

d!

d!rigenza medica

A pagina 8

**RINNOVO CCNL
2016-2018: IL PUNTO
SULLA TRATTATIVA**

- 1 24° Congresso Nazionale
Il documento finale
- 10 Interviste ai segretari regionali
Emilia Romagna, Marche,
Calabria
- 12 Anaaio Giovani
Il nuovo direttivo nazionale
- 14 Dirigenza Sanitaria
Il nuovo direttivo nazionale

Il mensile dell'Anaaio Assomed

ANAAIO ASSOMED
ASSOCIAZIONE MEDICI DIRIGENTI

Intervista a Carlo Palermo

neo Segretario Nazionale
Anaaio Assomed

LA NOSTRA LINEA

non cambia

Pat Carra per l'Anaa Assomed



Guarda
tutte le vignette
nel video
Anaa Web TV



Apri il lettore QR
code del tuo
dispositivo e
inquadra il codice
con il display per
leggerne il
contenuto.

IL MENSILE DELL'ANAAO ASSOMED

**d!rigenza
medica**

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

Sede di Milano:
via D. Scarlatti, 27

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

Direttore
Carlo Palermo

Direttore responsabile
Silvia Procaccini

Comitato di redazione:

Claudio Aurigemma
Giorgio Cavallero
Pierino Di Silverio
Fabio Florianello
Gabriele Gallone
Filippo Gianfelice
Domenico Iscaro
Elisabetta Lombardo
Cosimo Nocera
Anita Parmeggiani
Alberto Spanò
Anna Tomezzoli
Costantino Troise
Bruno Zuccarelli

Coordinamento redazionale

Ester Maragò

Progetto grafico e impaginazione



Edizioni Health Communication srl
Edizioni e servizi di interesse sanitario

Editore

Edizioni Health Communication
Via Vittore Carpaccio 18
00147 Roma
Tel. 06.59.44.61
Fax 06.59.44.62.28

Stampa

STRpress, Pomezia (Rm)
Registrazione al Tribunale
di Milano n.182/2002
del 25.3.2002.

Poste Italiane S.p.A.
Spedizione in Abbonamento
Postale - 70% - DCB Roma

Diritto alla riservatezza: "Dirigenza
Medica" garantisce la massima
riservatezza dei dati forniti dagli
abbonati nel rispetto della legge
675/96

Costo a copia: euro 2,50

Finito di stampare
nel mese di luglio 2018

DOCUMENTO FINALE

Il 24° Congresso Nazionale dell'Anaa Assomed tenutosi a Roma dal 27 al 30 giugno 2018 fa propria la relazione politica del Segretario Nazionale uscente ed impegna i nuovi organismi statutari a muoversi lungo quelle linee di indirizzo.

L'Anaa Assomed riconferma l'impegno storico dell'Associazione in difesa del servizio sanitario pubblico e nazionale, del ruolo dei medici e dei dirigenti sanitari al suo interno, del valore del suo capitale umano e del lavoro che è elemento fondante del diritto a curare e del diritto alla cura.

A 40 anni dalla sua nascita, il Ssn è vicino al punto di non ritorno grazie al ridimensionamento dell'intervento pubblico e del ruolo, e del numero, dei medici, le cui condizioni di lavoro hanno raggiunto il punto più basso dell'ultimo ventennio.

Il **progressivo de-finanziamento della sanità pubblica** ha portato l'Italia ad essere il paese dell'Oecd dove la tutela della salute assorbe la minore spesa globale, sia in rapporto al Pil che pro capite. Con risultati di salute, però, non inferiori, ed in diversi aspetti anche migliori di quelli degli altri Paesi. Un paradosso di cui i medici italiani devono essere orgogliosi.

I tagli sono stati fatti dove è più facile, non riuscendo a farlo dove è più utile, fino a entrare in rotta di collisione con le finalità proprie del sistema” (tutela della salute)”, come riconosciuto dalla stessa Corte dei Conti.

Negli ultimi tempi, una raffinata strategia di marketing, che non ha esitato ad alimentare il rancore verso la sanità pubblica, sta rilanciando con forza il tema della necessità di un secondo e terzo pilastro privato. Polizze di assicurazione e fondi cosiddetti integrativi assorbono oggi una “spesa fiscale” superiore a 3 mld, senza contare la parte legata al boom del welfare aziendale, con il quale anche la classe operaia baratta salario con mutualità a spese della fiscalità generale, con evidenti profili di iniquità. Ma un sistema è sostenibile nella misura in cui la politica vuole che lo sia, perché il finanziamento, prima ancora che soluzione



tecnica, è scelta politica che esprime i valori della società e del suo sistema sanitario e le priorità dei governi. Il recupero della spesa fiscale (quasi 4 mld/anno) potrebbe bene essere finalizzato alla missione salute pubblica.

L'Anaa Assomed, comunque, respinge al mittente la proposta di secondi e terzi pilastri da erigere sulle macerie del primo e la falsa alternativa tra aumento di tasse e calo di servizi. Il che è esattamente quanto sta oggi accadendo simultaneamente alla sanità pubblica, tra tagli al finanziamento delle cure ed impennate di addizionali IRPEF e di ticket, **che spesso** rappresentano un vero e proprio driver di prestazioni verso la sanità privata.

Il federalismo in sanità, spesso di abbandono, è fallito, dopo avere fatto decollare, lungo il tradizionale gradiente Nord Sud le disuguaglianze di salute. E non si salverà nemmeno nella versione “a geometria variabile”, che il nuovo Governo intende assecondare, con il rischio che venga meno definitivamente il con-

retto stesso di Servizio sanitario nazionale e di politica sanitaria nazionale, con uno strappo definitivo tra Nord e Sud, quasi due paesi distinti.

Nella sanità attuale i medici, e tutti i professionisti sanitari, hanno cessato di essere una risorsa essenziale su cui investire per diventare un costo da ridurre ed il confine delle loro competenze è stato assunto come una rigidità da superare per trasferire atti e procedure a segmenti professionali meno costosi. La **de-professionalizzazione** è fenomeno speculare e coerente a quello della **decapitalizzazione del lavoro** professionale, cioè la perdita di valore economico e negoziale, e di tutele normative, l'impoverimento, anche numerico, del capitale umano, la subordinazione dei valori professionali a quelli gestionali. Secondo la Corte dei Conti, il costo del personale dipendente, precipitato al 29,7% della spesa complessiva, è stato il vero prezzo pagato per la sostanziale tenuta del SSN in questi anni.

La **precarità professionale** ed esi-

DOCUMENTO FINALE

stenziale dei giovani, i posti barelle che nei Pronto Soccorso hanno sostituito i posti letto, milioni di ore di lavoro non pagate, ferie non godute per anni, ritmi e carichi di lavoro che mettono a rischio la sicurezza delle cure, contratti atipici diventati sacche di precariato stabile descrivono condizioni di lavoro intollerabili che alimentano il fenomeno nuovo della fuga dagli ospedali.

Anche il nuovo Ministro della Salute ha riconosciuto che "Il personale sanitario" è stato la prima vittima sacrificale della contrazione delle risorse che ha colpito la sanità ed ha tutto il diritto di essere ascoltato e di essere trattato bene per la grande missione che svolge.

La **formazione post-laurea dei medici e dei dirigenti sanitari** è diventata una vera emergenza nazionale, ancora orfana di responsabilità politiche, che non si può affrontare senza mettere in discussione il ruolo della Università come variabile indipendente, e parassitaria, del sistema sanitario, che continua a considerare l'Ospedale come un'immensa riserva in cui collocare in maniera automatica i docenti che "stanno stretti" nell'alveo universitario per mancanza di prospettive di carriera. L'ingessatura dello specializzando in un ruolo più simile ad uno studente che ad un medico è una anomalia in Europa. Occorre un incremento del numero di posti disponibili per la formazione post laurea, per superare l'indecente imbuto formativo, insieme con l'inserimento del neo-laureato nel Ssn, con un vero contratto a tempo determinato, finalizzato al completamento del percorso formativo. Le Regioni hanno recentemente ripresentato una proposta di implementazione dei contratti di specializzazione, con l'intento di consentire l'accesso al SSN in assenza del requisito della specializzazione. Lungi dal costituire la soluzione immediata alla carenza di specialisti, questo progetto rappresenta una prima risposta al fenomeno dell'imbuto formativo, da valutare positivamente, a condizione che sia aggiuntivo rispetto alle dotazioni organiche correnti, e con condizioni di lavoro e job description da definire nel CCNL della dirigenza medica e sanitaria.

Per fenomeni strutturali e sovrastrutturali, i Medici oggi sono nel punto di maggiore **crisi professionale** ed identitaria della loro storia. Non più "Dei in camice bianco", dopo il declino della "dominanza medica" ed il passaggio del paziente nel ruolo di consumatore esigente, si ritrovano stretti nella morsa della



burocrazia, con retribuzioni e sviluppi di carriere bloccate, riduzioni massicce del *turn over* e conseguente aumento dei carichi di lavoro.

Siamo di fronte ad una serie di fattori causali convergenti tra i quali il più critico è certo rappresentato dal conflitto tra organizzazione e professione, due universi distinti di valori e di vocazioni, che una cultura aziendalista di matrice manifatturiera non è riuscita a saldare. Anzi, l'adozione degli strumenti tipici del settore privato e l'enfaticizzazione delle logiche gestionali hanno reso i Medici ed i dirigenti sanitari dipendenti dalle decisioni di altre figure professionali per quanto riguarda organizzazione dei servizi, valutazione dei risultati e allocazione delle risorse. La riduzione degli organici, andata di pari passo con la perdita di status, e il rispetto ossessivo del feticcio della produttività fine a se stessa, ha reso il lavoro retribuito senza relazioni e senza anima, tutto orientato al servizio dell'organizzazione aziendale e del paradigma economicista.

L'Esecutivo Nazionale in carica fino al 2022

Carlo Palermo

Segretario Nazionale

Giorgio Cavallero

Vice Segretario Nazionale Vicario

Bruno Zuccarelli

Vice Segretario Nazionale

Domenico Iscaro

Responsabile Dipartimento Amministrativo

Gabriele Gallone

Responsabile Dipartimento Organizzativo

Alberto Spanò

Responsabile Nazionale Settore Dirigenza Sanitaria

Pierino Di Silverio

Responsabile Nazionale Settore Anaa Giovani

Componenti

Claudio Aurigemma

Fabio Florianello

Filippo Gianfelice

Elisabetta Lombardo

Anita Parmeggiani

Anna Tomezzoli

Costantino Troise

Presidente Nazionale

Cosimo Nocera

Vice Presidente Nazionale



Il rapporto ospedale-territorio va ricostruito ripensando ruolo, modello e organizzazione del lavoro delle strutture per acuti in una ottica di sistema, insieme, non prima né dopo, con lo sviluppo di modelli consolidati di cure primarie, in una logica di rete clinica. E costruendo una prassi di vera integrazione delle famiglie professionali, capace di fare lavorare insieme professionisti diversi che hanno regole e strumenti diversi, facilitando la comunicazione, il confronto e la presa in carico dei cittadini in una ottica di continuità assistenziale, fondata anche su processi comuni di misurazione e valutazione delle attività e dei risultati. Occorre rimediare al fallimento di una riorganizzazione che ha trasferito da ospedali a territori risorse, ma non funzioni, senza un riscontro in termini di esiti di salute, scaricandone le spese sui cittadini e sui medici, in attesa di un adeguamento contrattuale da 10 anni, demotivati dalle pseudo riforme, in preda ad un diffuso

burnout. Il Congresso giudica il **processo di aziendalizzazione** giunto al capolinea e con esso un modello di governance concepito e organizzato a partecipazione professionale e responsabilità sociale assente, dove la adozione degli strumenti della gestione privatistica non ha migliorato né il saldo economico né la qualità del servizio reso. La complessità delle organizzazioni delle attività di cura ed assistenza è stata ricondotta a catene di comando sempre più corte e verticali, e la pratica della appropriatezza ed efficacia delle cure, prerogativa dell'autonomia e responsabilità dei professionisti, è diventata palestra per tecnocrazie emergenti. Le aziende sanitarie sono diventate OGM, in cui il prodotto passa in terza linea e chi lo produce è a sua volta il costo maggiore, un contenitore di anonimi fattori produttivi, costosi processi di produzione e consumatori sempre più giudicanti ed esigenti. I processi di riorganizzazione, tra accorpa-

menti, aziende uniche, aziende Zero, le massicce riduzioni dei posti letto per acuti, le modellistiche sulle cure primarie, sono orientati da strategie di allocazione dei costi che raramente coincidono con l'ottimale perseguimento dei fini di assistenza e cura delle persone. Oggi la mission principale, se non unica, delle Aziende sanitarie, è il governo dei costi di produzione attraverso un puro meccanismo di controllo dei fattori di produzione, medici e dirigenti sanitari compresi, consumando *l'eterogeneità dei fini*. La catena di comando delle decisioni fin dentro il core delle pratiche professionali e della selezione del merito e delle competenze, la discrezionalità connessa al principio del rapporto fiduciario, la natura monocratica del management aziendale, padrone unico di persone e cose, la subalternità dell'autonomia tecnico-professionale alle ragioni della gestione economicistica sono il paradigma immutabile, quasi un valore indisponibile, fortemente strutturato e tenacemente protetto in tutte le aziende, a dispetto della eterogeneità nata dalla della rivoluzione dimensionale ed istituzionale.

Per di più, la cornice legislativa degli assetti gestionali del SSN consente ai decisori politici di invadere la sfera gestionale della sanità, che viene piegata alle esigenze della politica con il ramificarsi di interessi clientelari e spartitori, ai quali è stato subordinato il riconoscimento del merito e delle competenze professionali. Fino alla rinuncia al merito per la clientela, alla sicurezza delle cure per la sicurezza dei conti, al prevalere dello spazio dei numeri su quello dei diritti. Occorre ridisegnare l'azienda sanitaria in ragione dei suoi fini, valutando con correzioni ed integrazioni l'ipotesi del modello delle Aziende Pubbliche di Servizi alla Persona, pensando ad una azienda speciale che renda partecipi delle decisioni i portatori degli interessi del territorio di riferimento (Enti Locali e cittadini), oltre che i medici e gli altri professionisti, tarata sulla complessità clinica e sul riconoscimento di un management professionale. Tocca ai Medici ed ai dirigenti sanitari rivendicare responsabilità ed autonomia nell'esercizio di un ruolo, insieme con forme di partecipazione, attraverso gli organi di rappresentanza delle professioni, ai modelli organizzativi ed operativi aziendali, perché non è più possibile essere gestiti senza alcun potere negoziale, obbligati ad adattarsi alle necessità aziendali fuori dai codici etici e deontologici. L'Anaa Assomed ritiene necessario rimettere mano al progetto del **governo clinico** che mantiene le sue buone ragioni perché, se collocato dentro il ciclo produttivo, capace di riconoscere la centralità delle professioni all'interno delle



Costantino Troise “Ssn in crisi ma noi ci siamo e argineremo il declino”

Il Ssn ha 40 anni, ma è in pessima salute, e la prognosi rimane riservata. Ma il sindacato medico e della dirigenza del Ssn non è morto, il che non è poco di questi tempi, e vuole continuare a farsi carico della difesa di un sistema sanitario pubblico e nazionale”.

Non ha fatto sconti a nessuno e spazza via il campo da ogni strumentalizzazione a danno del Ssn, Costantino Troise, Segretario nazionale uscente dell'Anaa Assomed che, con lunga e dettagliata relazione, ha aperto a Roma la 24° edizione de Congresso nazionale “Sanità 4.0. Ci curiamo del futuro”. Dopo otto anni alla guida dell'Anaa, ha analizzato con dovizia, e numeri alla mano, ogni singola tessera del complicato puzzle della sanità italiana, consegnandoci un Ssn che “mostra rughe crescenti ed evidenti erosioni strutturali in termini di accessibilità, equità e qualità”, ma ancora capace di garantire la salute degli italiani in modo universalistico, nonostante la “tempesta perfetta” che lo ha investito negli anni della grande crisi. Una tempesta fatta di “definanziamento, decentramento e decapitalizzazione” che ha portato anche a forti diseguaglianze. Ma consegna anche un sindacato con un aumento degli iscritti, rispetto al Congresso 2014 ed una loro tenuta rispetto alla rilevazione Aran del 2015.

Tanti i temi toccati. Dal de-finanziamento della sanità pubblica “dimostrato inequivocabilmente dai numeri”, alla pericolosa deriva verso un “secondo e terzo pilastro privato”, Troise scoperchia la pentola della presunta insostenibilità del sistema. “Checché ne dicano i pilastristi – ha sottolineato – la spesa privata italiana complessiva ha avuto dal 2000 al 2016 il più basso aumento pro-capite (1,8 %) tra tutti i Paesi Ocse (con l'eccezione della Turchia), e nel 2016 in cifra assoluta è stata la più bassa tra i grandi paesi Europei lontana da quella di Canada e Usa. Dunque, l'inarrestabile aumento è solo un allarme procurato”.

Anche il “decentramento” ha mostrato le sue crepe contribuendo a mettere in crisi l'unitarietà del sistema. “Il federalismo in sanità, spesso di abbandono, è fallito – ha affermato – e non si salverà nemmeno nella versione ‘a geometria variabile’, che il nuovo Governo intende assecondare”.

Ma è sulla crisi professionale che ha puntato i riflettori, ricordando che i medici, e tutti i professionisti sanitari, hanno cessato di essere una risorsa su cui investire per diventare un costo da ridurre, un problema e non parte della soluzione.

Aziende Sanitarie. La efficienza gestionale e la stessa riduzione dei costi richiedono modifiche delle procedure cliniche, e quindi dei comportamenti professionali, che vanno affidate all'applicazione di conoscenze e valori di diretta derivazione clinica, abbandonando la invadenza e la prosopopea di una cultura manageriale che tutto riduce a fattore produttivo.

Per riallineare diritti e risorse, serve un sostanziale cambio di paradigma culturale, politico e sociale che, a garanzia di un servizio sanitario universalistico, equo, efficace e solidale, definisca un Patto con la Professione Medica in una nuova cornice culturale, giuridica, amministrativa, civile e sociale che rispetti i valori etici e deontologici. Occorre toccare la matrice gestionale ed organizzativa per restituire la sanità ai medici ed i medici alla sanità, valorizzare un management professionale e ridefinire i processi decisionali nelle strutture aziendali. Anche le politiche contrattuali devono cambiare, rigettando rigidità ed ingessature proprie di una cultura monolitica e burocratica del rapporto di lavoro e delle sue dinamiche, per comprendere e risolvere i nodi reali delle nostre retribuzioni e renderle coerenti con incarichi e funzioni e con la gravosità e rischiosità dei diversi lavori dei medici, e la loro diversa collocazione nelle diverse aziende del SSN. Occorre incrementare il valore negoziale, in termini di salario, di tutte le prestazioni svolte al di fuori dell'orario di lavoro contrattuale, comprese quelle legate al disagio notturno e festivo. Che non possono più essere svendute al massimo ribasso o retribuite con indennità ferme da 20 anni.

La **Libera Professione Intramuraria**, su cui da tempo si scaricano le responsabilità di inefficienze organizzative, è oggetto di speciose polemiche sulla sua legittimità sociale ed eticità nel sistema pubblico. Polemiche che vogliono por-

tare a chiuderla, soluzione semplice, ma sbagliata, al problema complesso delle liste di attesa. In realtà, si preferisce evitare provvedimenti strutturali, e costosi, per continuare a strangolare il sistema spingendo i pazienti verso il privato puro, rischiando un effetto boomerang a loro danno. Una politica che sembra parlare alla pancia e cerca il capro espiatorio nei dottori (prime vittime di un sistema che li sta sfruttando in termini mai visti), senza nemmeno parlare con i loro sindacati.

La questione delle **liste di attesa**, però, richiede che noi ci facciamo carico di una proposta che parta dall'utilizzo del “regalo” che il lavoro “privato” dei Medici e dei dirigenti sanitari fa alle Aziende, 300 milioni ogni anno, per trasformare l'istituto nel perno di un piano nazionale di abbattimento delle liste di attesa, al quale applicare gli stessi incentivi concessi alla produttività del settore privato. Quello che è certo è che respingiamo con forza un attacco pretestuoso, ricordando la irrisorietà della indennità di esclusività, tenuta al di fuori anche dalla massa salariale sulla quale calcolare gli incrementi contrattuali. Se vogliamo parlare di politiche del personale cominciamo dalla testa e non dalla coda.

Dal punto di vista dello **stato giuridico**, è ormai in crisi l'ossimoro dipendente-dirigente nato con il D.lgs 229/1999, per cui dobbiamo rileggere, su presupposti diversi e più coerenti con la natura peculiare del sistema di tutela della salute dei cittadini, il carattere di “dirigenza speciale” delineato dall'art. 15. Si tratta di rafforzare in termini certi l'autonomia, sia nel profilo professionale che gestionale, per rendere peculiare la “funzione” sanitaria, attraverso modifiche legislative che ci tirino fuori da un contenitore che ha mostrato e mostra costantemente la sua assoluta inadeguatezza, co-

Segue a pagina 16

Intervista a **Carlo Palermo**
Segretario Nazionale
Anaa Assomed



La nostra linea non cambia: difesa del servizio pubblico, no al privato

Condividiamo molte idee sulla sanità del contratto di governo, ma la flat tax ci preoccupa. E per i medici sì alla 'doppia' carriera"

Ecco i progetti del neo segretario in questa prima intervista esclusiva. "I condizionamenti economici sulla sanità sono stati fortissimi. Il ministro Grillo quando parla di investimenti nel Ssn avrà tutto il nostro appoggio". "Dobbiamo costruire un modello di carriera duplice, un prevalentemente professionale e una prevalentemente gestionale, con un'evoluzione economica intercambiabile e comparabile. **Questo perché** con le attuali limitazioni al numero di "primariati" e di strutture semplici rischiamo di avere circa 90mila professionisti senza prospettive"

Carlo Palermo, già vice segretario vicario del sindacato della dirigenza medica e sanitaria, raccoglie l'eredità di **Costantino Troise** (che è stato invece eletto Presidente) e guiderà l'Associazione per il prossimo quadriennio. Un cambio della guardia ai vertici dell'Associazione, assicura il neo segretario, che non modificherà la linea e la strategia politico-sindacale che ha visto da sempre l'Anaa Assomed impegnata sul fronte della difesa del Servizio sanitario pubblico e dei diritti dei medici e dirigenti della dipendenza con una "condivisone solida e larga". Soprattutto in questi anni caratterizzati dall'assenza di politiche contrattuali.

66 anni, calabrese di origine, ma Toscano di adozione, Carlo Palermo, è Direttore del Dipartimento di Medicina Interna e Specialistica della USL Toscana Sud-Est.

Il neo segretario promuove molti aspetti delle politiche sanitarie contenute nel programma politico nuovo Governo: "Sono positivi, almeno sulla carta" sottolinea. Mostra invece perplessità su alcune proposte programmatiche più generali, come quella della flat tax, che potrebbero avere paradossalmente ripercussioni negative sul sistema di welfare, determinando una deriva verso la sanità privata, gestita da fondi sostitutivi e assicurazioni, alla quale potranno accedere solo le classi so-

ciali che potranno premetterselo anche grazie ai vantaggi che deriveranno dal nuovo sistema di tassazione.

Dottor Palermo, la sua nomina arriva in una fase cruciale per il mondo medico. C'è un nuovo Governo, un rinnovo contrattuale da portare a casa. Insomma si apre una nuova stagione tutta ancora da scrivere. Quali sono i grandi temi in agenda?

Il primo è quello della difesa del Ssn, che fa parte degli elementi costitutivi e della genetica di questa associazione. Aggiungerei quello del rinnovo contrattuale, che chiaramente ci interessa direttamente come categoria ma rappresenta nel contempo uno straordinario strumento di governo della struttura deputata 40 anni fa alla difesa del diritto alla salute dei cittadini. Un Servizio sanitario che vediamo oggi aggredito da più parti. Pensiamo soltanto a tutta la problematica sollevata, strumentalmente, sulla sua sostenibilità economica. Se guardiamo i numeri anche economici, l'Italia, tra i paesi del G7, è quella che spende di meno in sanità e la nostra spesa pro capite è più bassa di quella media dei paesi Ocse. Ci confrontiamo con Paesi che hanno livelli di spesa che noi potremo raggiungere verosimilmente solo tra 20 anni.

Mi sono divertito a trasferire la spesa pro capite degli altri Stati, normalizzata per potere di acquisto, all'Italia, quin-

Intervista a **Carlo Palermo** Segretario Nazionale Anaa Assomed

di ai suoi 60,5 mln di abitanti. Se noi spendiamo per la sanità tra finanziamento pubblico e privato circa 150 miliardi annui, gli Usa ne spenderebbero 437, la Germania 245, la Francia 207, la Svizzera 350 e l'Austria 231. La nazione più vicina a noi, ossia l'Inghilterra, spenderebbe 185 miliardi. Questi valori danno il segno della differenza di spesa e di sostenibilità tra noi e il resto dei paesi occidentali. Si può affermare che in Italia siamo ad una sorta di secondo miracolo economico. Se osserviamo i dati Ocse sulle patologie più importanti come l'infarto del miocardio o l'ictus, le nostre performance sono tra le migliori in termini di sopravvivenza. Abbiamo una spesa contenuta con esiti molto buoni, soprattutto nelle Regioni del centro-nord.

Quindi cosa non vi convince?

Non ci convince la proposta di un secondo pilastro costituito da fondi che spesso integrativi non sono, visto che coprono anche prestazioni Lea. Il problema è che questi fondi godono di un vantaggio fiscale importante, per cui si creerebbe un secondo pilastro che utilizza soldi di tutti con una decontribuzione di circa 3.600 euro pro capite l'anno. Questo incrementa le disuguaglianze. Alla fine il rischio è quello di una sanità duale, una ricca per i ricchi e una povera per i poveri. Un tipo di sanità che apre le porte a scelte consumistiche, soggettive e spesso di scarso valore clinico con pericolosi fenomeni di sovra-diagnosi.

Quali sono le soluzioni?

In primis, incrementare i fondi a disposizione del Ssn che, come mostrano i numeri, sono palesemente insufficienti ad affrontare le sfide della transizione demografica ed epidemiologica che ci attende. Dopo di che bisogna innescare meccanismi per un corretto utilizzo delle risorse con una progettualità a lungo termine che richiede investimenti in formazione, miglioramento dell'appropriatezza clinica e organizzativa, lotta agli sprechi e alla corruzione.

Il ministro Grillo ha assicurato che la sanità non sarà commissariata dal Ministero dell'Economia e che si impegnerà per aumentare il Fondo Sanitario nazionale...

Non possiamo che accogliere favorevolmente questo proposito. I condizionamenti economici sulla sanità in questi anni sono stati fortissimi. Del resto lo stato di criticità in cui versa il sistema dipende proprio dal suo sistematico deficiamento. La sanità è diventata in questi anni il bancomat del Governo, la fonte economica principale per ridurre gli squilibri del bilancio nazionale. Quindi è chiaro che il ministro avrà tutto il nostro appoggio su questo punto. Il mondo medico e sanitario, soprattutto



**“
Dobbiamo costruire un modello di carriera che dia prospettiva di crescita ai professionisti perché rischiamo di avere un corpo di circa 90mila professionisti senza prospettive**

negli ospedali, vive una condizione di estremo disagio causata proprio dalla contrazione delle disponibilità economiche. Il blocco del turn over è stato pesantissimo e ha colpito non solo le Regioni in piano di rientro. Dal 2009 al 2016, dati del bilancio annuale dello Stato, abbiamo avuto una perdita di circa 9mila tra medici dirigenti sanitari e veterinari nel Ssn. E le problematiche delle liste di attesa sono legate a questo fenomeno. Che si traduce poi in una contrazione dell'offerta di prestazioni sanitarie, quindi in allungamento dei tempi per le visite specialistiche, per la diagnostica strumentale e per tutti quegli interventi di chirurgia a bassa e media complessità che incidono sulla sensazione dei cittadini di non avere un diritto alla salute realmente esigibile. Insomma, ci vogliono investimenti, soprattutto in personale. Non è certo la libera professione intramoenia ad essere l'elemento scatenante delle attese.

Cosa fare per uscire dalle secche della carenza di personale?

Modificare la norma anacronistica che blocca la spesa del personale a quella relativa al 2004 diminuita dell'1,4%. Sono passati oramai molti anni dall'imposizione di questo tetto per frenare la spesa sanitaria. È impensabile che si possa rimanere fermi a quell'epoca anche perché non abbiamo più il deficit di allora. Ora bisogna solo aprire una nuo-

va stagione per l'assunzione del personale sanitario. Anche perché, come abbiamo più volte annunciato, dal 2018 in avanti e per almeno un decennio, assisteremo ad un esodo massiccio di professionisti visto che circa 6-7mila medici ogni anno raggiungeranno la soglia pensionistica. Se a questo sommiamo il disagio lavorativo che in moltissime realtà è diventato insopportabile e gli effetti della eventuale revisione della legge Fornero potremmo assistere ad una accelerazione del fenomeno. Facendo un calcolo prudenziale potrebbero uscire dal Ssn circa 40 mila tra medici e dirigenti sanitari nei prossimi 5 anni. Dobbiamo pertanto attrezzarci incominciando a rimpolpare da subito le dotazioni organiche.

Cosa vi aspettate perciò dal nuovo Esecutivo?

Abbiamo letto con attenzione il programma politico del nuovo Governo e devo dire che contiene molti aspetti positivi. Almeno sulla carta, alcune criticità sollevate anche da noi, vengono prese in considerazione. Penso al finanziamento del Fsn da incrementare, alle problematiche legate alla applicazione delle direttive europee sull'orario di lavoro e sui riposi, alla formazione post laurea. Ci lasciano perplessi invece alcune proposte programmatiche più generali, come quella della flat tax, che potrebbero avere paradossalmente ripere-



cussioni negative sul sistema di welfare, determinando una deriva verso la sanità privata, gestita da fondi sostitutivi e assicurazioni, alla quale potranno accedere solo le classi sociali con maggiori disponibilità economiche anche grazie ai vantaggi che deriveranno dal nuovo sistema di tassazione.

Nell'immediato cosa pensate di fare?

Sicuramente chiedere un incontro con il ministro e le Commissioni Sanità di Camera e Senato, per manifestare il nostro pensiero ed entrare nel merito delle questioni. Non siamo portatori solo di legittimi interessi di categoria, possiamo dare un contributo di conoscenza e competenza sul terreno fondamentale della difesa dei diritti sociali dei cittadini. Il diritto alla salute è uno di questi.

C'è poi il nodo del rinnovo contrattuale...

Otto anni di fermo biologico sulle relazioni sindacali fanno male. Non avere un'interlocuzione contrattuale con le Aziende fa perdere la capacità di gestire sistemi e condizioni organizzative complesse. In mancanza di confronto emergono senza governo criticità come quelle del disagio medico e del diritto di accesso alle cure dei cittadini. Dobbiamo risolvere problematiche che hanno anche una rilevanza politica non solo economica. Da un lato c'è la necessità di valorizzare economicamente l'esclusività di rapporto con il Ssn facendo rientrare l'indennità, ferma al momento della sua istituzione avvenuta nel 2000, nella massa salariale, e dall'altro bisogna difendere e accentuare il carattere speciale della dirigenza medica e sanitaria che non può essere appiattita su aspetti amministrativo-burocratici.

Mi spiego, noi abbiamo un duplice ruolo: siamo interpreti e mediatori delle esigenze dei cittadini ma anche gestori delle risorse dell'azienda, infine siamo chiamati a rispondere ad obblighi etici e deontologici. Un ruolo delicato che non può essere collocato e appiattito in una cornice burocratica amministrativa. Abbiamo la necessità di rinforzare il no-

Carlo Palermo

Carta d'identità

66 anni

Origini calabresi

Toscano di adozione

Direttore del Dipartimento di Medicina Interna e Specialistica della USL Toscana Sud-Est



stro ruolo cambiando quindi anche alcuni aspetti della legge 229/99. E il contratto deve avere contenuti che vadano in questo senso.

Quali sono quindi gli aspetti prioritari?

Dobbiamo costruire un modello di carriera che dia prospettiva di crescita ai professionisti perché con l'attuale modello normativo e organizzativo che impone tetti, limitando il numero di "primariati" e di strutture semplici rischiamo di avere un corpo di circa 90mila professionisti senza prospettive. Dobbiamo costruire una carriera prevalentemente professionale e una prevalentemente gestionale che abbiamo un'evoluzione economica intercambiabile e comparabile. Dobbiamo dare un orizzonte di crescita e di possibilità sia in ambito professionale sia in quello gestionale a tutta la Dirigenza sanitaria, applicabile in tutto il territorio nazionale. Per fare questo è necessario utilizzare tutte le risorse a disposizione, non ultima la cosiddetta Retribuzione Individuale di Anzianità. Solo così possiamo dare ai professionisti una prospettiva di carriera e saldarne l'adesione al Ssn e all'Azienda.

Una delle maggiori criticità per la categoria è quella del disagio derivante anche dalle condizioni organizzative. Qual è la situazione?

Oramai nelle aziende il disagio è allo stato solido e si taglia a fette. È legato

al deficit di organico e alle sue conseguenze sugli assetti delle singole unità operative. Le notti della settimana vengono trascorse dai professionisti tra guardie e reperibilità, quasi tutti i week end del mese sono impegnati per garantire la continuità del servizio, gli straordinari non pagati si contano ormai in diverse decine di milioni ogni anno, ore che non verranno mai retribuite e mai recuperate, il diritto al riposo viene calpestato e le ferie accumulate si possono valutare anche in anni. Una condizione esplosiva che si manifesta con il nuovo fenomeno dell'uscita dal sistema sanitario anche anticipatamente rispetto all'acquisizione dei criteri previdenziali per cercare in altri ambiti condizioni di lavoro più compatibili con le proprie esigenze di vita sociale e familiare. Circa il 10% delle uscite dalle aziende sanitarie non è legato al pensionamento. Le risposte da dare sono le seguenti: incrementare le dotazioni organiche secondo standard concordati, superando blocchi del turnover e limitazioni alla spesa per il personale, premiare chi svolge lavoro disagiato incrementando le relative indennità: lavoro notturno, lavoro festivo, reperibilità e pagamento delle ore lavorate in straordinario. Inoltre pensiamo ad una limitazione del lavoro disagiato individuando tetti massimi stringenti alle notti e alle reperibilità che possono essere svolte mensilmente dai professionisti.

Quali sono le posizioni dell'Anaa sulla proposta di aumentare le autonomie di alcune Regioni in base all'articolo 116 della Costituzione?

I contenuti del patto sono stati da noi criticati. Già partiamo da un gap importante tra nord e sud per quanto riguarda aspettativa di vita, accesso alle cure, esigibilità dei Lea e esiti. Le nuove autonomie previste rischiano di determinare un peggioramento delle diseguaglianze. Pensiamo alla gestione del personale e ai deficit di specialisti che si prospettano nei prossimi anni. Avremo Regioni con grandi risorse economiche e capacità amministrative che potranno accedere a percorsi formativi privilegiati attraverso i quali risolvere le presenti e future carenze di personale. Le altre dovranno gestire una desertificazione sanitaria dei territori per carenza di personale. Abbiamo la necessità che alcuni fili verticali siano salvaguardati per dare unitarietà al sistema sanitario e permettere una effettiva eguaglianza nel diritto di accesso alle cure. La formazione dei professionisti e quindi la disponibilità di un adeguato numero di specialisti per tutte le Regioni, è uno di questi.

Segue a pagina 16



TRATTATIVA
RINNOVO CCNL
2016-2018

PREMESSA

Nel fare il punto sul nuovo Contratto di Lavoro, non si può non tener conto del momento particolare che attualmente sta vivendo il Servizio Sanitario Nazionale minato dal sottofinanziamento e da un tentativo subdolo di trasformazione della sua "mission" mediante l'introduzione di un pilastro privato assicurativo di tipo integrativo - sostitutivo di quello pubblico. Questo particolare momento all'interno della Sanità Pubblica ha colpito anche i dipendenti, sempre più gravati da un crescente disagio sia lavorativo che sociale, e le Organizzazioni Sindacali costrette ad operare in condizioni difficili per la crisi dell'intermediazione sindacale stimolata dalla "nuova politica", per

l'illusione "individualista" che pervade una parte del mondo professionale e per un blocco contrattuale che dura da circa nove anni.

Questa situazione di crisi è stata ulteriormente aggravata negli ultimi anni da alcuni fattori peculiari:

- crescente crisi di valori e di prospettive e un clima strisciante di deregulation istituzionale con conseguente crescente incertezza, nei rapporti con la controparte, dove le regole scritte valgono solamente se si riesce a costringere le Aziende Sanitarie ad attuarle correttamente;
- una maggiore aggressività delle Aziende Sanitarie Pubbliche, con la complicità delle Regioni, nei riguardi dei propri dipendenti per imporre risparmi spesso illegittimi e vessatori

sul personale, al fine di mascherare l'inefficienza e/o l'incapacità gestionale delle stesse ed i conseguenziali sprechi;

- una grave rarefazione della cultura contrattuale e della conoscenza delle normative fra i funzionari regionali ed aziendali e purtroppo anche fra i quadri sindacali ed una acquiescenza ed abitudine ad una deriva minimalista ed autoritaria delle "relazioni sindacali" al livello aziendale.

In queste condizioni, non certamente idilliache, nel marzo scorso si è aperto presso l'ARAN il tavolo di contrattazione nazionale per il rinnovo del CCNL della Dirigenza del ruolo sanitario.

UN PERCORSO IRTO DI OSTACOLI

Il punto sul contratto di lavoro

menti contrattuali a regime di tutti i dipendenti pubblici del S. S. N. da aprile o addirittura da settembre 2018, malgrado le disposizioni legislative e la nota della Ragioneria Generale dello Stato del marzo 2018 sanciscano in modo inequivocabile l'obbligo a farli decollare dal 1 gennaio 2018 e malgrado questa scadenza temporale sia stata rispettata nei contratti degli altri comparti del Pubblico Impiego.

Con questa ipotesi scellerata si creerebbe una ulteriore penalizzazione dei dipendenti del S. S. N. rispetto a quelli degli altri comparti del P. I. e di conseguenza verrebbe ulteriormente avallato il sospetto di una scarsa considerazione delle Regioni dei dipendenti operanti nella Medicina Pubblica!

Terza difficoltà determinata dall'ennesimo tentativo di esproprio parziale forzoso da parte delle Regioni del tesoretto della RIA (Retribuzione Individuale di Anzianità) dei dirigenti del ruolo sanitario anziani, liberata da vincoli di spesa in seguito al loro pensionamento. Questa RIA, per disposizione contrattuale presente nel CCNL del 2000 ancora vigente, dovrebbe incrementare il fondo di posizione.

Questa loro interpretazione deriverebbe da una lettura, del tutto fantasiosa dell'art. 23 del D. Lgs. 75/2017 (Legge Madia) e costerebbe soprattutto alla dirigenza medica e veterinaria **circa 48 milioni di Euro nel 2018, circa 97 milioni nel 2019 e circa 144 nel 2020!**

Le conseguenze di questa interpretazione fantasiosa e scellerata sarebbero: il blocco quasi totale della dinamica di carriera professionale;

la vanificazione nei fatti di qualsiasi pretesa di premiare il merito!

l'impoverimento della retribuzione complessiva, a parità di condizioni e di incarico di posizione, dei dirigenti dipendenti assunti dopo il 1996 rispetto a quelli assunti prima.

Queste tre ipotesi, inaccettabili non solo per la forte penalizzazione economica ma anche per la scarsa considerazione della dirigenza del ruolo sanitario da cui scaturirebbero, hanno determinato una immediata reazione sindacale di protesta per cui tutte le OO. SS. del tavolo della Dirigenza del ruolo sanitario **hanno deciso di**

sospendere il confronto contrattuale politico in sede ARAN fin tanto quando la situazione non trovi un chiarimento soddisfacente. Questa presa di posizione da parte sindacale ha acceso una forte dialettica fra le parti e ha fino ad ora ha impedito che le tre ipotesi suddette si realizzassero, relegandole ad una fase interlocutoria.

È stato invece deciso di continuare in sede ARAN in un confronto squisitamente tecnico sulle diverse materie del rinnovo contrattuale, dando la precedenza a quelle scarsamente condizionate dalla rilevanza degli aumenti contrattuali fin tanto quando non saranno chiarite le divergenze sopra esplicitate.

Tutto questo per non concedere alcun alibi alle Regioni a dilazionare nel tempo la definizione del nuovo CCNL, obiettivo da cui sono tentate, e nel contempo per tentare di trovare nelle varie materie soluzioni normative condivise e per cercare di ridurre al minimo i nodi politici critici da affrontare e risolvere nelle sedute finali.

STATO DELLA TRATTATIVA TECNICA SULLE MATERIE FINO AD ORA AFFRONTATE

Fino ad ora sono state affrontate 4 importanti materie:

1. Le relazioni sindacali;
 2. L'allineamento delle disposizioni del Codice disciplinare alle innovazioni introdotte dalla Legge Madia.
 3. Le caratteristiche e i principi del rapporto di lavoro.
 4. I principi e le regole che caratterizzano il godimento delle ferie e festività.
- Facciamo il punto sulle difficoltà riscontrate e sui risultati ottenuti.

RELAZIONI SINDACALI

In sede di trattativa su questo importante capitolo si è subito capito che la strada sarebbe stata in salita anche sul piano tecnico. Nel confronto con la Parte Pubblica si sono appalesati i seguenti 4 obiettivi delle Regioni, **in forte contrasto con quelli dell'ANAAO** e delle altre Organizzazioni sindacali:

1. Nessuna volontà di introdurre norme concrete che possano ridurre la forte incertezza e non correttezza attuativa delle disposizioni contrattuali al livello pe-

GIUSEPPE
MONTANTE
Commissione
Politiche
Contrattuali
Anaa Assomed

DIFFICOLTÀ ECONOMICHE

Fin dall'inizio, in premessa alla trattativa sulla normativa, si sono manifestate **tre importanti difficoltà economiche** a forte valenza politica.

Prima difficoltà determinata da una decisione unilaterale della Parte Pubblica per cui gli aumenti contrattuali per i dirigenti del ruolo sanitario verrebbero calcolati su una massa contrattuale decurtata della spesa per l'indennità di esclusività, malgrado le disposizioni del CCNL del 2010 stabiliscano a tutti gli effetti la sua introduzione nella massa salariale per i relativi calcoli. In parole povere, mentre per tutti i dipendenti del Pubblico Impiego si avranno a regime aumenti contrattuali pari ad **un reale 3,48%** della massa salariale, per noi invece in modo unilaterale verrebbero applicati aumenti pari invece a **un 2,98% reale!** Da questo ne scaturirebbe, oltre ad un **danno economico** per gli aumenti contrattuali complessivi della dirigenza del ruolo sanitario di **circa 42 milioni annui** al lordo degli oneri previdenziali evidenti in busta paga e dell'IRPEF, anche e soprattutto la plateale constatazione che il lavoro dei dirigenti del ruolo sanitario e pertanto la loro professionalità avrebbe per Regioni e Stato una minore considerazione economica rispetto a quello del restante Pubblico Impiego!

Seconda difficoltà conseguente al tentativo delle Regioni di far partire gli au-

riferico e una soglia credibile e oggettiva di quorum percentuale di deleghe sindacali per l'approvazione dei Contratti Integrativi Aziendali, lasciando con questa omissione, la massima discrezionalità all'Azienda sulle maggioranze idonee al tavolo aziendale.

2. Nessuna volontà di riconoscere la "specialità legislativa" della dirigenza del ruolo sanitario, ma anzi il tentativo di imporre, a mo' di fotocopia, i modelli di relazioni sindacali del mondo della dirigenza burocratica – amministrativa.
3. Precisa volontà di aumentare i poteri delle Regioni in materia contrattuale, malgrado le leggi vigenti lo neghino, mantenendo fra l'altro la sproporzione dei poteri attualmente esistente a loro favore.
4. Altrettanto precisa volontà di ridurre pesantemente:
 - il ruolo e i poteri delle OO. SS. nella Contrattazione Integrativa Aziendale e nella Partecipazione;
 - la cogenza delle norme contrattuali nazionali.

Questa impostazione delle Relazioni Sindacali è stata ritenuta inaccettabile e pertanto respinta.

L'inconciliabilità della posizione delle parti in sede tecnica è diventato pertanto un "nodo politico" da affrontare in sede di tavolo politico-contrattuale, quando questo rientrerà in gioco.

CODICE DISCIPLINARE

L'introduzione con il D. Lgs. 75/2017 (Legge Madia) di nuove disposizioni disciplinari per i dipendenti pubblici, ha reso necessario modificare il Codice Disciplinare dei Dirigenti del ruolo sanitario.

Anche in questo caso nelle proposte avanzate dalla Parte Pubblica è stato inizialmente reiterato il tentativo di non riconoscere la "specialità legislativa" della dirigenza del ruolo sanitario, tentando di imporre l'impostazione e la ratio del codice disciplinare del mondo della dirigenza burocratica-amministrativa.

In questo caso però, con pazienza e con motivazioni tecniche e legislative ineccepibili, **siamo riusciti a far cambiare idea alla Parte Pubblica e a definire delle norme disciplinari più consone alle peculiari specificità della nostra dirigenza.**

PRINCIPI GENERALI SUL RAPPORTO DI LAVORO, FERIE E FESTIVITÀ

I principi generali di queste importanti materie sono in questo momento al centro del confronto del tavolo tecnico Organizzazioni sindacali e Parte Pubblica presso l'ARAN. Pur essendoci delle discrepanze fra alcune delle proposte presentateci e le nostre, le differenze non sono tali da paventare fratture insanabili e **riteniamo che anche in questo caso con pazienza e con l'ausilio di motivazioni tecniche e legislative ineccepibili, riusciremo presumibilmente ad arrivare ad un testo condiviso.**

MATERIE IN CUI SONO PRESUMIBILI DIFFICOLTÀ NEL PROSSIMO CONFRONTO

Fra le numerose materie ed argomenti che dovranno essere affrontate prossimamente

te presso l'ARAN, al fine di darne una precisa definizione normativa, presumibilmente alcune potranno essere oggetto, almeno in fase iniziale, di un confronto difficile fra Parte Pubblica e Organizzazioni sindacali della Dirigenza del ruolo sanitario per una possibile notevole distanza delle specifiche proposte e della loro ratio. Di seguito esaminiamo le materie in cui sono già note le proposte e la ratio che li sostiene, sulla scorta di quanto espresso nell'atto di indirizzo del Comitato di Settore e da alcune dichiarazioni ufficiali delle Regioni.

SVILUPPO DELLE CARRIERE SIA SUL PIANO GESTIONALE CHE PROFESSIONALE

Le Regioni vorrebbero decidere la nuova architettura nazionale della carriera dei dirigenti del ruolo sanitario non sulla base di criteri tecnici inoppugnabili, di chiari livelli di responsabilità richiesti a cui corrispondere una tassonomia chiara, inequivocabile e univoca al livello nazionale, bensì partendo dalla definizione in primis della quota parte di risorse finanziarie del fondo di posizione che sono disposte a destinare alle carriere e solo secondariamente e in subordine i criteri tecnici.

Questo fa fortemente sospettare che il loro reale obiettivo sarebbe creare parecchi residui del fondo di posizione, da utilizzare per scopi impropri, e non favorire lo sviluppo delle carriere e la loro valorizzazione.

Tale tipo di impostazione sarebbe fortemente penalizzante e pertanto inaccettabile.

Questo fa prevedere, almeno in fase iniziale, un forte contrasto fra le loro proposte e le nostre. Anche in questo caso con pazienza, fermezza e motivazioni tecniche inoppugnabili, **tenteremo di convincerli a modificare obiettivo ed approccio e di pervenire pertanto ad una ipotesi condivisa.**

FONDI CONTRATTUALI

Le Regioni vorrebbero accorpate gli attuali tre fondi contrattuali (posizione e specificità medica, particolari condizioni di lavoro e risultato) in 1 o al massimo 2 fondi, con la scusa di una semplificazione della retribuzione.

Tale ipotizzata riduzione, per la dirigenza del ruolo sanitario, risulterebbe penalizzante per i seguenti motivi:

- l'articolazione in tre fondi è coerente nella impostazione e nel loro utilizzo alla peculiare specialità della Dirigenza del Ruolo Sanitario;
- la riduzione ad uno o due fondi favorirebbe facilmente abusi da parte delle Aziende che finirebbero col penalizzare le carriere a favore del risultato e/o del disagio.

Per i suddetti motivi tali ipotesi sarebbero inaccettabili.

ATTIVITÀ DI LAVORO DISAGIATE

Da quello che si percepisce, le Regioni:

- non vorrebbero modificare sostanzialmente la normativa che riguarda queste particolari attività, non introducendo in tal modo nessun limite reale e concreto al loro utilizzo;
- vorrebbero introdurre anzi delle deroghe strutturali alla normativa europea sui riposi e sull'orario di lavoro;
- vorrebbero valorizzarne la retribuzione solo in modo marginale.

Non crediamo che questa impostazione sia accettabile e faremo di tutto per: introdurre dei limiti, sia quantitativi che temporali, alla richiesta di tali prestazioni disagiate;

non concedere deroghe strutturali sui riposi e sull'orario di lavoro;

aumentare in modo significativo la retribuzione di quelle fatte all'interno dei limiti quantitativi disposti;

retribuire tutte le richieste al di sopra dei limiti come attività libero professionale in favore dell'Azienda.

LIBERA PROFESSIONE INTRA-MOENIA

La Parte Pubblica, sull'onda di una demagogia imperante che tenta di attribuire la responsabilità della lunghezza delle liste d'attesa alla libera professione dei Dirigenti del ruolo sanitario (nulla di più falso e demagogico), ipotizzerebbe di vincolare la libera professione individuale alla riduzione delle liste d'attesa.

Faremo di tutto per smascherare questa demagogia e ricondurre la libera professione nell'alveo di una regolamentazione corretta.

CONCLUSIONI

Da quanto sopra esplicitato, risulta facile prevedere che il confronto con la Parte Pubblica presso l'ARAN sarà duro ed irto di ostacoli e non sarà facile correggere, almeno in parte i guasti perpetrati dal blocco dei contratti nazionali che va avanti dal 2010. Nonostante ciò dovremo metterci tutto il nostro impegno e la nostra fermezza per raggiungere questo obiettivo.

Malgrado i nostri propositi, questa dura partita, non solo economica, ma di difesa della dignità della Dirigenza del ruolo sanitario, si potrà vincerla come Organizzazioni sindacali e come categoria, solo il concorso di tutti: sia quadri sindacali, sia semplici iscritti, sia simpatizzanti.

**TRATTATIVA
RINNOVO CCNL
2016-2018**



coda, sia pure in lieve controtendenza sul 2016, per i tempi di pagamento ai fornitori (fra 358 e 390 giorni). Anche rispetto alle griglie Lea il punteggio complessivo vede la Calabria ancora inadempiente, con un dato 2016 addirittura in arretramento. Ancor peggio il dato sulla mobilità passiva extra regionale (21,3 %) con complessità media della casistica trattata fuori regione sotto il dato nazionale (turismo sanitario anche per cataratta e tunnel carpale). La Corte dei Conti certifica poi un eloquente penultimo posto nazionale per la durata della degenza media preoperatoria, un utilizzo imbarazzante dei reparti chirurgici con tassi di degenza media ed appropriatezza da ultimi della classe; valutazione confermata, alla voce: qualità dell'assistenza ospedaliera, anche per la soglia di riduzione delle fratture di collo femore entro 48 h, dove il valore nazionale del 60 % risulta addirittura dimezzato (29,3%).

Dulcis in fundo, alcuni punti-nascita costantemente sotto il livello di 500 parti l'anno continuano ad essere pericolosamente attivi. Per ultimo, nonostante alcuni indicatori (vaccinazioni) registriano un flebile miglioramento dell'assistenza territoriale, il monitoraggio evidenzia una dotazione insufficiente di Pl in strutture hospice, un vergognoso calo della già scarsa percentuale ultrasessantacinquenni presi in carico dai servizi di assistenza domiciliare, un tempo di arrivo del mezzo di soccorso rispetto alla chiamata al 118 di 22 minuti (il 30% in più del tempo massimo definito da Who). Tali inefficienze, da zero in pagella, certamente consolidatesi negli anni, non solo non sono state risolte ma risultano addirittura aggravate nel periodo di attività del Commissario Scura la cui gestione, come ammesso al question time della Camera dal Sottosegretario Fugatti, è stata del tutto lacunosa ed insoddisfacente, come emerso fin dall'estate 2017 nei report periodici del Tavolo di Monitoraggio. Fallito lo strumento del Commissariamento, del tutto inadeguato l'interprete: parlano fatti e numeri, una catastrofe.

Quindi come uscire da questo impasse?

Ci vorrebbe ... una task force di caschi blu dell'Onu. Scherzi a parte, le Organizzazioni sindacali hanno principalmente compiti di verifica e controllo, ma è chiaro che questo sfacelo porta alla (responsabilità di intere classi dirigenti (politici e pseudo buro/tecnocrati, nominati per appartenenza più

che per competenza). Apprezziamo le parole della Ministra Grillo che intende promuovere trasparenza e merito-crazia con oggettive procedure di selezione e valutazione manageriale di Direttori Generali e personale apicale. Può essere l'inizio di una inversione di rotta.

Cosa vorrebbe trovare nel nuovo contratto?

Un contratto in salita nella parte economica e normativa. Entrambe sono imprescindibili, non baratteremo MAI qualche risorsa a ristoro di un decennio di fermo biologico delle buste paga in cambio di atteggiamenti vessatori sul rispetto della normativa europea sull'orario e sul diniego alle nostre richieste sul disagio lavorativo;

Quattro parole d'ordine per i prossimi anni?

Le parole d'ordine sono: impegni concreti e copertura di spesa effettiva per mantenere il finanziamento del Ssn in

linea con i paesi evoluti dell'Ue; meccanismi di selezione trasparente e meritocratica per professionisti e manager, con, per i primi, progressioni di carriera verticali senza le quali prevalgono demotivazione ed appiattimento culturale; investimenti su tecnologie, infrastrutture (anche con metodi innovativi di coinvolgimento del privato "sano") e risorse umane (svecchiamento dei professionisti, oggi i più anziani in Europa, parità di genere nella copertura dei posti di responsabilità apicale, più asili nido in ospedali ed ambulatori, e welfare per il benessere lavorativo dentro e fuori le sedi di lavoro; tutela della sicurezza psicofisica nei luoghi di lavoro e della autonomia del ruolo della dirigenza medica non vicariabile per compromessi al ribasso dettati da pseudo contingenze economiche e meschini calcoli politici contro i quali saremo, se necessario, pronti alle barricate.

“

Ci vorrebbe... una task force di caschi blu dell'Onu



Oriano Mercante
Segretario
Anaa
Assomed
Marche

“La nostra priorità? Risolvere la carenza di personale”

“

Tra gli altri temi caldi c'è quello del rapporto con la sanità privata che andrebbe chiarito in maniera inequivocabile

Dottor Mercante quali sono gli scenari e le principali criticità nella sua Regione?

Nelle Marche le priorità sono la stabilizzazione del personale precario, le nuove assunzioni ed il rapporto con il privato. In termini di personale assunto è stato avviato nelle Marche un percorso positivo che occorre continuare soprattutto se il Governo Conte confermerà l'applicazione della quota 100 per il pensionamento che porterà anche nella sanità marchigiana ad un'uscita di molto personale. I 3.800 assunti dal 2015 hanno messo un freno al problema, ma non hanno colmato il gap. A questo si aggiunga la necessità di concludere l'iter di stabilizzazione dei precari, almeno 600 operatori.

Quale l'azione sindacale per superarle?

Abbiamo proposto alla giunta regionale di applicare anche nelle Marche il

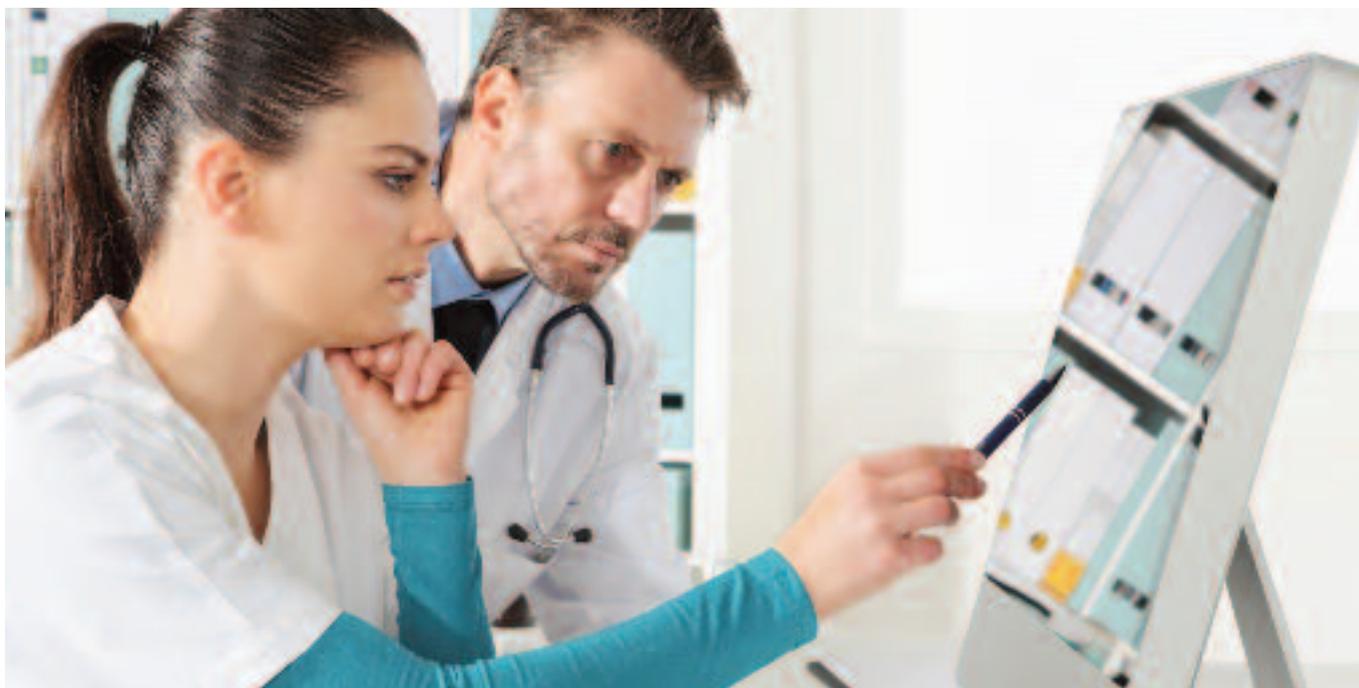
modello sperimentato con successo in Toscana che sta ottenendo buoni risultati attraverso un meccanismo incentivante per i dipendenti pubblici che consenta agli stessi di lavorare oltre l'orario destinando le stesse risorse che sono oggi assegnate ai privati. Solo così si giungerà all'abbattimento delle liste d'attesa e si offrirà un servizio ai cittadini sempre più all'altezza delle aspettative.

Cosa vorrebbe trovare nel nuovo contratto?

Da troppo tempo stiamo aspettando un riconoscimento che andrebbe a premiare l'impegno dell'intera categoria che lavora ben oltre l'orario di lavoro retribuito con spirito di servizio e di volontariato. Tra gli altri temi caldi c'è quello del rapporto con la sanità privata che andrebbe chiarito in maniera inequivocabile senza derive che privilegiino pochi e penalizzino le fasce più deboli.

Quattro parole d'ordine per i prossimi anni?

Noi siamo per una sanità pubblica, universale, solidale e contiamo, come ribadito inequivocabilmente in tutti i consessi pubblici e privati organizzati negli ultimi mesi che, con coerenza, si persegua questa strada da parte del governo. A questo aggiungo altri due concetti che ci stanno molto a cuore e di strettissima attualità che sono la conciliazione famiglia-lavoro e le condizioni di lavoro accettabili per i lavoratori più anziani.



Anaao Giovani rinnova il direttivo nazionale

Pierino di Silverio è il nuovo Responsabile Nazionale del Settore Anaao Giovani dell'Anaao Assomed e resterà in carica fino al 2022. Medico di Direzione Sanitaria, 40 anni, prende il posto di Domenico Montemurro.



**PIERINO
DI SILVERIO**

Il nuovo Direttivo Nazionale

Pierino Di Silverio

Campania. Responsabile Nazionale

Alessandro Conte

Friuli Venezia Giulia.

Responsabile Nazionale Vicario

Francesco Feletti

Emilia Romagna

Gemma Filice

Calabria

Anna Maria Fodale

Sicilia

Fabrizio Mezzasalma

Umbria

Fabio Ragazzo

Veneto

“Sono orgoglioso di questo incarico pur nella consapevolezza della sua complessità perché i temi dei giovani medici sono molti e di difficile soluzione, ma l’impegno mio e del nuovo Direttivo Nazionale del Settore sarà totale e in sinergia con l’intera Associazione”.

Il primo atto che porta la firma del neo eletto è la lettera trasmessa ai Ministri della Salute e dell’Università per contestare la scelta del MIUR di incrementare il numero di immatricolazioni ai Corsi di Laurea in Medicina e Chirurgia, senza procedere, come da sempre chiesto dall’Anaao, a un incremento parallelo dei posti nelle Scuole di Specializzazione Medica e di Formazione specifica in Medicina Generale.

“Quello della formazione post laurea è un tema importante dell’azione sindacale dell’Associazione – ribadisce Di Silverio - e continueremo a batterci finché la politica non abbandonerà quell’atteggiamento miope, comune purtroppo a tutti i governi, che sta portando al tracollo del nostro sistema, l’assenza di una programmazione dei fabbisogni formativi coerente con le necessità del Ssn”. L’imbuto formativo diventerà ancora più stretto nei prossimi anni accademici, dal momento che negli anni 2013/2014 e 2014/2015 sono stati iscritti quasi 30.000 aspiranti Medici, grazie al sovrannumero legittimato dai ricorsi al TAR. Ad invarianza del numero di contratti di formazione specialistica, il numero di medici esclusi dal percorso formativo post-lauream

raggiungerà nell’anno 2020-2021 la preoccupante cifra di oltre 20mila unità. Una condanna alla sotto occupazione o alla emigrazione, con una perdita netta non solo economica, ma soprattutto di conoscenze e capacità tecniche fondamentali e preziose per il futuro del nostro sistema sanitario.

Ci aspettiamo – conclude Di Silverio – che i Ministri accolgano la nostra richiesta di incontro per verificare la fattibilità di un percorso condiviso di cambiamento del sistema della formazione post laurea.

Oltre al Direttivo Nazionale del Settore sono stati eletti i nuovi Coordinatori per le regioni del Nord, Centro e Sud, rispettivamente **Federico Masserano Zoli** (Lombardia), **Vinicio Rizza** (Abruzzo) e **Silvia Porreca** (Puglia).

Manifesto Anaao Giovani

Meno laureati, più specialisti

La ricetta AG per una corretta programmazione del numero dei medici in Italia

Anaao Giovani esprime profonda contrarietà per la scelta del Miur di incrementare il numero di immatricolazioni ai Corsi di Laurea in Medicina e Chirurgia, non procedendo, invece, a un incremento dei posti nelle Scuole di Specializzazione Medica e di Formazione specifica in Medicina Generale.

Anaao Giovani ribadisce con forza le proposte già avanzate:

Riduzione del numero di accessi al corso di laurea in medicina e chirurgia a 7.000 immatricolazioni per gli anni necessari a riassorbire l'attuale eccedenza.

Incremento del numero dei contratti di formazione specialistica ad almeno 8600 contratti/anno, come indicato quale fabbisogno dalla conferenza delle Regioni.

Istituzione di un tavolo tecnico permanente che analizzi costantemente le problematiche del sistema formativo e dei fabbisogni con il coinvolgimento delle sigle sindacali ed associazionistiche rappresentative.

Il 28 giugno il Ministro Bussetti ha firmato il decreto con il contingente di posti per i Corsi di Laurea in Medicina e Chirurgia per l'anno accademico 2018-2019, portando il numero da 9100 dell'anno accademico 2017-2018, a 9779 nell'anno accademico 2018-2019.

Tale considerevole incremento non solo non risolve le attuali e drammatiche carenze di specialisti su tutto il territorio nazionale, ma peggiora ulteriormente la sproporzione tra il numero di laureati/abilitati ed il numero di quanti possono effettivamente accedere ai percorsi di formazione successivi, necessari per l'inserimento nel mondo del lavoro. Secondo le nostre stime, al prossimo concorso per le scuole di specializzazione si presenteranno circa 16.400 medici, a fronte di soli 6.200 contratti di formazione specialistica ministeriali, con l'esclusione di oltre 10.000 giovani colleghi dal percorso formativo post-lauream.

Il "limbo formativo" diventerà ancora più affollato nei prossimi anni accademici, dal momento che negli anni 2013/2014 e 2014/2015 sono stati iscritti quasi 30.000 aspiranti Medici, per gli accessi in sovrannumero legittimati dai ricorsi al TAR. Ad invarianza di contratti di formazione specialistica, si stima che il numero di medici esclusi dal percorso formativo post-lauream raggiungerà nell'anno 2020-2021 la preoccupante cifra di oltre 20.000 unità. Tali numeri "monstre" rappresentano una condanna per migliaia di giovani medici alla sotto occupazione o alla emigrazione, con una perdita netta non solo economica, ma soprattutto di conoscenze e capacità tecniche fondamentali e preziose per il futuro del nostro sistema sanitario.

Appare superfluo ricordare come, in molti casi, aumentare il numero di po-

sti disponibili nei corsi di laurea non sottintenda affatto un automatico proporzionamento della capacità formativa reale del sistema universitario, intesa come idoneità degli spazi, possibilità di effettuare tirocini in congruo rapporto tutor/tutorati, accesso ai reparti di degenza in numero tale da non creare disagi ai pazienti.

La carenza di specialisti, destinata a peggiorare sensibilmente nei prossimi anni, può essere risolta solo attraverso una programmazione dei fabbisogni coerente con le necessità attuali e future del SSN, destinando risorse economiche aggiuntive, atte a permettere a tutti i laureati in medicina e chirurgia di proseguire nel percorso formativo successivo. Stiamo già assistendo a una massiccia ondata di pensionamenti che interesserà ben 88.000 medici del SSN, tra dipendenti e convenzionati, nel prossimo decennio, con picco compreso fra il 2018-2023. L'incremento degli accessi al corso di laurea è, dunque, addirittura dannoso, perché questi futuri medici non potranno esercitare la professione prima del 2028, quando ormai la gobba pensionistica sarà in fase di riassorbimento, trovandosi quindi in un mercato lavorativo che tenderà in pochi anni alla ipersaturazione a causa di un eccesso di medici neo-laureati e neo-specialisti.

Altro dato allarmante, che deve spingere a una riflessione, riguarda il numero dei contratti di specializzazione "abbandonati" tra il 2016 e il 2017 che, secondo uno studio condotto dall'Associazione Liberi Specializzandi - fattore 2 A, risulta pari a 510, dei quali 350 "abbandonati" da medici in formazione specialistica insoddisfatti della scelta o dell'offerta formativa, e 160 "bruciati" per asincronia del concorso di specializzazione con quello di medicina generale, andando ad aggravare ulteriormente una situazione già drammaticamente rappresentata dai numeri sopra esposti. Con l'imbutto formativo e la carenza di specialisti, tale dato rappresenta una beffa che non possiamo più permetterci.

Occorrono azioni di programmazione di medio-lungo periodo che risolvano le problematiche in essere, senza cedere al fascino di provvedimenti estemporanei di immediato ritorno mediatico ma privi di un positivo e concreto impatto su una questione che determinerà il futuro dell'intero Servizio Sanitario Nazionale.



Anaao Dirigenza Sanitaria rinnova il direttivo nazionale

Alberto Spanò è stato confermato Responsabile Nazionale del Settore Dirigenza Sanitaria dell'Anaao Assomed e resterà in carica fino al 2022. Direttore di Uoc di Microbiologia e Virologia e di Dipartimento proseguirà nell'incarico assunto già nel 2014



ALBERTO SPANÒ

Il nuovo Direttivo Nazionale

Alberto Spanò
Responsabile Nazionale

Erminio Torresani
Responsabile Nazionale Vicario

Gianpaolo Leonetti
Responsabile Amministrativo

Pierangelo Clerici

Luca Indovina

Clizia Murratzu

Robert Tenuta

“I dirigenti sanitari biologi, chimici, farmacisti, fisici e psicologi iscritti all'Associazione mi hanno voluto confermare in quest'incarico che ho accettato in una fase di grande difficoltà per il Ssn e per le nostre categorie in particolare. Il mio compito sarà di evidenziare con forza i grandi problemi delle categorie della dirigenza e fare in modo che l'Anaao possa svolgere a pieno una autentica funzione di tutela comunque in sinergia con l'intera Associazione”.

Tra le prime azioni che promuoveremo ci sarà la definizione nel contratto di lavoro in fase di trattazione di soluzioni che consentano di stipulare in piena sinergia il primo contratto che unisce medici e dirigenti sanitari.

Immediatamente dopo, come previsto dal Documento finale del 24° Congresso Anaao, continueremo nell'impegno per ottenere l'incremento degli accessi alle scuole di specializzazione bloccate da oltre un quinquennio, a copertura della grave situazione di carenza esistente nel Paese. Saremo impegnati anche a verificare che soluzioni alternative finalizzate a coprire le gravi carenze organiche delle aziende sanitarie siano previste in forma unitaria per medici e sanitari.

In considerazione dell'avvio dell'attuazione della Legge n.3/18 il Settore svilupperà altresì un rapporto sinergico con gli Ordini professionali per supportare le azioni di tutela e supporto poste in capo al Ministero della Salute quale organo vigilante sulle professioni sanitarie. L'Anaao continuerà inoltre a svolgere

ogni azione a sostegno della lotta al precariato della dirigenza sanitaria ed in particolare alla stabilizzazione nella dirigenza dei ricercatori degli Irccs e degli IZS, in tale ambito rapportandosi con il Ministero della salute e con le Regioni per gli aspetti contrattuali.

Altrettanto impegno sarà posto nella ricerca della ricollocazione contrattuale nella dirigenza sanitaria dei colleghi sotto inquadri e dipendenti dalle Agenzie della Prevenzione Ambientale, con le quali è stato avviato un confronto a partire dalla sede contrattuale. La questione della tutela del corretto inquadramento contrattuale delle figure afferenti alla dirigenza sanitaria vede altresì già impegnata l'Anaao in specifiche vertenze nelle regioni, anche in sede giurisdizionale.

“Quello del riconoscimento pieno del ruolo strategico per il sistema sanitario delle categorie della dirigenza sanitaria è il postulato intorno al quale si sviluppa l'azione sindacale dell'Associazione – ha affermato Spanò – e continueremo a batterci finché la politica non riconoscerà appieno il nostro ruolo soprattutto a fronte dei grandi passi avanti della medicina ottenuti dall'avanzamento tecnico scientifico di cui le nostre categorie sono vettori indiscussi”. “Ci attendiamo – ha concluso Spanò – che il nuovo Governo si mostri capace di rispondere anche ai nostri bisogni, a fronte delle esigenze di sviluppo dell'SSN, comprendendo la funzione ed il valore del nostro apporto”.

Non è omissione di atti d'ufficio il comportamento del medico che interrompe l'intervento perché manca il secondo chirurgo

Cassazione Penale

VI Sezione

Sentenza n. 24952/2018

La Corte di Cassazione ha assolto un medico accusato in primo grado del reato previsto dall'articolo 328 del codice penale (omissione di atti d'ufficio) "perché il fatto non sussiste", ritenendo legittimo il rifiuto del medico a proseguire un'operazione in assenza del secondo chirurgo su una paziente con problemi di obesità e cuore e col rischio che svanissero prima della conclusione dell'intervento gli effetti necessari dell'anestesia. La pronuncia di merito, in particolare, addebitava al ricorrente l'impazienza nell'attesa del secondo operatore, affermando come egli avesse dato illecita prevalenza alle sue doglianze piuttosto che alle esigenze di salute della paziente, costretta a subire i disagi di un successivo intervento.

Secondo la Cassazione, la Corte d'Appello, ha omesso di considerare che tra le ragioni del rifiuto di proseguire l'intervento, vi era l'esigenza della paziente, primaria ed assolutamente cogente, di essere operata in condizioni di sicurezza. Inoltre non vale ad accusare il medico ricorrente, la considerazione circa l'indifferibilità dell'intervento chirurgico rifiutato, essendo stata riscontrata l'incontestata natura elettiva e dunque la non urgenza. Una indifferibilità, conclude la Corte Suprema, che di certo non si giustifica con il disagio del paziente per il successivo intervento.

L'urgenza esclude l'obbligo del consenso informato

Cassazione Penale

IV Sezione

Sentenza n. 31628

In caso di intervento terapeutico di urgenza, non è sempre d'obbligo ottenere il consenso informato. Questo quanto deciso dalla Corte di Cassazione con sentenza n. 31628. Secondo gli Ermellini, infatti, a fronte di una situazione di pericolo per l'integrità fisica del paziente, il medico ha l'obbligo di procedere alle cure necessarie, predisponendo i presidi e i trattamenti per prevenire conseguenze pregiudizievoli. Salvare la vita di un paziente è pertanto interesse prevalente su tutto il resto, ivi compreso l'acquisizione del consenso informato, soprattutto nell'ipotesi in cui il malato non è in grado di esprimerlo. Sul punto si erano già espresse le Sezioni Unite - sentenza n. 2437/2008 -, chiarendo che "non integra il reato di lesioni personali, né quello di violenza privata la condotta del medico che sottoponga il paziente ad un trattamento terapeutico in relazione al quale non sia stato pre-

stato il consenso informato, nel caso in cui questo, eseguito nel rispetto dei protocolli e delle *leges artis*, si sia concluso con esito fausto, essendo da esso derivato un apprezzabile miglioramento delle condizioni di salute del paziente, in riferimento anche alle eventuali alternative ipotizzabili e senza che vi fossero indicazioni contrarie da parte dello stesso". Tra l'altro nel caso di specie si trattava di una situazione di emergenza in cui la paziente, per la patologia psichiatrica e per la contingenza emotiva del momento, non era in condizione di esprimere alcun consenso. Pertanto di fronte ad una situazione di pericolo per l'integrità fisica del paziente, il medico, titolare di una posizione di garanzia rispetto allo stesso, ha l'obbligo di procedere alle cure necessarie, predisponendo i presidi e i trattamenti atti a prevenire conseguenze pregiudizievoli o, addirittura, letali.

Per lo specialista radiologo l'indennità è automatica.

Corte di Cassazione

Sezione Lavoro

Ordinanza n. 14836/2018

L'indennità di rischio da radiazioni, prevista dall'art. 1 della legge n. 460/1988, spetta in maniera automatica e nella misura più elevata, unitamente alle connesse provvidenze del congedo biologico, della sorveglianza dosimetrica e delle visite periodiche di controllo, al personale medico e tecnico di radiologia per il quale sussiste una presunzione assoluta di esposizione a rischio, inerente alle mansioni naturalmente connesse alla qualifica rivestita; al contrario, ricade sui lavoratori che non appartengano al settore radiologico e ne domandino l'attribuzione, l'onere di dimostrare l'esposizione non occasionale, né temporanea, a rischio analogo, in base ai criteri tecnici dettati dal d.lgs. n. 230/1995.

Responsabilità medica: le conseguenze dell'omessa informazione

Cassazione Civile

III Sezione

Sentenza n. 15749/2018

L'esecuzione a opera d'arte di un intervento medico-chirurgico che non abbia prodotto i risultati sperati può essere fonte di responsabilità per il sanitario. Infatti se il paziente non ha ricevuto un'adeguata informazione circa i possibili effetti pregiudizievoli non imprevedibili dell'intervento e riesce a dimostrare che, se fosse stato informato, avrebbe rifiutato di sottoporsi, il medico deve risarcire il danno alla salute. L'argomento è stato oggetto dell'ordinanza n. 15749/2018 che peraltro ha precisato che la prova del verosimile rifiuto può essere data anche tramite presunzioni. Secondo gli Ermellini la violazione del dovere di informare il pazien-

te può determinare due diverse tipologie di danno: il danno alla salute e il danno da lesione del diritto all'autodeterminazione. In particolare l'omessa o insufficiente informazione in relazione a un intervento che ha cagionato un danno alla salute a causa della condotta colposa del medico può dar luogo alle seguenti fattispecie: se il paziente avrebbe comunque deciso di sottoporsi all'intervento alle medesime condizioni, il risarcimento è limitato al solo danno alla salute, nella sua duplice componente morale e relazionale; se, invece, il paziente avrebbe scelto di non sottoporsi all'intervento, il risarcimento si estende anche al danno da lesione del diritto all'autodeterminazione del paziente.

Non condannabile il medico che non può eseguire una diagnosi certa durante la visita domiciliare

Cassazione Civile

IV Sezione Penale

Sentenza n. 29083/2018

Assolto dalla Cassazione un medico condannato dalla Corte d'Appello per aver omesso, dopo aver visitato il paziente, di adottare le tecniche diagnostiche necessarie a individuare la patologia in atto che aveva successivamente condotto a morte il paziente. Infatti non si dava alcuna spiegazione sulla effettiva possibilità per il medico, nel corso della visita domiciliare, di poter effettuare ragionevolmente una diagnosi differenziale che gli consentisse di valutare la necessità di prescrivere antibiotici contro una infezione batterica in atto. La Cassazione sottolinea altresì che per riformare una sentenza assolutoria è necessaria una "motivazione rafforzata". Gli Ermellini infatti richiamano il consolidato principio secondo cui la decisione del giudice di appello, che "comporti totalmente riforma della sentenza di primo grado impone la dimostrazione dell'incompletezza o della non correttezza ovvero dell'incoerenza delle relative argomentazioni, con rigorosa e penetrante analisi critica seguita da completa e convincente dimostrazione che, sovrapponendosi in toto a quella del primo giudice, dia ragione delle scelte operate e del privilegio accordato ad elementi di prova diversi o diversamente valutati". In breve, si richiama il giudice di secondo grado ad un più intenso obbligo di diligenza, sia nel caso di pronuncia di condanna in seguito ad assoluzione pronunciata dal primo giudice, sia nel caso di pronuncia di assoluzione a seguito di precedente sentenza di condanna. Nel caso di specie, il tribunale aveva motivato e concluso ampliamente che, all'atto della visita, il medico non aveva potuto avere contezza né della febbre, né di problemi respiratori o urinari della paziente, ma solo dei dolori lombari e per questo motivo a giudizio del primo giudice l'imputato non era stato messo nelle condizioni di poter effettuare una diagnosi differenziale adeguata.

Il testo delle sentenze è disponibile su www.anaao.it

stretto come è nella logica dell'appiattimento dentro un unico impianto legislativo. È ora di rimettere in campo una piattaforma organica professionale che assuma l'obiettivo di restituire valore, anche economico, al lavoro professionale e veda nella sicurezza delle cure un obbligo deontologico, figlio del *primum non nocere* ippocratico, e nelle condizioni di esercizio della professione, anche logistiche, un elemento di dignità professionale. L'intreccio tra questioni più tipicamente sindacali e quelle più tipicamente ordinistiche deve assicurare che il rilancio della sanità pubblica si coniughi con la rivendicazione di ruoli e funzioni dei medici, quali garanti del diritto alla salute individuale e collettivo. Che non accettano più di essere marginalizzati dai processi decisionali e sono pronti al cambiamento per esigere altri cambiamenti, in un esercizio di leadership come senso di responsabilità etica ed insieme rivendicazione di un ruolo sociale, prima che politico. Il 4 marzo è finito non un equilibrio di governo ma un sistema. Una apocalisse culturale si è scaricata nelle urne elettorali. È nato un nuovo Governo che attendiamo alla prova di fatti coerenti con le promesse in tema di garanzia dell'universalismo delle cure e di investimenti sul servizio sanitario pubblico e sui suoi professionisti. Senza pregiudizi ma senza sconti, pronti al dialogo costruttivo. È tempo che la politica decida se la salute dei cittadini è ancora un diritto costituzionale, da tutelarsi attraverso un'idea ed una azione progettuale e non abbattendo le condizioni professionali ed economiche dei lavoratori. Ed espliciti il modello di sanità che persegue per salvaguardare sia il diritto alla salute dei cittadini sia il lavoro, che del Ssn è valore fondante, diritto a difesa di altri diritti, potente leva di cambiamento. L'Anaa Assomed ritiene necessario un pensiero riformatore del sistema salute che coniughi soluzioni organizzative di cambiamento dei modelli, compresi quello del lavoro e delle professioni, con la declaratoria dei nostri ruoli e delle nostre funzioni. Per invertire le curve di caduta del consenso sociale e della contestuale crescita dei costi, i Medici ed i dirigenti sanitari, possono garantire una idea altra di sostenibilità del servizio sanitario, che poggi sulla valorizzazione, sulla autonomia e sulla responsabilità delle professioni contro la manipolazione strutturale delle architetture e dell'impianto della sanità, assicurando appropriatezza clinica, qualità della prestazione e contenimento dei costi. Il governo di questo cambiamento, però, spetta a loro, rilanciando la cultura del tempo clinico, tempo di relazione e tempo di cura, e riscoprendo il valore dell'atto professionale.

Nei rapporti con l'Ordine professio-

nale occorre adoperarsi affinché "la cultura ordinistica" diventi patrimonio comune, superando posizioni denigratorie ancora presenti. Ed essere pienamente consapevoli dell'intreccio tra questioni professionali e questioni contrattuali, della relazione tra deprofessionalizzazione e decapitalizzazione, del rapporto tra crisi professionale e crisi della rappresentanza del mondo del lavoro. È necessario, anche ai fini sindacali, rilanciare il ruolo degli Ordini professionali, che debbono acquisire il più alto livello di credibilità e affidabilità, in modo da rappresentare sicuro riferimento per i medici. Oggi il Sindacato si vede raggiunto dall'onda lunga della crisi di consenso e di fiducia verso le istituzioni, costretto a ridefinire e reinventare la sua capacità di rappresentanza se vuole evitare la eclissi del tempo di mezzo. Ripartendo dal coraggio di rifiutare la riduzione dei rapporti di lavoro a questione privata, guerra personale da condurre in solitudine contro il potere, per includere, condividere, unire. Oggi più che mai è necessario un sindacato di cambiamento o un cambiamento del sindacato. Nei nuovi scenari la crisi di identità della professione e la estrema frammentazione della sua rappresentanza costituiscono fattori strutturali di debolezza, che non dobbiamo accettare con fatalismo. Non basta più la volontà di fuggire dalla coazione a ripetere conflitti orizzontali ma serve, soprattutto nel mondo della dipendenza, una ristrutturazione della offerta sindacale che risponda alla esigenza di costruire un modello strutturato di rappresentanza unitario, nella attesa di mettere in campo un nuovo soggetto sindacale, che superi le scorie e le sigle del novecento in un polo attrattivo forte e maggioritario. Senza mortificare legittimi orgogli di storie e culture associative differenti, ma con la straordinaria responsabilità di mettere quelle diversità al servizio di una visione comune della professione, per legittimare e rafforzare il prestigio del suo ruolo sociale, civile e politico. Il Congresso Nazionale impegna l'Associazione a farsi carico di un sistema sanitario pubblico e nazionale, provando, ancora una volta, a tenere insieme legittimi interessi delle categorie e diritti dei cittadini. Tocca a noi caricarci sulle spalle anche questa responsabilità. Ecco, dunque, l'impegno da assumere insieme con tutti i medici e dirigenti sanitari, e le loro rappresentanze sindacali e professionali, per un Sistema Sanitario (ri) progettato per il futuro, restituire ai medici ed ai dirigenti sanitari una sanità liberata dalla supremazia della logica finanziaria ed economica e dalla invadenza della politica. Occorre coraggio e perseveranza e soprattutto una visione in fondo alla quale ci sia l'anima ed il senso dell'essere sindacato.

“
Restituire ai medici ed ai dirigenti sanitari una sanità liberata dalla supremazia della logica finanziaria ed economica e dalla invadenza della politica

L'incremento delle borse di studio degli specializzandi potrebbe essere una soluzione?

Siamo anche d'accordo sulla proposta avanzata dalle Regioni in merito alla possibilità di prevedere un secondo percorso formativo gestito dalle Regioni nella propria rete ospedaliera e territoriale. Con alcune condizioni: gli specializzandi devono essere aggiuntivi rispetto alle attuali dotazioni organiche, devono essere assunti con un contratto di formazione/lavoro a tempo determinato e tale contratto deve essere inquadrato in quello della Dirigenza sanitaria. È da sottolineare comunque che questi nuovi specialisti saranno disponibili solo dopo il 2023/2024 se si iniziasse dal prossimo con la nuova metodologia. Nei prossimi 5 anni cosa facciamo? Ci vogliono risposte eccezionali. Verosimilmente bisognerebbe pensare alla possibilità che ai concorsi per assunzioni a tempo indeterminato partecipino anche gli specializzandi dell'ultimo anno. In questo modo la platea degli assunti si allargherebbe, magari si riuscirebbe anche a coprire zone dove i concorsi vanno deserti perché sono decentrate e poco appetibili. Non possiamo pensare ad assunzioni di specialisti provenienti da altri paesi: difficilmente verranno da noi considerando che abbiamo stipendi più bassi e possibilità di carriera professionale molto limitata rispetto ad altre mete.

Liste di attesa, si punta il dito verso l'intramoenia. E così?

L'intramoenia è uno strumento straordinario di flessibilità organizzativa se ben gestito. Vale attualmente 1 miliardo e 150 milioni di euro di incassi, di questi 200 milioni vanno alle aziende e 400 mln in Irpef introitata dallo Stato. Esiste un Decreto legislativo del '98 che prevede la possibilità per i cittadini, nel caso le attese superino i 30 giorni, di accedere alla libera professione intramuraria pagando il solo ticket mentre la differenza viene compensata dall'azienda di provenienza del paziente. La Regione Toscana si sta muovendo su questa linea che indubbiamente presenta molti vantaggi: valorizza i professionisti che lavorano nel sistema, permette la presa in carico del paziente nell'intero percorso diagnostico e terapeutico, garantisce prestazioni di qualità ed appropriate perché effettuate dal Ssn, senza dimenticare il pieno utilizzo delle strutture e delle tecnologie con costi che sono marginali. Siamo perfettamente consapevoli che i cittadini considerino le liste di attesa come un diritto alla salute negato. La soluzione non sta nella eliminazione della libera professione intramoenia, ma nella individuazione delle vere cause delle attese cercando delle risposte condivise e percorribili.



FONDAZIONE PIETRO PACI

LA FORMAZIONE AL TOP!

WWW.FONDAZIONEPIETROPACI.COM

*IL SITO NUMERO 1
PER CREDITI ONLINE*

4.300
PROFESSIONISTI
FORMATI

76
CORSI
EROGATI

230
CREDITI
ONLINE



Servizi Anaaao Assomed

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



06 4245741

lunedì mercoledì venerdì



spedisci il tuo quesito a
servizi@anaao.it