procedere, preliminarmente, con la disamina della normativa che definisce e disciplina il rapporto con il Direttore Sanitario, nonché quella che ne individua i requisiti (soggettivi ed ostativi) e ne definisce le funzioni, per poi concludere, con l'enunciazione sintetica dei principi individuati dalla giurisprudenza, ai fini che ci occupano.

Sulla normativa applicabile.

Pur senza pretesa di esaustività, attesa la stratificazione e frammentarietà della normativa sanitaria (ivi inclusa quella disciplinante le strutture sanitarie private accreditate), qui di seguito si darà conto delle principali fonti normative che, nel tempo, hanno – direttamente o indirettamente – trattato (pur senza risolverlo) il tema oggetto del presente parere.

La prima espressa qualificazione del rapporto di lavoro intercorrente tra la struttura sanitaria e il Direttore Sanitario si rinviene nell'art. 3 bis della Legge 502/92, come novellata dal Decreto Legislativo 19 giugno 1999 n.229.

Pur afferendo tale normativa alla regolamentazione del solo servizio sanitario pubblico, non ci si può esimere dal richiamarla, trattandosi della prima e unica norma che contiene un'espressa qualificazione del rapporto in esame, tant'è che dottrina e giurisprudenza si sono lungamente occupati della possibile applicazione analogica di tale disciplina al settore privato. Al comma 8 del predetto articolo, viene espressamente previsto che "il rapporto del Direttore Generale, del Direttore Amministrativo e del Direttore Sanitario è esclusivo ed è regolato da contratto di diritto privato, di durata non inferiore a 3 e non superiore a 5 anni, rinnovabile, stipulata in osservanza delle norme del titolo III del libro V del Codice Civile". Il richiamo al Codice Civile afferisce alla disciplina del lavoro autonomo. In ragione della richiamata disposizione appare chiaro, quindi, che il rapporto tra Direttore Sanitario e struttura pubblica abbia natura autonoma.

Si è posto, quindi, il problema se l'assioma assoluto apparentemente introdotto dalla citata normativa potesse essere (sia con riferimento alla natura del rapporto, che con riferimento alla durata dello stesso), analogicamente, applicato al rapporto di lavoro con il Direttore Sanitario di casa di cura privata accreditata.

L'estensione applicativa de qua è stata esclusa dalla giurisprudenza, sia perché la normativa statale richiamata afferisce "omissis a mansioni e rapporti di lavoro degli organi amministrativi e tecnici di strutture ben più ampie e complesse della struttura privata", sia (e soprattutto) perché l'applicazione analogica deve ritenersi tecnicamente esclusa, "omissis vista la dettagliata normativa regionale" (cfr. ex multis Cass. Civ. sez. lavoro 9 marzo 2009 n.5645).

Sgombrato il campo dall'obbligatoria applicazione analogica della normativa statale ed esclusa, quindi, la qualificazione ex lege del rapporto di lavoro tra Direttore Sanitario e struttura accreditata quale lavoro autonomo, occorre analizzare se medesima o diversa qualificazione sia stata introdotta da altre fonti giuridiche.

Prima di accennare alle disposizioni regionali che, a parere di chi scrive, non possono introdurre ed imporre la qualificazione di un rapporto di lavoro, essendo questa materia riservata esclusivamente alla legislazione statale, occorre esaminare le disposizioni dell'Accordo Collettivo Nazionale fra A.I.O.P. e ANAAO-Assomed del 16 maggio 1997.

Trattasi di fonte giuridica secondaria, la cui natura pattizia, presuppone che l'efficacia ed applicazione dell'accordo sia su-

bordinata all'inderogabile ed esplicito richiamo da parte dei contraenti¹.

Anche la lettura dell'Accordo Collettivo Nazionale non porta ad escludere in modo esplicito e definitivo la possibile sussistenza di un rapporto di lavoro subordinato.

Ancorché, infatti, l'Accordo Collettivo titoli "regolamentazione del rapporto di lavoro libero professionale dei medici nelle istituzioni sanitarie private convenzionate e/o accreditate", la lettura degli articoli di interesse per l'argomento che ci occupa, non sgomberano il campo sulla certa natura del rapporto di lavoro de quo, ma anzi il tema viene "demandato" alla privata contrattazione delle parti.

E partitamente. All'art.5 si legge che "le funzioni dei Medici a rapporto libero-professionale nell'ambito della casa di cura sono: Direttore Sanitario, medico responsabile, medico aiuto, medico assistente, addetti alle unità funzionali, servizi (compresa la guardia) e specialità".

All'art. 12, però, viene chiarito che il Medico (nell'accezione definitoria del sopra citato articolo 5) e la casa di cura possono, "consensualmente, convenire di trasformare il rapporto libero-professionale in rapporto di lavoro subordinato; in tal caso il periodo di collaborazione esplicito al regime professionale nella casa di cura non verrà computato ai fini della disciplina dell'instaurando nuovo rapporto".

Appare, quindi, chiara l'apertura della normativa pattizia a qualunque qualificazione giuridica del rapporto, non essendo preclusa la possibilità che il rapporto di lavoro con la dirigenza sanitaria (e, fra essa, il Direttore Sanitario) sia consensualmente inquadrato nell'alveo del rapporto di lavoro subordinato.

Assodata l'assenza di imposizione normativa rispetto alla qualificazione del rapporto di lavoro con il Direttore Sanitario, è necessario verificare se la qualificazione del rapporto possa aliunde essere desunta dai requisiti e dalle funzioni attribuite al Direttore Sanitario delle strutture accreditate.

E' necessario, a tal fine, fare riferimento, in primis, all'art. 26 del D.P.C.M. del 27 giugno 1986 n. 49560, che menziona i requisiti professionali e le ragioni di incompatibilità per coloro che accedono al ruolo di Direttore Sanitario, evidenziandone: la natura assorbente dell'attività dei Direttori Sanitari responsabili delle case di cura con oltre 150 posti letto, l'esclusività dell'incarico di Direttore Sanitario e l'incompatibilità di detta funzione con la qualità di proprietario e/o socio della società che gestisce la casa di cura.²

Appena opportuno osservare che, il requisito dell'esclusiva a favore di un'unica struttura, a parere di chi scrive, mal si concilia con gli elementi caratterizzanti del lavoro autonomo.

E', invece, l'art. 27 della citata normativa che elenca, per macro categorie, le funzioni attribuite al Direttore Sanitario, tutte ascrivibili all'incipit generale "il Direttore Sanitario cura l'organizzazione tecnico sanitaria della casa di cura privata sotto il profilo igienico ed organizzativo, rispondendone all'ammini-

strazione e all'Autorità sanitaria competente".³

Ulteriore indagine deve essere rivolta alla normativa regionale, che ha disciplinato la materia, in ragione della competenza concorrente con la normativa statale.

Deve sin d'ora premettersi che, la suddetta normativa, non ha alterato i principi sino a qui esposti, non potendosi rinvenire norme impositive sulla qualificazione autonoma o subordinata del rapporto di lavoro del Direttore Sanitario, in quanto si è occupata, in alcuni casi, di ulteriormente dettagliare i requisiti ed attribuzioni, legati allo svolgimento ed esplicazione del rapporto con le case di cura private.

Si prendano, a titolo esemplificativo e non esaustivo, le normative regionali del Veneto, della Toscana e della Calabria.

La legge regionale del Veneto 30 dicembre 1985 n. 68, che disciplina l'autorizzazione e accreditamento e vigilanza sulle case di cura private, stabilisce all'art.17 che: "il personale medico delle case di cura private deve espletare la propria attività con il rapporto di lavoro subordinato a tempo pieno o a tempo definito secondo i contratti collettivi nazionali di categoria; in alternativa, con il rapporto di lavoro autonomo di collaborazione professionale in forma continuativa e coordinata secondo gli accordi collettivi nazionali di categoria o, infine con il rapporto di lavoro libero professionista."

Nella suddetta normativa trova conferma la possibile coesistenza di diversi regimi giuridici qualificativi del rapporto e l'assenza di imposizione normativa di uno di essi.

Quanto alla legge regionale della Toscana 23 febbraio 1999 n.8 e s.m.i., con particolare riferimento agli artt. 12 e 13 si rilevano ulteriori specificazioni strettamente legate allo svolgimento del rapporto di lavoro del Direttore Sanitario. Tra questi, il più rilevante, esplicitato al comma 5, è che il Direttore Sanitario "omissis debba garantire un orario congruo alle specifiche funzioni ed alle specifiche prestazioni non inferiori alle 12 ore settimanali per singola struttura".

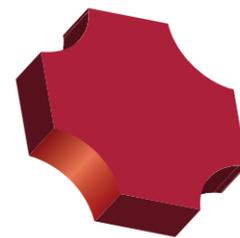
Infine, la legge regionale della Calabria del 18 luglio 2008 n.24, anch'essa emanata in materia di autorizzazione di accreditamento delle strutture sanitarie pubbliche e private, oltre a ripercorrere i requisiti ed attribuzioni del Direttore Sanitario, si concentra nuovamente, all'art.7 comma 5, sullo svolgimento delle funzioni laddove afferma che: "omissis... Deve essere garantito un orario congruo rispetto alle specifiche tipologie ed attività del presidio, comunque non inferiore alle 12 ore settimanali per i presidi ambulatoriali ed alle 18 ore settimanali per i presidi di ricovero."

Alla luce di quanto sopra, riassumendo e concludendo, si ritiene che, neppure la disamina dei requisiti e delle funzioni svolte dal Direttore Sanitario, come dettagliatamente disciplinate dalla normativa statale e regionale, possa dirimere il dubbio sull'astratta e possibile coesistenza di regimi giuridici qualificativi diversi del rapporto professionale del Direttore Sanitario. Coesistono, infatti, funzioni e modalità tipiche del rapporto di lavoro subordinato (a titolo esemplificativo, l'im-

1 Il presente Accordo, al fine dell'applicabilità ai singoli rapporti, deve essere inderogabilmente ed esplicitamente proposto dalla Casa di cura ed accettato dal Medico interessato, firmando entrambi in quattro copie il modulo allegato: una copia è conservata dalla Casa di cura, due sono spedite, a cura dell'Amministrazione, rispettivamente ad ogni Associazione firmataria dell'Accordo ed una rilasciata dal Medico stesso. A tal fine, in caso di prima applicazione, il Medico e la Casa di cura provvederanno all'onere di cui al precedente comma entro e non oltre 60 giorni dalla data di approvazione del presente Accordo Collettivo Nazionale (cfr. art.21).

2 Le case di cura con oltre 150 posti letto devono avere un direttore sanitario responsabile, al quale è vietata ogni funzione di diagnosi e cura nella casa di cura stessa. I requisiti sono: anzianità di laurea di 10 anni; libera docenza o specializzazione in igiene e medicina preventiva o nelle altre discipline dell'area funzionale di prevenzione e sanità pubblica; almeno 7 anni di servizio presso ospedali pubblici con funzioni di vice direttore sanitario o ispettore sanitario o presso istituti universitari di igiene, di medicina preventiva, di medicina legale, di medicina sociale o cliniche di malattie infettive, oppure quale funzionario medico del Ministero della sanità o delle regioni, ufficiale sanitario o medico igienista con qualifica di dirigente presso comuni o consorzi provinciali o consorzi di comuni con popolazione superiore a 100.000 abitanti oppure almeno 7 anni di servizio presso case di cura private. I suddetti requisiti possono essere superati ove il medico sia in possesso di idoneità nazionale a direttore sanitario. Sono esonerati dal possesso dei predetti requisiti i sanitari che alla data dell'entrata in vigore della legge regionale svolgono le funzioni di direttore sanitario responsabile presso le case di cura private. Nelle case di cura con un numero di posti letto superiori a 90 fino a 150 posti letto le funzioni di cui al primo comma possono essere affidate, in carenza del direttore sanitario, ad un medico responsabile di raggruppamento di unità funzionali o di servizio speciale di diagnosi e cura con rapporto di dipendenza a tempo pieno ed in possesso di specializzazione in igiene o equipollente. Nelle case di cura con numero di posti letto fino a 90 le funzioni di cui al primo comma possono essere affidate, in carenza del direttore sanitario, ad un medico responsabile di raggruppamento di unità funzionali o di servizio speciale di diagnosi e cura. Non è consentito svolgere le funzioni di direttore sanitario responsabile di più di una casa di cura. La funzione di direttore sanitario è incompatibile con la qualità di proprietario, comproprietario, socio o azionista della società che gestisce la casa di cura.

3 Il direttore sanitario cura l'organizzazione tecnico-sanitaria della casa di cura privata sotto il profilo igienico ed organizzativo, rispondendone all'amministrazione e all'autorità sanitaria competente. In particolare il direttore sanitario ha le seguenti attribuzioni: cura l'applicazione del regolamento sull'ordinamento e sul funzionamento della casa di cura, proponendone le eventuali variazioni; controlla la regolare tenuta e l'aggiornamento di apposito registro contenente i dati anagrafici e gli estremi dei titoli professionali del personale addetto ai servizi sanitari; trasmette annualmente all'autorità sanitaria competente un elenco del personale addetto ai servizi sanitari in servizio al 1° gennaio e di quello convenzionato di cui all'art. 34 e comunica le successive variazioni; vigila sulla regolare compilazione e tenuta del registro dei parti e degli aborti, del registro degli interventi chirurgici e dell'archivio clinico; cura la tempestiva trasmissione all'ISTAT e all'autorità sanitaria dei dati e delle informazioni richieste; stabilisce, in rapporto alle esigenze dei servizi, l'impiego, la destinazione, i turni ed i congedi del personale medico, infermieristico, tecnico ed esecutivo addetto ai servizi sanitari; controlla che l'assistenza agli infermi sia svolta con regolarità ed efficienza; vigila sul comportamento del personale addetto ai servizi sanitari proponendo, se del caso, all'amministrazione i provvedimenti disciplinari; propone all'amministrazione, d'intesa con i responsabili dei servizi, l'acquisto di apparecchi, attrezzature ed arredi sanitari ed esprime il proprio parere in ordine ad eventuali trasformazioni edilizie delle case di cura; rilascia agli aventi diritto, in base ai criteri stabiliti dall'amministrazione, copia delle cartelle cliniche ed ogni altra certificazione sanitaria riguardante i malati assistiti nella casa di cura; vigila sul funzionamento dell'elemoteca nonché sulla efficienza delle apparecchiature tecniche, degli impianti di sterilizzazione, disinfezione, condizionamento dell'aria, della cucina e lavanderia, per quanto attiene agli aspetti igienico-sanitari; controlla la regolare tenuta del registro di carico e scarico degli stupefacenti ai sensi di legge; vigila sulla scorta dei medicinali e prodotti terapeutici, sulle provviste alimentari e sulle altre provviste necessarie per il corretto funzionamento della casa di cura; stabilisce, oltre ai turni di guardia medica, quelli di guardia ostetrica ed infermieristica.



serimento “organico” nella struttura datoriale, l'esclusività del rapporto, la funzione derivata di proporre all'amministrazione i provvedimenti disciplinari, che possono essere comminati solo da quest'ultima, gli obblighi di presenza), con altrettante tipicità del lavoro autonomo (a titolo esemplificativo, il Direttore Sanitario è unico riferimento della casa di cura nei confronti dell'autorità sanitaria, molte funzioni sono caratterizzate da ampia autonomia decisionale e organizzativa).

**** **** ****

Da quanto sopra, deriva l'impossibilità aprioristica e generalizzata, di definire il rapporto con il Direttore Sanitario quale rapporto di lavoro subordinato o autonomo e, parimenti, la necessità e possibilità di procedere, ad una valutazione sul concreto svolgimento del rapporto che, a seconda dei casi, può, a parere di chi scrive, condurre ad entrambe le qualificazioni. Conseguentemente che, per dare contezza a quanto richiesto, occorre introdurre – per sintesi – i criteri individuati dalla giurisprudenza ai fini della generale riconducibilità ad autonomia o subordinazione del rapporto del rapporto di lavoro.

Sulla subordinazione: indici e presupposti.

Occorre, in primo luogo, focalizzare l'attenzione sui principi individuati dalla giurisprudenza, ai fini della riconducibilità del rapporto al contratto di dirigenza, essendo evidente che la trasposizione delle funzioni poc'anzi esaminate, le colloca nell'alveo di un ruolo subordinato apicale.

Tale considerazione porta a “svalutare” il principale criterio scriminante tra subordinazione e autonomia, integrato dalla natura gerarchica del rapporto (intesa quale assoggettamento del dipendente al potere direzionale ed organizzativo del datore di lavoro), atteso che, nel rapporto di dipendenza con il dirigente, la subordinazione gerarchica non è elemento costitutivo e connaturale alla tipologia del rapporto.

Pur senza tediare il lettore sul *mare magnum* di pronunce sul tema, si ritiene opportuno elencare qui di seguito - per sintesi - i criteri e i principi di sussunzione del rapporto di lavoro alla definizione di cui all'art. 2094 c.c..

Nomen juris. Principio unanime della giurisprudenza è quello che, ancorché le parti abbiano convenzionalmente qualificato il rapporto, qualora l'esame sull'effettivo svolgimento dell'attività conduca a conclusioni contrapposte alla qualificazione formale, prevarrà comunque l'assetto sostanziale del rapporto (cfr. ex multis Cass.n.5520/1997, conf. Cass. 5665/2001, conf. Cass. n.326996/2018). Tuttavia, “*il nomen juris adoperato dai contraenti, ancorché del tutto sfornito di un valore assoluto e dirimente, non può essere del tutto pretermesso e rileva come elemento sussidiario, quando si riveli difficile tracciare il discrimine tra autonomia e subordinazione*” (cfr. Corte Costituzionale 07.05.2015 n.76).

Da quanto sopra risulta evidente che, anche i richiami normativi e pattizi alla volontà convenzionale delle parti, attraverso la stipula di un contratto (vedi disciplina pattizia A.I.O.P.), non può costituire indice esimente ai fini dell'esclusione ex ante del rapporto subordinato. Laddove il Direttore Sanitario riuscisse a dimostrare, che il concreto svolgimento delle funzioni fosse in contrasto con il nomen juris attribuito dalle parti all'atto della stipula del contratto, quest'ultimo verrebbe privato di qualsivoglia significativa valenza probatoria.

Subordinazione “mitigata”. Come sopra accennato, nel caso di riconoscimento del rapporto di lavoro dirigenziale (quale, a parere di chi scrive, quello del Direttore Sanitario), la verifica della subordinazione riveste caratteristiche peculiari. In particolare, la Suprema Corte ha statuito che “...*omissis... ai fini della configurazione del lavoro dirigenziale – nel quale il lavoratore gode di ampi margini di autonomia e il potere di direzione del Datore di lavoro si manifesta non in ordini continui e pervasivi ma essenzialmente nelle emanazioni di indicazioni generali di carattere programmatico, coerenti con la natura ampiamente discrezionale dei poteri riferibili al dirigente – il giudice di merito deve valutare, quale requisito caratterizzante della prestazione, l'esistenza di una situazione di coordinamento funzionale della stessa con gli obiettivi dell'organizzazione aziendale, idonea a ricondurre ai tratti distintivi della subordinazione tecnico – giuridica, anche se nell'ambito di un contesto caratterizzato dalla c.d. subordinazione attenuata*” (ex multis Cass. Lav. n. 7517 del 15/05/2012, Cass. n.29761/2018).

L'applicazione di tali principi al caso che ci occupa, introduce la necessità di verificare se il concreto svolgimento di alcune delle funzioni istituzionalmente attribuite al Direttore Sanitario siano suscumbili alla cosiddetta “subordinazione lieve” e

ciò, con particolare riferimento ai principi di assoggettamento ai poteri generali e alle direttive della casa di cura.

Criteri sussidiari. Ancora in tema di riconoscimento di lavoro dirigenziale, attesa la degradata valenza del principio del rapporto gerarchico, la giurisprudenza “promuove” ad elementi rilevanti ed apprezzabili gli ulteriori criteri sussidiari, diversamente ignorati per le altre tipologie di rapporto di lavoro subordinato. In particolare, la Cassazione stabilisce che, quando l'elemento dell'assoggettamento del lavoratore alle direttive altrui non sia agevolmente apprezzabile a causa della peculiarità delle mansioni (e, in particolare, della loro natura intellettuale o professionale) e del relativo atteggiarsi del rapporto, occorre fare riferimento a criteri complementari e sussidiari, come quelli della **collaborazione, della continuità delle prestazioni, dell'osservanza di un orario determinato, del versamento a cadenze fisse di una retribuzione prestabilita, del coordinamento dell'attività lavorativa all'assetto organizzativo dato** dal datore di lavoro, elementi che, privi ciascuno di valore decisivo, possono essere valutati globalmente quali indizi probatori della subordinazione (Cass. 15 giugno 2009 n.2838). L'applicazione di detti principi al caso che ci occupa, potrebbe far assurgere a prova, elementi quali i già citati obblighi di presenza del Direttore Sanitario, il controllo da parte dello stesso delle prestazioni del personale sanitario, ai fini dell'eventuale proposta di apertura di un procedimento disciplinare, il coordinamento del Direttore Sanitario con la casa di cura, ai fini dell'applicazione del regolamento sull'ordinamento sul funzionamento della casa di cura, con facoltà di proporre la modifica. Elementi questi, tutti – individualmente - di per sé non sufficienti per escludere l'autonomia del rapporto, ma se concorrenti con gli altri principi sopra individuati, idonei a fungere da scriminanti della subordinazione.

Dalle considerazioni sopra svolte, si può riassumere e concludere che solo l'analisi puntuale del concreto svolgimento del rapporto potrà condurre alla corretta qualificazione, in termini di autonomia o subordinazione attenuata, del rapporto della casa di cura con il Direttore Sanitario.

E' opportuno, quindi, focalizzare l'attenzione sull'interpretazione concreta della figura del Direttore Sanitario, come trattata nell'evoluzione giurisprudenziale.

Sulla giurisprudenza specifica in materia di qualificazione del rapporto di lavoro del Direttore Sanitario.

E' opportuno premettere che l'argomento non ha investito di recente la Cassazione e che non sono state rinvenute stratificazioni giurisprudenziali consistenti sul tema.

Opportuno, altresì, puntualizzare che nessuna delle sentenze esaminate ha portato ad un'assoluta ed aprioristica esclusione del rapporto subordinato del Direttore Sanitario, con riferimento alle sole disposizioni normative e pattizie. L'elemento comune delle sentenze esaminate, proprio per l'assenza di espressa disciplina normativa, è invece l'assodata necessità di qualificare il rapporto, in ragione del suo concreto svolgimento e, per l'effetto, il necessario e rigoroso rispetto dell'onere della prova ai fini dell'effettiva verifica del rapporto.

Passando a focalizzare i principi di maggiore interesse, si segnalano, in ordine cronologico.

Cassazione Civile Sezione Lavoro 7/08/2008 n.21364. Trattasi di richiesta di riconoscimento di lavoro subordinato azionata dal direttore sanitario di una casa di cura bolognese, respinta sia in primo grado che in appello. Decisione impugnata dal ricorrente, che ritiene che le corti di merito non abbiano adeguatamente valutato le risultanze processuali. La sentenza, pur avendo accolto le ragioni di impugnazione, limitatamente al solo vizio di motivazione, contiene principi coerenti e di conforto degli assunti oggetto del presente parere e segnatamente:

- viene esclusa l'estensibilità ai direttori sanitari del settore privato delle regole proprie del settore pubblico (che, si ricorda, disciplina espressamente tale rapporto quale rapporto autonomo);

- viene sancita la mancanza di norme specifiche nel settore privato, che impongano che l'attività di direttore sanitario venga svolta in forma autonoma e non in forma subordinata;
- l'impossibilità di trarre argomento esaustivo, ai fini della qualificazione, dalla sola definizione normativa delle attribuzioni riservate al direttore sanitario,

- la necessità di riferirsi, ai fini della qualificazione, al concreto svolgimento del rapporto, la cui lettura dovrà essere filtrata dall'applicazione (con conseguente rigido onere della prova in capo al ricorrente) dei criteri della “subordinazione atte-

nuata” e degli altri sopra individuati.

Cassazione civile, sezione lavoro 9 marzo 2009 n.5645.

Trattasi della prima, di tre sentenze gemelle del 2010, sorte in risposta ad un decreto ingiuntivo dell'INPS, occasionato dall'accoglimento da parte della Corte di Appello di Venezia, della richiesta di riconoscimento di lavoro subordinato di varie figure sanitarie, fra le quali, il Direttore Sanitario. Nel caso di specie, la Suprema Corte, in accoglimento parziale delle doglianze della casa di cura, rinvia la causa “ad altro giudice ...*omissis...che nella valutazione del materiale probatorio raccolto, si atterrà ai principi di diritto sopra enunciati*”. E, ancora una volta, detti principi riconducono all'astratta compatibilità del rapporto, sia con la natura autonoma che subordinata della prestazione. In particolare, si richiama il passaggio della pronuncia, nella parte in cui si legge che “...*omissis la questione non merita di essere posta in termini assoluti, poiché le funzioni attribuite al direttore sanitario possono formare oggetto sia di un rapporto di lavoro subordinato che di un rapporto di lavoro autonomo, atteso che nessuna norma di legge impone l'adozione di un determinato tipo di rapporto e che non vi sono ragioni che possano indurre a ritenere che le mansioni del direttore sanitario rientrino ontologicamente in una delle due tipologie*”;

Cassazione sezione lavoro, 17 ottobre 2011 n.21439.

Nel caso di specie, il direttore sanitario impugna le sentenze di merito che avevano respinto la richiesta di riconoscimento di lavoro subordinato, ma la suprema Corte condivide le conclusioni rassegnate dai precedenti giudizi, attesa la ritenuta mancanza di prova dell'elemento della subordinazione, ribadita però la già nota compatibilità delle funzioni normative con entrambe le tipologie contrattuali (autonomo e subordinato).

**** **** ****

Alla luce delle osservazioni e richiami sopra svolti, in ossequio al quesito in oggetto, si ritiene che la risposta possa sinteticamente riassumersi nelle seguenti

CONCLUSIONI

La normativa (statuale e pattizia) non disciplina, espressamente ed in via esclusiva, la qualificazione del rapporto di lavoro del direttore sanitario con la struttura convenzionata.

Tale qualificazione non è neppure desumibile dalla regolamentazione dei requisiti e delle funzioni attribuite al direttore sanitario, compatibili sia con il lavoro autonomo che con il lavoro subordinato.

La qualificazione dovrà essere, pertanto, operata caso per caso, in ragione dell'esame del concreto svolgimento del rapporto e dell'applicazione dei principi giurisprudenziali sopra enucleati.

Né può soccorrere, ai fini dirimenti, la prestazione coordinata e continuativa, che si colloca nell'alveo ambiguo della “parasubordinazione” ed i cui criteri distintivi rimandano, ancora una volta, ad una disamina del caso concreto di svolgimento della prestazione e, quindi, alla potenziale impugnazione del contratto.

La conclamata assenza di una chiara definizione normativa e pattizia, da un lato e, una sempre più dettagliata ed “esigente” regolamentazione della pluralità di compiti e funzioni affidate al direttore sanitario, dall'altro, sono inevitabilmente destinate ad alimentare il rischio di contenzioso, rendendo, a parere di chi scrive, auspicabile e urgente un intervento legislativo chiarificatore.

Si ritiene che, proprio dalla lettura delle funzioni di attribuzione del Direttore Sanitario, dai restrittivi requisiti soggettivi e ostativi (fra gli altri, il divieto di svolgere attività di diagnosi e cura, essenza - questa - dell'esercizio della libera professione), dalla natura esclusiva dell'incarico, dal sempre più pregnante obbligo di vigilanza e iniziativa “vincolata” e “subordinata” (da cui deriva una modalità di eterodirezione e non un'autorganizzazione, con conseguente necessario effettivo inserimento del direttore sanitario nell'organizzazione aziendale), il legislatore non potrà che percorrere la già tracciata strada maestra della subordinazione.

Ritenendo di avere assolto all'incarico conferito, restiamo a disposizione per ogni necessità di chiarimento e/o integrazione.

Distinti saluti
STUDIO LS LEXJUS SINACTA BOLOGNA
Avv. Vera Daniele – Partner
Avv. Andrea Federici