

quotidianosanita.it

Venerdì 22 SETTEMBRE 2017

Montemurro: “Sicurezza per pazienti ed operatori, e modelli organizzativi che garantiscano la meritocrazia”. Il monito dalla Conferenza Anaaio Giovani

Questo il messaggio che da Bologna, dove è in corso la 3° Conferenza Anaaio Giovani, lancia il responsabile nazionale Settore Giovani dei medici ospedalieri. Nel corso della due giorni si affronteranno numerose tematiche quali: sindacato 2.0, sanità privata e pubblica, medical leadership, responsabilità professionale, lavoro e famiglia, nuovo ruolo per il medico

“Non si tratta di fare un mero bilancio, quanto piuttosto di toccare alcuni punti che riguardano la sanità a 360 gradi e che meritano un approfondimento da parte dei giovani”. Con queste parole **Domenico Montemurro**, responsabile nazionale Settore Anaaio Giovani, spiega il senso di questa due giorni che ha sul tavolo una serie di approfondimenti su tematiche sanitarie, certamente, ma coniugate per le esigenze delle nuove generazioni.

I medici ospedalieri dell’Anaaio si trovano dunque a Bologna, dove è in corso la 3° Conferenza a loro dedicata, per discutere di **organizzazione sanitaria e carriere**. “Cioè se un medico – spiega Montemurro –, una volta entrato nel Ssn può o non può fare carriera, se la sua carriera sarà appiattita o con i nuovi modelli organizzativi sanitari potrà invece aprirsi ad uno scenario diverso? O ancora con le nuove norme sull’orario di lavoro sarà possibile assumere nuovi ragazzi o il governo tenterà di chiedere delle ulteriori deroghe?”.

Questo è certamente un argomento caldo come la **formazione medica**, “perché un medico che adesso non riesce ad entrare nelle scuole di specialità – aggiunge Montemurro - è un medico che non ha sbocchi lavorativi e quindi si parla di imbuto formativo per cui a fronte di 15mila concorrenti abilitati ci troviamo di fronte a 6mila contratti di specialità. Chi resta fuori e non sa cosa fare. Ed è evidente che qui occorre intervenire perché questa chiaramente è la genesi del precariato”.

Spazio anche alla **medical leadership**. Cosa vuol dire? “Vuol dire – risponde il segretario di Anaaio Giovani – che dobbiamo capire se come cambia la sanità può anche cambiare il modo di fare sindacato. E quindi non più un sindacato che utilizza i vecchi schemi, ma semplicemente che è più flessibile perché i mutamenti dell’organizzazione sanitaria lo impongono”.

Famiglia e lavoro è un altro argomento sul tavolo perché “ricordiamo che il 70-80% della componente medica è donna e se è vero che si parla tanto di conciliazione tra famiglia e lavoro, è altrettanto vero che questa ad oggi non è facile da realizzare. Se una donna ad un certo punto vuole fare dei figli si trova di fronte ad un bivio”.

Si parla anche di sindacato 2.0, ovvero di organizzazione e di carriere e “della staffetta generazionale intesa come il giovane medico che entrerà, si spera, nel Ssn e delle sue possibilità di avere una pensione”.

Altra materia sotto la lente è il rapporto, il mix, tra **sanità pubblica e sanità privata**. “La domanda che

ci si pone – spiega Montemurro – è: esiste una sanità privata buona, in grado di aiutare il Ssn e quindi anche i giovani incentivandoli ad entrare nel pubblico sapendo che c'è una parte del privato che li può incentivare economicamente?”

Infine spazio anche alla **Responsabilità professionale**, la nuova legge, per ragionare sul possibile impatto che questa può avere sul lavoro, in corsia, sul mondo assicurativo e sui procedimenti giudiziari.

Da Bologna Anaaio Giovani vuole mandare un messaggio ai decisori, alla politica e il messaggio, spiega Domenico Montemurro è: “Sicurezza delle cure, modelli organizzativi che contemplino delle risorse umane che possano garantire questa sicurezza, sia ai pazienti che agli operatori sanitari e una carriera professionale meritocratica. C'è poi bisogno di un cambio della materia della specialistica che non può più avvenire solo nelle Università ma deve anche essere all'interno degli ospedali di rete”.

Come si attraggono i giovani medici, **il sindacato ha ancora appeal per le nuove generazioni?** “Attualmente l'appeal – ci dice Montemurro – è molto basso. Per una serie di motivi: il primo è l'estrema precarizzazione del lavoro. Infatti, il sindacato attrae quando il medico è già all'interno del Ssn. Poi dobbiamo considerare che del sindacato si è sempre avuto un concetto elitario un po' di nicchia. Cosa questa che deve assolutamente cambiare, il sindacato deve sempre più aprirsi ai giovani perché la classe medica è sempre più vecchia e non riesce a pescare tra i giovani perché c'è un imbuto nella assunzioni. Obiettivo dell'Anaaio non è aspettare che il giovane arrivi all'interno del sistema, ma intercettarlo prima, spiegandogli cos'è il Ssn e mostrargli quali sono i suoi problemi”.

quotidianosanita.it

Venerdì 22 SETTEMBRE 2017

Sindacato 2.0, organizzazioni e carriere. La tavola rotonda

Andrea Rossi, responsabile settore AG Regione Veneto, moderatore nella prima tavola rotonda: Sindacato 2.0 – organizzazioni e carriere

"Ci serve una bussola che può derivare o dal nuovo contratto nazionale, sul quale stiamo lavorando, oppure dalle battaglie che stiamo conducendo per la concertazione a livello regionale per non lasciare alle aziende la contrattazione aziendale decentrata, la discussione di argomenti fondamentali, in particolare la progressione di carriera, e ancora i contingenti minimi e strutturali di personale all'interno delle singole unità operative.

Il sindacato sta cambiando pelle. Credo che nell'ambito dei sindacati italiani Anaa sia veramente un esempio unico. Aver sviluppato un settore dedicato ai giovani ha creato da una parte, un brand attrattivo. Chi ha usato questo brand nella maniera migliore è riuscito a mantenere un buon numero di iscritti. L'altra utilità di Anaa è quella di avvicinare in maniera accattivante i più giovani tra noi alle competenze necessarie per fare sindacato.

Il sindacato storicamente si è occupato di chi è dentro il sistema, di chi ha un contratto. Ma già da alcuni anni grazie alla lungimiranza del nostro segretario, **Costantino Troise**, è possibile iscriversi anche da precari, da specializzandi. Questo perché essendo quella del precariato una fetta importante dei medici è giusto che questi abbiano una degna rappresentazione".

Carlo Palermo, Vice Segretario Nazionale Vicario Anaa Assomed, discussant nella prima tavola rotonda: Sindacato 2.0 – organizzazioni e carriere

"La questione delle dotazioni organiche oggi, va letta assolutamente rispetto alle condizioni di disagio che i dirigenti vivono nelle singole strutture. Noi veniamo da una condizione di attacco alla sostenibilità del Ssn. Dal 2009 al 2015, è possibile verificare che ci sono 9mila medici in meno e circa 42mila infermieri in meno. Quando si dice che lo Stato prende la sanità come bancomat si intende sostanzialmente questo. Le condizioni di lavoro sono in netto peggioramento, il disagio è elevatissimo e non si riesce nemmeno ad implementare tutta la problematica dell'orario di lavoro. A fronte di norme Ue che richiedevano un incremento della dotazione organica di circa 6mila medici in più, ne abbiamo 9mila in meno. Questo significa che il personale non fa ferie, né riposi, ha difficoltà nella vita sociale, nella vita familiare e quando arriva a fine carriera scappa. E così perdiamo le forze migliori e abbiamo un calo nella capacità di risposta del sistema. Parlare di dotazioni organiche, dei professionisti che devono affrontare l'erogazione delle cure, è fondamentale. Abbiamo bisogno di invertire la tendenza, è arrivato il momento di fare un investimento economico nel sistema su queste problematiche. Facendo una connessione possiamo dire che il problema è drammatico perché il sistema della formazione è totalmente fallito. Per i prossimi anni non avremo i medici necessari per la sostituzione. Se non interveniamo ora, e lo diciamo dal 2011, il sistema crollerà. Le regioni, che hanno responsabilità organizzativa, se non fanno un investimento ora, quando lo faranno?"

quotidiano**sanità**.it

Venerdì 22 SETTEMBRE 2017

Sanità privata e pubblica: quale mix? La tavola rotonda

Simona Bonaccorso, responsabile sanità AG Regione Sicilia, moderatore seconda tavola Sanità privata e pubblica: quale mix?

Il mix tra le due sanità è sempre esistito, non è pericoloso e può essere utile nella misura in cui viene inteso come Sistema pubblico efficiente, motivato con delle logiche di governo che premiano e che danno la possibilità ai sanitari di essere premiati portando avanti la meritocrazia. Nel privato è invece necessario puntare nell'aspetto imprenditoriale perché ci serve per sostenere il pubblico. Il mix non è negativo, ma deve essere inteso come "no profit professionale" dove non ci siano tagli lineari, laddove i tagli non garantiscono la qualità e le prestazioni ai pazienti.

È vero, attualmente il sistema pubblico è limitato è sofferente rispetto al passato e di questo si avvantaggia il privato sia in termini di prestazioni che di tempistiche nell'offerta. Il pubblico però può essere rilanciato con la giusta programmazione e organizzazione.

Di fronte a questo scenario che abbiamo oggi da un punto di vista sociale si dovrebbe investire sulla possibilità di regolazione e programmazione del sistema che promuove logiche di governo premiali. Ovvero logiche che possano valorizzare la performance e, come dicevo prima, la meritocrazia così da aver un sistema sanitario pubblico motivato ed efficiente accanto ad un privato imprenditoriale. Ciò realizzerebbe un mix "no profit" contro logiche di risparmio che non sono in grado di garantire la qualità delle prestazioni sanitarie.

Fabio Florianello, presidente consiglio nazionale Anao Assomed, relatore nella seconda tavola Sanità privata e pubblica: quale mix?

Obiettivo della tavola rotonda non è tanto trovare soluzioni ma fare una fotografia dell'attuale situazione italiana. Il punto di partenza è che il cittadino, attraverso la fiscalità generale, eroga 1893 euro all'anno, a cui aggiunge di tasca propria 580 euro. Quindi in totale tira fuori più di 2mila euro l'anno. In questa situazione non c'è ancora un secondo pilastro organizzato in cui andare ad immettere questi 580 euro. Secondo alcuni se mettiamo questa cifra dentro il Fsn abbiamo risolto i problemi; qualcun altro invece sostiene che anche se mettiamo questa cifra nel Fsn il problema non lo risolviamo.

La questione dunque si pone in termini di soluzione. Se guardiamo l'Europa, in particolare Francia e Germania, vediamo come questi hanno strutturato meglio il secondo pilastro. La Francia, con polizze collettive e obbligatorie; la Germania con polizze semi-volontarie. Quindi la domanda resta: questi soldi che il cittadino eroga li mettiamo in Fondi sanitari, in assicurazioni oppure li lasciamo così? Io la risposta non ce l'ho. Anche perché siamo in un momento in cui non si è dato una funzione precisa al privato. Il privato però c'è, non lo possiamo ignorare ma dobbiamo capire cosa fare. Lasciare il mercato al far west alla lunga diventa ingestibile.

Il secondo pilastro è una realtà ma non è organizzata. Credo che a partire dagli addetti ai lavori, dal cittadino, dal territorio deve nascere la proposta da portare alla politica.

quotidianosanita.it

Sabato 23 SETTEMBRE 2017

Medical leadership e taskshifting. La tavola rotonda

Terza tavola rotonda Medical Leadership, Enrico Reginato relatore su Medical leadership e taskshifting. Può la delega ad altre figure professionali rinforzare il ruolo del medico come team leader?

“Il problema è la qualità dell’assistenza non la qualità delle casse dell’Asl”.

La cosa che vorrei fosse evitata, parlando di compiti che attualmente sono del medico e che vengono affidati ad altre figure professionali, è che il fenomeno si sviluppasse non per migliorare il livello dell’assistenza, ma per sostituire i medici con altre professionalità perché queste costano meno. Noi in sanità assistiamo a fenomeni che per risparmiare tendono a tagliare il costo del personale che in ospedale vale tra il 60 e il 65%. Quando si blocca il turn over dei medici che rappresentano il 10% del personale ecco che ho già ottenuto una bella quota di risparmio. La qualità dell’assistenza poi è altra cosa, naturalmente. Se il passare al taskshifting è semplicemente per risparmiare soldi o per accontentare alcune figure professionali che vogliono giustamente, dal loro punto di vista, un ruolo maggiore in sanità, il discorso non è accettabile. Perché il problema è la qualità dell’assistenza non la qualità delle casse dell’Asl. Altra cosa è il taskshifting che alleggerisce il medico da tutta una serie di attività burocratiche che sono tipicamente segretariali.

Questo sarebbe uno dei taskshifting da fare perché il medico lavora mal volentieri con questi carichi burocratici e il risvolto della medaglia è che un medico che lavora male è possibile che faccia maggiori errori. Errori che poi finiscono in Tribunale e che le Asl pagano. Quindi quello che si pensa di risparmiare con il taglio del personale si rischia di pagarlo in risarcimenti. Quindi da un punto di vista sociale è assolutamente aberrante. Da un punto di vista economico, che pare sia l’unica a interessare i direttori della Aziende, gli assessori alla sanità e i ministri di turno, alla fine lo ripagano in altro modo.

quotidianosanita.it

Sabato 23 SETTEMBRE 2017

Medical Leadership. La tavola rotonda

Pierino di Silverio, componente direttivo nazionale settore Anaa giovani moderatore terza tavola rotonda: Medical Leadership

La tavola rotonda è stata interessante in virtù di un confronto acceso tra la situazione europea e quella italiana e dal quale è emerso che in Italia siamo in una fase di costruzione di quella che è la medical leadership. L'elemento di maggiore importanza che venuto fuori è che la medical leadership può e deve confluire con la figura del sindacalista in ambito aziendale. Questo deve realizzarsi sia perché sotto il punto di vista sociologico hanno dei punti in comune il medical leader e il sindacalista; ma soprattutto perché è arrivato il momento di trasformare quella che per anni è stata una attività passiva del medico, meramente clinica chirurgica, in quella che deve essere un'attività proattiva. Insomma il medico deve diventare l'attore principale della vita ospedaliera.

quotidianosanita.it

Sabato 23 SETTEMBRE 2017

La nuova legge sulla responsabilità professionale medica. La tavola rotonda

Quarta tavola rotonda. La nuova legge sulla responsabilità professionale medica. Quale impatto sul lavoro in corsia, sul mondo assicurativo e sui procedimenti giudiziari?

Francesco Pennacchio, responsabile settore AG regione Campania moderatore.

Il tema affrontato è spinoso per la professione medica. È vero che con la legge Gelli, migliora la situazione del medico perché al di là della cola grave, già prevista nelle normative precedenti, permette di lavorare con una maggiore serenità perché c'è la struttura che si assume la presa in carico assicurativa dei contenziosi. La difficoltà adesso sarà quella di capire bene come funzionerà per tutte le forme contrattuali dei medici perché al di là dei dipendenti, ci sono i precari, gli specialisti ambulatoriali, i professionisti a partita Iva, per i quali la legge non specifica bene cosa spetta a loro e cosa alla struttura. Dei margini per lavorare ci sono e noi ci impegneremo, tra Anaaio giovani e Anaaio senior, di dare risposte a queste domande.

Gabriele Gallone, esecutivo nazionale Anaaio Assomed- presidente FPP relatore.

La nuova legge sulla responsabilità professionale medica ha il grosso merito di aver chiarito che da un punto di vista civile esiste una norma sulla quale non si può più discutere, la responsabilità extracontrattuale, mentre dal punto di vista penale il medico deve preoccuparsi delle conseguenze civili, con tutto ciò che questo comporta. Dal punto di vista penale non vedo quei grossi cambiamenti che in realtà sono stati dichiarati subito dopo l'approvazione della legge

Entrando nello specifico, ciò di cui mi occupo è l'articolo 6, relativo alla modifica del codice penale, per il quale in caso di imperizia la colpa è esclusa se si seguono le linee guida. Questa modifica ha però già suscitato problematiche a livello giuridico, giudizio di legittimità da parte della Cassazione. Alcuni giudici si sono chiesti come fa un medico a non essere colpevole se segue le linee guida considerato che è imperito? Questa problematica non è molto rilevante dal punto di vista giuridico per i sanitari, più importante invece la modifica a livello legislativo che è stata fatta sulla responsabilità civile o sulle norme che riguardano la rivalsa e l'assicurazione piuttosto che dell'ambito penale. Credo che in questo ambito non abbiamo risolto molto con l'inserimento di questo articolo 6. Anzi forse si potrebbero avere dei problemi maggiori. Per me il sanitario più che preoccuparsi della modifica del codice penale, dovrebbe preoccuparsi invece di seguire pedissequamente le regole cautelari per evitare di avere delle conseguenze medico-legali. Dal mio parere è molto più rilevante che si sia passato ad una responsabilità civile di tipo extracontrattuale con una prescrizione più breve, e con un onere della prova che ricade su chi invece ha subito un presunto danno. Importante anche è l'obbligo di assicurazione ma attenzione al tipo di assicurazione che si va a fare. Perché il rischio maggiore a cui il sanitario va incontro è la rivalsa da parte della Corte dei Conti.

quotidiano**sanità**.it

Sabato 23 SETTEMBRE 2017

Lavoro e famiglia. La tavola rotonda

Eleonora Albanese, Componente esecutivo nazionale Anaa Assomed moderatore tavola rotonda
Tra le tematiche che sono state affrontate in questa terza conferenza Anaa Giovani interessante è vedere il punto di vista femminile in un mondo, quello della sanità, dove la nostra presenza è in crescita. Tematiche quindi di genere quelle di cui si è discusso, in particolare quali possono essere le risposte delle istituzioni delle amministrazioni ad una società che cambia continuamente per rispondere in maniera adeguata, attenta a questi cambiamenti per consentire di conciliare i tempi di lavoro con i tempi della famiglia, e quindi particolare riferimento alla donne.
Le relazioni hanno toccato i temi quali la maternità, gli asili nido aziendali, il part time e la formazione nelle politiche di genere. Temi molto attuali che ci consentono ulteriori spunti di riflessione.

Sandra Morano, ginecologa, ricercatrice Università di Genova

È importante che il maggiore sindacato dei medici cominci a pensare ad uno specifico della presenza femminile nell'ambito della professione da una parte, e del futuro del diritto e delle acquisizioni dei due generi nell'ambito della professione medica dall'altro. A partire della medicina di genere, che ha sancito questa differenza tra donne e uomini nello studio della medicina e nell'esercizio, nella diagnosi, nella terapia, si sta sviluppando questo filone che invece vede degli interrogativi su che cosa differenzi nell'ambito del fare medicina le donne dagli uomini. E se la previsione di un futuro delle cure in via maggioritaria da parte delle donne possa prefigurare scenari differenti per quanto riguarda da una parte il sistema delle cure e dall'altro quello che è il tradizionale modo di fare sindacato da parte della classe medica.

quotidiano**sanità**.it

Sabato 23 SETTEMBRE 2017

Nuovo ruolo per il medico e staffetta generazionale. La tavola rotonda

Sesta tavola rotonda: Un nuovo ruolo per il medico?

Chiara Rivetti, segretaria regionale Anaa Assomed Piemonte, relatore

Un nuovo ruolo per il medico dal mio punto di vista significa che il sindacato si deve fare portavoce delle esperienze del sanitario che lavora in frontiera, che conosce il paziente, l'organizzazione del lavoro e che ha un'esperienza diretta di quale sono i problemi e quali quindi i miglioramenti organizzativi da fare. Di fatto, il sindacato ha anche un ruolo differente che porta le istanze dei medici e fa presente quali possono essere le soluzioni organizzative nuove per migliorare non solo il lavoro del medico, ma anche la qualità delle cure. In questo caso abbiamo diversi esempi di come può essere migliorata l'organizzazione sanitaria prendendo proprio spunto su quali sono i suggerimenti per il medico che lavora in prima linea.

Le nostre istanze vengono rappresentate ai vertici sanitari, aziendali e regionali. Le risposte che abbiamo poi dipendono dalle singole realtà. Nel mio caso, nel torinese, le nostre istanze non sono state molto accolte perché il pronto soccorso continua ad essere una realtà molto pesante. Probabilmente perché il cambiamento che si richiede è piuttosto radicale per cui ha bisogno di tempi più lunghi.

Giorgio Cavallero, vice segretario nazionale Anaa Assomed è intervenuto sul tema della "staffetta generazionale: una soluzione per pensionandi e i giovani medici?"

La staffetta generazionale – ha spiegato Cavallero – è indispensabile non solo per il medico, ma per tutti e le staffette si realizzano in parte favorendo l'uscita anticipata, a tal fine siamo in attesa della circolare Inps sul cumulo che consente l'uscita anticipata dei medici e non solo di loro. Ma siamo anche in attesa di dare applicazione all'Ape volontaria, in tal modo si realizza la staffetta generazionale mediante un'uscita anticipata di chi attualmente è in servizio. Ma la staffetta generazionale si può realizzare anche in altro modo. Per esempio favorendo il part-time di chi è vicino alla pensione questo però richiede modifiche normative: penso alla possibilità di dare più giorni di ferie a chi è più anziano, rimpiazzando l'organico o ancora riducendo l'orario di lavoro dei sanitari più avanti con l'età. È evidente che questo deve favorire l'entrata in servizio dei più giovani. In Europa molte cose sono state fatte, pur avendo un'età pensionabile più bassa, in Italia diventa sempre più urgente affrontare questo problema.

quotidianosanita.it

Sabato 23 SETTEMBRE 2017

Conferenza Anaaio Giovani. Troise: “Modello imitato da altri sindacati”

Le conclusioni delle due giorni bolognese della terza conferenza di Anaaio Giovani affidate al segretario, Costantino Troise, il quale ha ricordato il ruolo di AG nel panorama italiano. Per Domenico Montemurro, segretario di Anaaio Giovani, il sindacato “deve inseguire e governare i mutamenti dell’organizzazione sanitaria”.

“Questa terza conferenza – ha esordito il segretario dell’Anaaio **Costantino Troise** – è l’ultima del mio mandato. Ho trovato questi due giorni di lavori, le tavole rotonde organizzate molto stimolanti e per questo ringrazio tutti i partecipanti, gli ospiti, i discussant. Mantenere una visione giovane è fondamentale per tutti, per Anaaio che ha 60 anni forse lo è ancora di più. Anaaio giovani è in crescita, vanta numerosi tentativi di imitazione all’interno del panorama sindacale italiano”.

Così Troise ha commentato questa due giorni di lavori bolognese per la Conferenza di Anaaio Giovani. Non sono mancati, però, anche elementi di critica: “Quello che manca - ha aggiunto - è l’amalgama tra giovani e meno giovani, non c’è stata fusione tra le due anime. In più, ciò che è rimasto a lato in questa conferenza è il sindacato. Lo si dà per scontato, non si è parlato di cosa sia il sindacato. Ma una sigla rappresentativa vive di iscritti, nel numero di iscritti si basa la sua forza. Questa non è una critica ma una presa d’atto della situazione”.

Domenico Montemurro, segretario Anaaio Giovani, nel tirare le somme di questa conferenza ha rimarcato l’importanza per il sindacato di “diventare smart, con capacità di fare rete, comunicazione, inseguire e governare i mutamenti dell’organizzazione sanitaria”.

“Il ruolo del sindacato - ha proseguito Montemurro - non deve essere solo di presidio dei posti di lavoro ma deve avere anche un ruolo di leadership. I sindacalisti devono farsi parte dei mutamenti”. Poi, il suo parere nel rapporto tra sanità pubblica e privata: “Il confronto non deve essere ideologico, il privato potrebbe fare gli interessi del pubblico, sanità integrativa e non sostitutiva vedendo anche quello che accade in Europa”. Infine la formazione “tra luci e ombre il decreto sull’accreditamento delle scuole di specialità”.