

d!

d!rigenza medica

**7 SPECIALE FABBISOGNO
DI PERSONALE SANITARIO**
In cosa consiste il "metodo
Anaa". L'esperienza
del Veneto

12 Hospital Open Day
per avvicinare gli utenti agli
ospedali, di *Gianfranco Visci*

Il mensile dell'Anaa Assomed

ANAAO ASSOCIAZIONE

La legge in Gazzetta Ufficiale

Responsabilità professionale e sicurezza delle cure

Cosa cambia

Troise:
Un buon
risultato per
la categoria

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
Costantino Troise

Direttore responsabile
Silvia Procaccini

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

Coordinamento redazionale
Ester Maragò

**Progetto grafico
e impaginazione**



Edizioni Health Communication srl
Edizioni e servizi di interesse sanitario

Editore
Edizioni Health Communication
Via Vittore Carpaccio 18
0147 Roma
Tel. 06.59.44.61
Fax 06.59.44.62.28

Stampa
STRpress, Pomezia (Rm)

Registrazione al Tribunale di
Milano n. 182/2002 del
25.3.2002. Sped. in abb. postale
D.L. 353/2003 (conv. in L.
27/02/2004 n. 46) art. 1,
comma 1, dc 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 marzo 2017

Un buon risultato

COSTANTINO TROISE

*Segretario Nazionale
Anaa Assomed*

L'approvazione definitiva del Disegno di legge su sicurezza delle cure e Responsabilità professionale dei Medici e degli esercenti le professioni sanitarie rappresenta una novità di notevole rilievo per il sistema sanitario. E, diciamo subito, un buon risultato, per la categoria e per l'Anaa, che ritrova nel testo, cui non ha fatto mancare un contributo al miglioramento lungo tutto il percorso parlamentare, tanta parte della sua elaborazione poliennale e delle sue iniziative, che hanno visto sempre il tema ai primi posti.

Oggi possiamo, con sano pragmatismo e a dispetto di fascinosi quanto mitici obiettivi, valutare il testo molto positivo. Individuandone i capisaldi in un diverso inquadramento penale della responsabilità medica, con un profilo specifico di reato per distinguere tra un atto medico ed un'aggressione, nella fine della "responsabilità da contatto", invenzione giuridica della corte di Cassazione, attraverso la definizione di diversi profili di responsabilità, extracontrattuale per il medico, con prescrizione a 5 anni e onere della prova a carico di chi denuncia, e contrattuale per la struttura, nel tetto alla rivalsa, come per la magistratura, sia pure vittima transitoria di uno strafalcione di Stato, non si sa quanto frutto di un analfabetismo parlamentare e quanto di una manina freudiana che ha voluto moltiplicare il reddito annuo per il triplo e non per tre.

Dopo 15 anni di produzione legislativa, ed un primo, parziale quanto ingiustamente criticato, tentativo del Ministro Balduzzi, il Parlamento è finalmente riuscito a dare una risposta complessiva al delicato tema della responsabilità professionale, intrinsecamente legato a quello della sicurezza delle cure. Riportando la politica a riempire un vuoto impropriamente occupato in questi anni dai giudici e dalla loro esegesi creativa, non sempre equilibrata.

Certo, avremmo preferito un sistema no fault, sul modello francese e scandinavo, svincolato dalla necessità di provare le responsabilità, ma la farraginosità del processo legislativo insieme con la molteplicità dei portatori di interessi in campo e l'onnipresente vincolo di bilancio, non hanno consentito di cogliere il risultato pieno.

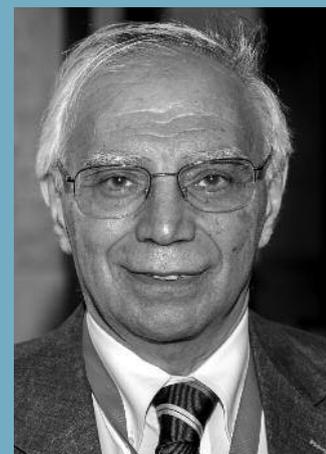
Permangono nel testo criticità ed ambiguità, come del resto in ogni legge che attraversa i gironi infernali di letture multiple e di differenti visioni. E come nei nostri Ccnl, dove pure siamo noi a tenere la penna in mano. E contraddizioni, quali la assenza di risorse da investire sulla sicurezza delle cure. Né vedremo subito, o del tutto, i risparmi favoreggiati della medicina difensiva. O la riduzione dei contenziosi o del numero di procedimenti giudiziari.

Occorre, però, evitare di cadere in quello che è un tratto profondo della cultura politica nazionale, quale l'eccesso di aspettativa nei confronti delle norme di legge. In una intolleranza dei limiti che la realtà impone con il conseguente disfattismo secondo il quale ci sarebbe voluto "ben altro" per risolvere "veramente" il problema. Le leggi si forgiavano nella prassi e nella cultura giuridica, e siamo solo all'inizio del cammino.

Oggi l'atto medico è più fragile rispetto al passato. Lo sviluppo della medicina moderna come scienza biotecnologica, e della sanità come complessa rete di servizi e relazioni interprofessionali, ne hanno profondamente mutato le caratteristiche, compresa la natura dei possibili errori e dei relativi profili di responsabilità. Errori spesso latenti, ove il fattore umano rappresenta l'ultimo anello di una catena di difetti del sistema. Senza dimenticare che i profili di responsabilità professionale si muovono lungo il sentiero angusto delineato dell'intersecarsi del codice deontologico, disciplinare in quanto dipendente, civile e penale. Codici di frequente in conflitto senza che sia chiaro il primato di ciascuno e le relazioni tra di loro.

La legge non basta, ma aiuta. Servono nuovi strumenti culturali per leggere e interpretare una realtà complessa come quella sanitaria, dove non tutti gli eventi avversi sono riconducibili nella categoria dell'errore, esistendo eventi imprevedibili ed imprevedibili. Ed anche la fisiologia.

È interesse di tutti governare un fenomeno che è parte costitutiva dell'obbligo che la Costituzione pone in capo allo Stato di garantire i Lea a tutti i cittadini del Paese, per garantire il diritto alla sicurezza delle cure a cittadini e operatori e recuperare gli elementi fiduciari necessari alla relazione medico-paziente.



La legge in Gazzetta Ufficiale

Responsabilità professionale e sicurezza delle cure

Cosa cambia

Cambiano la responsabilità penale e civile dei medici. Più trasparenza per i pazienti e sicurezza delle strutture

Dopo oltre 15 anni di dibattito parlamentare ed un primo tentativo, con la legge Balduzzi, il grande tema della responsabilità professionale è finalmente entrato il porto: la legge n. 24/2017 sulla "Responsabilità professionale e la sicurezza delle cure", è stata pubblicata in Gazzetta Ufficiale.

Una legge attesa da tempo nata dall'esigenza di dare risposte alla mole del contenzioso medico legale, che ha causato un aumento sostanziale del costo delle assicurazioni per professionisti e strutture sanitarie, e al fenomeno della medicina difensiva che ha prodotto un uso inappropriato delle risorse destinate alla sanità pubblica. Il tutto nell'ottica della ricerca di un nuovo equilibrio nel rapporto medico-paziente che permetta, da una parte ai professionisti di svolgere il loro lavoro con maggiore serenità, grazie alle nuove norme in tema di responsabilità penale e civile, e dall'altra garantendo ai pazienti maggiore trasparenza e la possibilità di essere risarciti in tempi brevi e certi per gli eventuali danni subiti.

Con il nuovo provvedimento, 18 articoli in tutto, cambiano la responsabilità civile e penale per gli esercenti la professione sanitaria, le azioni di rivalsa e si introduce l'obbligo per tutte le strutture pubbliche e private di dotarsi di copertura assicurativa. Non solo, si regola l'attività di gestione del rischio sanitario, prevedendo che tutte le strutture attivino un'adeguata funzione di monitoraggio, prevenzione e gestione del rischio (Risk management), si prevede l'obbligo per le direzioni sanitarie delle strutture di fornire la documentazione sanitaria dei pazienti che ne faranno richiesta entro 7 giorni, e si affidano le linee guida non più solo le Società scientifiche, ma anche enti e istituzioni ed associazioni tecnico-scientifiche delle professioni sanitarie.



Vediamo quali sono i contenuti della legge, articolo per articolo

L'articolo 1 qualifica la sicurezza delle cure come parte costitutiva del diritto alla salute e precisa che essa si realizza anche mediante l'insieme di tutte le attività finalizzate alla prevenzione e gestione del rischio connesso all'erogazione di prestazioni sanitarie e mediante l'utilizzo appropriato delle risorse strutturali, tecnologiche ed organizzative. Le attività di prevenzione del rischio - alle quali concorre tutto il personale - sono messe in atto dalle strutture sanitarie e socio-sanitarie, pubbliche e private.

L'articolo 2 prevede che le Regioni e le province autonome possono affidare all'Ufficio del difensore civico la funzione di Garante del diritto alla salute, disciplinandone la struttura organizzativa ed il supporto tecnico. Il Difensore civico potrà essere adito gratuitamente dai destinatari di prestazioni sanitarie per la segnalazione, anche anonima, di disfunzioni nel sistema dell'assistenza sanitaria e socio-sanitaria. Il difensore acquisisce gli atti e nel caso di fondatezza della segnalazione agisce a tutela del diritto lesso. Viene poi contemplata l'istituzione in ogni Regione, senza nuovi o maggiori oneri per la finanza pubblica, del Centro per la gestione del rischio sanitario e la sicurezza del paziente, che raccoglie i dati regionali sui rischi ed eventi avversi e sul contenzioso e li trasmette annualmente, mediante procedura telematica unificata a livello nazionale all'Osservatorio nazionale delle buone pratiche sulla sicurezza in sanità disciplinato dall'articolo 3.

L'articolo 3 rimette ad un decreto del Ministro della Salute, previa intesa con la Conferenza Stato-Regioni, da emanare entro tre mesi dall'entrata in vigore della legge, l'istituzione presso l'Agenas dell'Osservatorio nazionale delle buone pratiche sulla sicurezza nella sanità. Spetta all'Osservatorio il compito di acquisire dai Centri per la gestione del rischio sanitario i dati regionali relativi ai rischi ed eventi avversi nonché alle caratteristiche del contenzioso e di individuare idonee misure, anche attraverso la predisposizione - con l'ausilio delle società scientifiche e delle associazioni tecnico-scientifiche



tifiche delle professioni sanitarie di cui all'articolo 5 -, di linee di indirizzo, per la prevenzione e gestione del rischio sanitario e il monitoraggio delle buone pratiche per la sicurezza delle cure nonché per la formazione e aggiornamento del personale esercente le professioni sanitarie. L'Osservatorio, nell'esercizio delle sue funzioni, si avvale del Sistema informativo per il monitoraggio degli errori in sanità (Simes).

L'articolo 4 disciplina la trasparenza dei dati, assoggettando all'obbligo di trasparenza le prestazioni sanitarie erogate dalle strutture pubbliche e private nel rispetto della normativa in materia di protezione dei dati personali (D.lgs 196/2003). La direzione sanitaria della struttura entro sette giorni dalla presentazione della richiesta fornisce la documentazione sanitaria disponibile relativa al paziente, in conformità alla disciplina sull'accesso ai documenti amministrativi e a quanto previsto dal Codice in materia di protezione dei dati personali. Le eventuali integrazioni sono fornite entro il termine massimo di trenta giorni dalla presentazione della richiesta ed entro novanta giorni dalla data di entrata in vigore della legge le strutture sanitarie pubbliche e private adeguano i propri regolamenti interni, in attuazione della legge n. 241/1990, alle citate disposizioni sulla trasparenza. Viene infine previsto che le medesime strutture sanitarie pubbliche e private rendono disponibili mediante la pubblicazione sul proprio sito Internet, i dati relativi ai risarcimenti erogati nell'ultimo quinquennio.

L'articolo 5 disciplina le buone pratiche clinico-assistenziali e le raccomandazioni previste dalle linee guida prevedendo che gli esercenti le professioni sanitarie nell'esecuzione delle prestazioni sanitarie con finalità preventive, diagnostiche, terapeutiche, palliative, riabilitative e di medicina legale, si attengono, salve le specificità del caso concreto, alle raccomandazioni previste dalle linee guida pubblicate ai sensi del comma 3 ed elaborate da enti e istituzioni pubblici e privati nonché dalle società scientifiche e dalle associazioni tecnico-scientifiche delle professioni sanitarie iscritte in apposito elenco istituito e disciplinato con decreto del Ministro della salute da emanarsi entro 90 giorni dall'entrata in vigore della legge e da aggiornare con cadenza biennale. In mancanza delle suddette raccomandazioni gli esercenti le professioni sanita-

Si regolamenta l'attività di gestione del rischio sanitario, prevedendo che tutte le strutture attivino un'adeguata funzione di monitoraggio, prevenzione e gestione del rischio



rie si attengono alle buone pratiche clinico-assistenziali. Vengono poi disciplinati alcuni contenuti del decreto ministeriale diretto ad istituire e disciplinare l'elenco degli enti, delle istituzioni, delle società scientifiche e delle associazioni tecnico-scientifiche delle professioni sanitarie che elaborano le raccomandazioni e le linee guida cui si attengono gli esercenti le professioni sanitarie nell'esecuzione delle relative prestazioni. Le linee guida ed i relativi aggiornamenti sono integrati nel Sistema nazionale per le linee guida (Snlg) disciplinato con decreto del Ministro della salute, previa intesa in sede di Conferenza Stato-Regioni, da emanare entro centoventi giorni dalla data di entrata in vigore della legge. L'Istituto superiore di sanità pubblica sul proprio sito Internet gli aggiornamenti e le linee guida indicati dal Snlg previa verifica di conformità della metodologia adottata a standard definiti e resi pubblici dallo stesso Istituto.

L'articolo 6 introduce nel codice penale il nuovo articolo 590-sexies, che disciplina la responsabilità colposa per morte o per lesioni personali in ambito sanitario. Viene previsto che se i fatti di cui agli art. 589 c.p. (omicidio colposo) e art. 590 c.p. (lesioni personali colpose) sono commessi nell'esercizio della professione sanitaria, si applicano le pene ivi previste in caso di condotta negligente o imprudente del medico. Solo se l'evento si sia verificato a causa di imperizia la punibilità è esclusa, purché risultino rispettate le raccomandazioni previste dalle linee guida o, in mancanza di queste, le buone pratiche clinico-assistenziali, sempre che le raccomandazioni previste dalle linee guida risultino adeguate alle specificità del caso concreto. Il comma 2 dell'articolo, infine, abroga, con finalità di coordinamento, il comma 1 dell'articolo 3 della legge 189/2012 (legge Balduzzi) che attualmente disciplina la materia.

Rispetto alla disciplina della legge Balduzzi, le novità introdotte dall'art. 589-sexies c.p. per la responsabilità penale del medico riguardano, in particolare: la mancata distinzione tra gradi della colpa, con la soppressione del riferimento alla colpa lieve; stante l'esclusione dell'illecito penale nel solo caso di imperizia (sempre ove siano rispettate le citate linee guida o le buone pratiche), la punibilità dell'omicidio colposo e delle lesioni colpose causate dal sanitario per negligenza o imprudenza (gli ulteriori elementi del reato colposo previsti dall'art. 43 c.p.), indipendentemente dalla gravità della condotta, quindi anche per negligenza o imprudenza lieve.

L'articolo 7 pone poi alcuni principi relativi alla responsabilità civile della struttura e dell'esercente la professione sanitaria. Si prevede che la struttura sanitaria o sociosanitaria pubblica o privata che nell'adempimento della propria obbligazione si avvalga dell'opera di esercenti la professione sanitaria, anche se scelti dal paziente e anche se non dipendenti dalla struttura, risponde delle loro condotte dolose e colpose ai sensi degli articoli 1218 (Responsabilità del debitore) e 1228 (Responsabilità per fatto degli ausiliari) del codice civile. Tale disposizione si applica anche alle prestazioni sanitarie svolte in regime di libera professione intramuraria ovvero nell'ambito di attività di sperimentazione e di ricerca clinica ovvero in regime di convenzione con il Servizio sanitario nazionale nonché attraverso la telemedicina. In ogni caso l'esercente la professione sanitaria risponde ai sensi dell'articolo 2043 del codice civile, salvo che abbia agito nell'adempimento di obbligazione contrattuale assunta con il paziente. Nella determinazione del risarcimento del danno il giudice tiene conto della condotta dell'esercente la professione sanitaria ai sensi dell'articolo 5 - e quindi del rispetto delle buone pratiche clinico-assistenziali e delle raccomandazioni previste dalle linee guida - e dell'articolo 590-sexies c.p. introdotto dall'articolo 6 del provvedimento.

Viene quindi previsto un regime di doppia responsabilità ci-

vile, qualificato come: responsabilità contrattuale per la struttura - con onere della prova a carico della struttura stessa e termine di prescrizione di dieci anni; responsabilità extra-contrattuale per l'esercente la professione sanitaria (qualora direttamente chiamato in causa) a qualunque titolo operante in una struttura sanitaria e socio-sanitaria pubblica o privata - salvo il caso di obbligazione contrattuale assunta con il paziente - con onere della prova a carico del soggetto che si ritiene lesa e termine di prescrizione di cinque anni.

Quanto alle modalità di risarcimento del danno conseguente all'attività della struttura sanitaria o socio-sanitaria, pubblica o privata, e dell'esercente la professione sanitaria viene prevista la sua liquidazione sulla base delle tabelle di cui agli articoli 138 (Danno biologico per lesioni di non lieve entità) e 139 (Danno biologico per lesioni di lieve entità) del codice delle assicurazioni private (D.lgs n. 209/2005). Il riferimento è alle tabelle uniche nazionali dei valori economici del danno biologico il cui aggiornamento è disposto annualmente con decreto del Mef. Disposizioni qualificate come "norme imperative" ai sensi del codice civile per sancire l'inderogabilità delle disposizioni sulla responsabilità civile per danno sanitario anche ove il contratto tra le parti disponga diversamente. La contrarietà a norme imperative determina l'illiceità di un negozio giuridico.

L'articolo 8 prevede, invece, un meccanismo finalizzato a ridurre il contenzioso per i procedimenti di risarcimento da responsabilità sanitaria mediante un tentativo obbligatorio di conciliazione da espletare da chi intende esercitare in giudizio un'azione risarcitoria. Più in particolare, viene disposta l'applicazione dell'istituto del ricorso (presso il giudice civile competente) per l'espletamento di una consulenza tecnica preventiva ai sensi dell'art. 696-bis Cpc (ricorso che è, di regola, facoltativo) ai fini dell'accertamento e della relativa determinazione dei crediti derivanti dalla mancata o inesatta esecuzione di obbligazioni contrattuali o da fatto illecito. Sono previsti meccanismi procedurali volti a rendere improcedibile la domanda ove non sia stata esperito il tentativo di conciliazione. La domanda diviene, pertanto, procedibile, solo se la conciliazione non riesce o il relativo procedimento non si conclude entro il termine perentorio di sei mesi dal deposito del ricorso. La mancata partecipazione delle parti (comprese le assicurazioni) al procedimento di consulenza tecnica obbliga il giudice a condannarle, con il provvedimento che definisce il giudizio, al pagamento delle spese di consulenza e di lite, a prescindere dall'esito del giudizio, oltre che ad una pena pecuniaria, determinata equitativamente, in favore della parte che è comparsa alla conciliazione.

L'articolo 9 disciplina l'azione di rivalsa o di responsabilità amministrativa della struttura sanitaria nei confronti dell'esercente la professione sanitaria, in caso di dolo o colpa grave di quest'ultimo, successivamente all'avvenuto risarcimento (sulla base di titolo giudiziale o stragiudiziale) ed entro un anno dall'avvenuto pagamento. La decisione pronunciata nel giudizio promosso contro la struttura sanitaria o la compagnia assicuratrice non fa stato nel giudizio di rivalsa se l'esercente la professione sanitaria non è stato parte del giudizio. I commi da 2 a 4 e 6 disciplinano in maniera specifica l'azione di rivalsa, mentre il comma 5, reca norme specifiche per l'azione di responsabilità amministrativa.

In particolare, in caso di accoglimento della domanda di risarcimento proposta dal danneggiato nei confronti della struttura sanitaria o socio-sanitaria pubblica o dell'esercente la professione sanitaria il comma 5 stabilisce che: titolare dell'azione di responsabilità amministrativa, per dolo o colpa grave, è il pubblico ministero presso la Corte dei conti; ai fini



In caso di accoglimento della domanda di risarcimento proposta dal danneggiato nei confronti della struttura sanitaria o socio-sanitaria pubblica o dell'esercente la professione sanitaria si stabilisce che titolare dell'azione di responsabilità amministrativa, per dolo o colpa grave, è il pubblico ministero presso la Corte dei conti

della quantificazione del danno il giudice tiene conto delle situazioni di fatto di particolare difficoltà, anche di natura organizzativa, della struttura sanitaria o socio-sanitaria pubblica, in cui l'esercente la professione sanitaria abbia operato; per l'importo della condanna in base all'azione di responsabilità amministrativa (con esclusione dei casi di dolo) si prevede un limite, per singolo evento, pari al valore maggiore della retribuzione lorda (o del corrispettivo convenzionale) conseguita nell'anno di inizio della condotta causa dell'evento (o nell'anno immediatamente precedente o successivo), non superiore al triplo; tale limite si applica sia all'importo della condanna suddetta sia all'importo dell'azione di surrogazione da parte dell'assicuratore che abbia pagato l'indennità (surrogazione, fino alla concorrenza dell'ammontare della suddetta indennità, nei diritti dell'assicurato verso il terzo responsabile); per i tre anni successivi al passaggio in giudizio della decisione di accoglimento della domanda di risarcimento proposta dal danneggiato, l'esercente la professione sanitaria, nell'ambito delle strutture sanitarie o socio-sanitarie pubbliche, non può essere preposto ad incarichi professionali superiori rispetto a quelli ricoperti e che il giudicato costituisca oggetto di specifica valutazione da parte dei commissari nei pubblici concorsi per incarichi superiori.

In relazione all'azione di rivalsa, il comma 6 prevede che, se è accolta la domanda del danneggiato nei confronti della struttura sanitaria o socio-sanitaria privata, o nei confronti dell'impresa di assicurazione titolare di polizza con la medesima struttura, l'azione nei confronti dell'esercente la professione sanitaria deve essere esercitata innanzi al giudice ordinario,



e la misura della rivalsa e quella della surrogazione richiesta dall'impresa di assicurazione - ai sensi dell'articolo 1.916, primo comma, del codice civile - per singolo evento, in caso di colpa grave, non possono superare una somma pari al valore maggiore del reddito professionale, ivi compresa la retribuzione lorda, conseguita nell'anno di inizio della condotta causa dell'evento o nell'anno immediatamente precedente o successivo, moltiplicato per il triplo. Tale limite non si applica nei confronti degli esercenti la professione sanitaria di cui all'articolo 10, comma 2. Nel giudizio di rivalsa e in quello di responsabilità amministrativa, il giudice può desumere argomenti di prova dalle prove assunte nel giudizio instaurato dal danneggiato nei confronti della struttura sanitaria o sociosanitaria o dell'impresa di assicurazione solo se l'esercente la professione sanitaria ne sia stato parte.

L'articolo 10 integra il quadro delle tutele per il ristoro del danno sanitario in coerenza con la disciplina sulla responsabilità civile. La disposizione prevede: l'obbligo di assicurazione (o di adozione di un'analoga misura) per la responsabilità contrattuale (ex artt. 1218 e 1228 c.c.) verso terzi e verso i prestatori d'opera, a carico delle strutture sanitarie e sociosanitarie, pubbliche e private, anche per i danni cagionati dal personale a qualunque titolo operante presso le strutture medesime, compresi coloro che svolgono attività di formazione, aggiornamento nonché di sperimentazione e ricerca clinica; si specifica inoltre che l'obbligo concerne anche le strutture sociosanitarie e le prestazioni sanitarie svolte in regime di libera professione intramuraria ovvero in regime di convenzione con il Servizio sanitario nazionale, nonché attraverso la telemedicina; l'obbligo, per le strutture in esame, di stipulare altresì una polizza assicurativa (o di adottare un'analoga misura) per la copertura della responsabilità extracontrattuale (ex art. 2043 c.c.) verso terzi degli esercenti le professioni sanitarie (con riferimento all'ipotesi in cui il danneggiato esperisca azione direttamente nei confronti del professionista). Tali disposizioni tuttavia non si applicano agli esercenti la professione sanitaria di cui al comma 2 (v. supra). Il comma 2 prevede l'obbligo di assicurazione a carico del professionista sanitario che svolga l'attività al di fuori di una delle strutture di cui al comma 1 o che presti la sua opera all'interno della stessa in regime libero-professionale ovvero, che si avvalga della stessa nell'adempimento della propria obbligazione contrattuale assunta con il paziente, per i rischi derivanti dall'esercizio della medesima attività.

In una logica più generale di equilibrio e solvibilità del risarcimento è stata prevista al comma 3 l'obbligatorietà per gli esercenti le professioni sanitarie, passibili di azione ammini-

strativa della Corte dei conti per danno erariale o di rivalsa in sede civile, se operanti in strutture private, di stipulare idonee polizze assicurative per colpa grave. Sono contemplate misure di garanzia del funzionamento del sistema assicurativo prevedendosi, rispettivamente, che: le strutture rendano note, mediante pubblicazione sul proprio sito internet, informazioni analitiche concernenti la copertura assicurativa prescelta; con decreto del Ministro dello sviluppo economico, da emanarsi di concerto con il Ministro della salute, siano definiti i criteri e le modalità di vigilanza e controllo che l'Istituto per la vigilanza sulle assicurazioni (Ivass) è tenuto ad effettuare sulle compagnie assicuratrici che intendano contrarre polizze con le strutture e con gli esercenti la professione sanitaria; con decreto del Ministro dello sviluppo economico, di concerto con il Ministro della salute e quello dell'economia e delle finanze, previa intesa in sede di Conferenza Stato-Regioni, sentiti l'Istituto per la vigilanza sulle assicurazioni, l'Ania, le Associazioni nazionali rappresentative delle strutture private che erogano prestazioni sanitarie e socio-sanitarie, la Fnomceo, le Federazioni nazionali degli ordini e dei collegi delle professioni sanitarie e le organizzazioni sindacali maggiormente rappresentative delle categorie professionali interessate, nonché le associazioni di tutela dei cittadini e dei pazienti, sono determinati i requisiti minimi delle polizze assicurative per le strutture sanitarie e sociosanitarie pubbliche o private e per gli esercenti le professioni sanitarie, prevedendo l'individuazione di classi di rischio a cui far corrispondere massimali differenziati; con decreto del Mef da emanare di concerto con il ministro della Salute e sentito l'Ivass sono individuati i dati relativi alle polizze di assicurazione stipulate ai sensi dei commi 1 e 2 ed alle altre analoghe misure adottate e sono stabilite altresì le modalità per la comunicazione di tali dati all'Osservatorio da parte delle strutture sanitarie e sociosanitarie e degli esercenti le professioni sanitarie.

L'articolo 11 definisce i limiti temporali delle garanzie assicurative. In particolare, la garanzia assicurativa deve prevedere un'operatività temporale anche per gli eventi accaduti nei dieci anni antecedenti la conclusione del contratto assicurativo, purché denunciati all'impresa di assicurazione durante la vigenza temporale della polizza. Inoltre, in caso di cessazione definitiva dell'attività professionale per qualsiasi causa, deve essere previsto un periodo di ultrattività della copertura per le richieste di risarcimento presentate per la prima volta entro i dieci anni successivi e riferite a fatti generatori della responsabilità verificatisi nel periodo di efficacia della polizza, periodo nel quale è incluso quello suddetto di retroattività della copertura.

L'articolo 12, introduce un'importante novità nel sistema del contenzioso in ambito sanitario con la previsione di una ulteriore modalità di azione per il danneggiato ovvero l'azione diretta nei confronti dell'impresa di assicurazione della struttura sanitaria e del libero professionista. L'esercizio dell'azione, subordinato al fallimento del tentativo di conciliazione obbligatorio (di cui all'art. 8), potrà comunque portare, al massimo, al riconoscimento delle somme per le quali la struttura o il sanitario hanno stipulato il contratto di assicurazione. Si prevede, inoltre: l'inopponibilità al danneggiato, per l'intero massimale di polizza, di eccezioni contrattuali diverse da quelle stabilite dal decreto del Ministro dello sviluppo economico di cui all'articolo 10, comma 6, che individuerà i requisiti minimi delle polizze assicurative; che l'impresa di assicurazione abbia diritto di rivalsa verso l'assicurato nel rispetto dei requisiti minimi delle polizze assicurative, non derogabili contrattualmente, previsti dal citato decreto del Ministro dello sviluppo economico; il litisconsorzio necessario, sia dei medici sia del-



La garanzia assicurativa deve prevedere un'operatività temporale anche per gli eventi accaduti nei dieci anni antecedenti la conclusione del contratto assicurativo, purché denunciati all'impresa di assicurazione durante la vigenza temporale della polizza



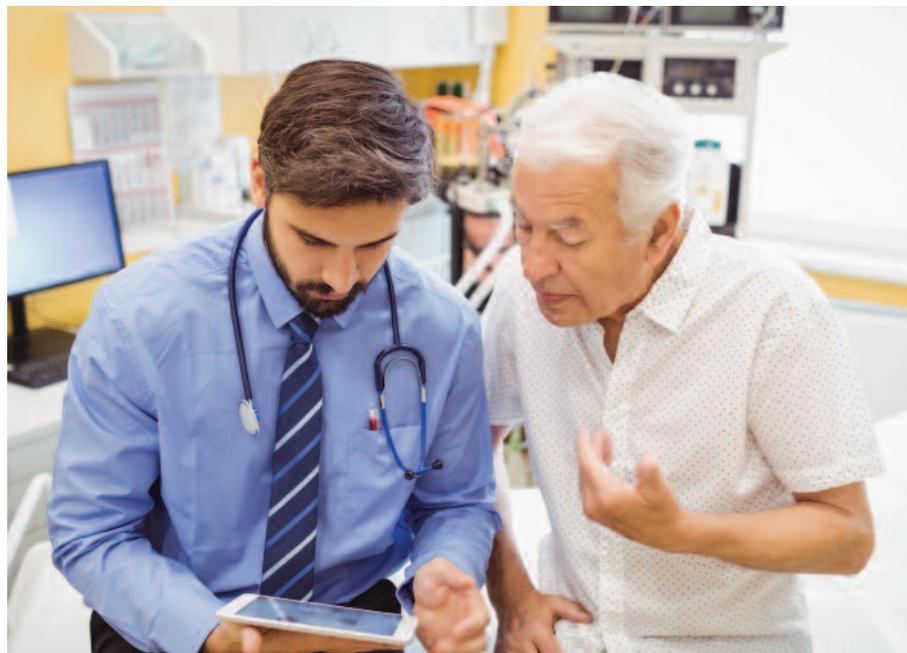
le strutture sanitarie e sociosanitarie pubbliche e private, nelle cause di risarcimento intentate dai danneggiati contro le imprese assicurative; il diritto d'accesso (del sanitario, del danneggiato e dell'impresa assicurativa) a tutta la documentazione della struttura sui fatti oggetto del giudizio; una durata del termine di prescrizione dell'azione diretta pari a quello dell'azione contro la struttura sanitaria o sociosanitaria (pubblica o privata) o contro l'esercente la professione sanitaria. Viene stabilita l'applicazione della disciplina dell'azione diretta a decorrere dall'entrata in vigore del citato decreto del Ministro dello sviluppo economico con cui vengono determinati i requisiti minimi delle polizze assicurative.

L'articolo 13 prevede che le strutture sanitarie e sociosanitarie e le compagnie di assicurazione comunicano all'esercente la professione sanitaria l'instaurazione del giudizio promosso nei loro confronti dal danneggiato, entro dieci giorni dalla ricezione della notifica dell'atto introduttivo, mediante posta elettronica certificata o lettera raccomandata con avviso di ricevimento contenente copia dell'atto introduttivo del giudizio. Il suddetto obbligo (con i relativi effetti, in caso di inadempimento) è esteso anche alla comunicazione (all'esercente la professione sanitaria) dell'avvio di trattative stragiudiziali con il danneggiato (comunicazione che deve recare l'invito a prendervi parte): l'omissione, la tardività o l'incompletezza delle comunicazioni preclude l'ammissibilità delle azioni di rivalsa o di responsabilità amministrativa di cui all'articolo 9.

L'articolo 14 prevede l'istituzione, nello stato di previsione del ministero della Salute, di un Fondo di garanzia per i danni derivanti da responsabilità sanitaria. Il Fondo di garanzia è alimentato dal versamento di un contributo annuale dovuto dalle imprese autorizzate all'esercizio delle assicurazioni per la responsabilità civile per i danni causati da responsabilità sanitaria. Il contributo è quindi versato all'entrata del bilancio dello Stato per essere riassegnato al fondo di garanzia. Il ministero della Salute con apposita convenzione affida alla Consap spa (Concessionaria servizi assicurativi pubblici) la gestione delle risorse del Fondo di garanzia. Con regolamento adottato con decreto della Salute, da emanare entro centoventi giorni dalla data di entrata in vigore della legge, di concerto con il Ministro dello sviluppo economico e con il Mef, sentita la Conferenza Stato-Regioni, sono definiti la misura del contributo dovuto dalle imprese autorizzate all'esercizio delle assicurazioni per la responsabilità civile per i danni causati da responsabilità sanitaria, le modalità di versamento dello stesso, i principi cui dovrà uniformarsi la convenzione tra il Ministero della salute e la Consap Spa, le modalità di intervento, di funzionamento e di regresso del Fondo di garanzia nei confronti del responsabile del sinistro. Il Fondo di garanzia concorre al risarcimento del danno nei limiti delle effettive disponibilità finanziarie. La misura del contributo è determinata e aggiornata con cadenza annuale con apposito decreto del Ministro della salute, di concerto con quello dello sviluppo economico e dell'economia e delle finanze, in relazione alle effettive esigenze del Fondo di garanzia. Il Fondo di garanzia risarcisce i danni cagionati da responsabilità sanitaria nei seguenti casi: a) il danno sia di importo eccedente rispetto ai massimali previsti dai contratti stipulati dalla struttura sanitaria o sociosanitaria pubblica o privata ovvero dall'esercente la professione sanitaria; b) la struttura sanitaria o sociosanitaria pubblica o privata ovvero l'esercente la professione sanitaria risultino assicurati presso un'impresa che al momento del sinistro si trovi in stato di insolvenza o di liquidazione coatta o vi venga posta successivamente; c) la



L'autorità giudiziaria deve affidare sempre la consulenza e la perizia a un collegio costituito da un medico specializzato in medicina legale e a uno o più specialisti aventi specifica e pratica conoscenza di quanto oggetto del procedimento



struttura sanitaria o sociosanitaria pubblica o privata ovvero l'esercente la professione sanitaria siano sprovvisti di copertura assicurativa per recesso unilaterale dell'impresa assicuratrice ovvero per la sopravvenuta inesistenza o cancellazione dall'albo dell'impresa assicuratrice stessa.

L'articolo 15 riforma la disciplina sulla nomina dei Ctu (consulenti tecnici d'ufficio) in ambito civile e dei periti in ambito penale; tale modifiche appaiono di particolare rilievo, costituendo le perizie i cardini del giudizio nell'ambito del contenzioso e dei giudizi sanitari. Sono, in particolare, rafforzate le procedure di verifica delle competenze e resi trasparenti i possibili conflitti d'interesse rendendo di fatto disponibili al giudice tutti gli albi presenti a livello nazionale, da aggiornare ogni 5 anni.

È previsto, in particolare: che l'autorità giudiziaria debba affidare sempre la consulenza e la perizia a un collegio costituito da un medico specializzato in medicina legale e a uno o più specialisti aventi specifica e pratica conoscenza di quanto oggetto del procedimento e riferite a tutte le professioni sanitarie; che i Ctu da nominare nel tentativo di conciliazione obbligatoria (di cui all'articolo 8, comma 1), siano in possesso di adeguate competenze nell'ambito della conciliazione acquisite anche mediante specifici percorsi formativi; l'inapplicabilità ai componenti del collegio della disciplina dei compensi di cui all'art. 53 Tu spese di giustizia (secondo cui, quando l'incarico è stato conferito ad un collegio di ausiliari, il compenso globale è determinato sulla base di quello spettante al singolo, aumentato del 40%).

L'articolo 16, modificando i commi 539 e 540 della legge di stabilità 2016 (legge n. 208/2015) che hanno dettato norme in materia di attività di prevenzione e gestione del rischio sanitario prevede che i verbali e gli atti conseguenti all'attività di gestione del rischio clinico non possono essere acquisiti o utilizzati nell'ambito di procedimenti giudiziari, e che l'attività di gestione del rischio sanitario sia coordinata da personale medico dotato delle specializzazioni in igiene, epidemiologia e sanità pubblica o equipollenti, in medicina legale, ovvero da personale dipendente con adeguata formazione e comprovata esperienza almeno triennale nel settore.

L'articolo 17 contiene una clausola di salvaguardia in base alla quale le disposizioni del provvedimento sono applicabili nelle Regioni a statuto speciale e nelle Pa di Trento e di Bolzano compatibilmente con i rispettivi statuti e le relative norme di attuazione, anche con riferimento alla legge costituzionale n. 3 del 2001.

L'articolo 18, infine, contiene la clausola di invarianza finanziaria

La fruibilità dei Lea nel territorio e la sicurezza clinica non sono compatibili con l'uso del modello "fordista"



GIUSEPPE MONTANTE
Vice Segretario Nazionale Anaa Assomed

Da molti anni l'Anaa Assomed sostiene che la salvaguardia del diritto costituzionale alla cura dello stato di malattia su tutto il territorio nazionale non possa limitarsi solamente all'individuazione dei Livelli Essenziali di Assistenza (Lea) da parte della Conferenza Stato Regioni e all'emanazione di alcuni indirizzi generali su prevenzione, diagnosi e cure di alcune malattie.

La vera fruibilità di tale diritto in modo omogeneo su tutto il territorio necessita della definizione nazionale di livelli minimi di sicurezza clinica ed organizzativa e del loro rigoroso rispetto in tutto il territorio, oltre che di finanziamenti nazionali, tecnologia, principi e standard di programmazione adeguati alle necessità reali.

È necessario però essere consci dell'esistenza di una stringente correlazione funzionale tra sicurezza, sia clinica che organizzativa, e modelli orga-

nizzativi minimi delle diverse tipologie di attività sanitarie espletate nei reparti ospedalieri (macroattività) e fra quest'ultimi e le dotazioni organiche minime necessarie.

Il fulcro strategico fondamentale della correlazione funzionale dovrebbe essere costituito dall'individuazione al livello nazionale di modelli organizzativi standard di sicurezza delle diverse macroattività sanitarie, specifici per ciascuna delle discipline specialistiche e correlati al ruolo di ciascun ospedale nella rete ospedaliera ed ai bacini di utenza. Sono questi che nei fatti dovrebbero condizionare la determinazione della dotazione organica minima necessaria, che dovrebbero ridurre il rischio clinico ed organizzativo alla soglia di sicurezza e concorrere fortemente a rendere omogeneo in tutto il territorio la fruizione del diritto costituzionale.

Malgrado tali correlazioni siano lampanti da parecchi anni, molto poco è stato fino ad ora attuato dalle Istituzioni Sanitarie Nazionali e Regionali sul piano dell'omogeneità dei requisiti minimi di sicurezza clinica ed organizzativa al fine di rendere fruibili i Lea in modo omogeneo in tutto il territorio.

La risultante di tale disinteresse istituzionale è stata la subordinazione delle peculiarità della Sanità alla logica del rigore economicistico che ha preso il sopravvento, determinando il progressivo impoverimento economico dei Fondi Sanitari Regionali a cui si è sopperito con crescenti tagli sulla spesa per il personale.

Conseguenza quasi scontata di questa deriva è stata la riduzione progressiva per asfissia delle dotazioni organiche (blocco parziale o totale del turnover, ecc.). In queste condizioni, l'organizzazione nei reparti delle macroattività sanitarie è stata sempre più modellata sulla dotazione organica carente e non su quella necessaria per garantire le condizioni minime di sicurezza clinica ed organizzativa e di conseguenza la responsabilità di eventuali "eventi avversi" in sanità per insufficienze organizzative è stata spesso cinicamente ribaltata addosso al personale (soprattutto medici) dagli stessi politici responsabili della disorganizzazione (esempio eclatante: i recenti fatti avvenuti al Ps dell'Ospedale di Nola). Tutto questo nella gran parte delle Regioni è ovviamente accaduto in assenza di politiche programmatiche concrete di ottimizzazione della rete ospedaliera e dei servizi sanitari del territorio, per paura che il costo elettorale di eventuali non soddisfazione dei "campanili" potesse essere troppo pesante per i partiti.

Recentemente, le norme legislative sui riposi e sull'orario di lavoro dei dirigenti

del ruolo sanitario dipendenti del Ssn, le norme programmatiche generali presenti nel Dm Salute n. 70/2015 e la progressiva carenza di medici specialisti hanno spinto il Legislatore Nazionale a obbligare le Regioni alla determinazione della dotazione organica necessaria di personale ed a calcolare l'eventuale fabbisogno di nuove assunzioni. Il Mef ha inoltre preteso che i risultati sulla dotazione organica e fabbisogno di nuove assunzioni fossero validati mediante l'utilizzo di una metodologia di calcolo adeguata ed univoca per tutte le Regioni.

Questa necessità ha spinto la Conferenza Stato Regioni a tentare di individuare modalità oggettive di calcolo di queste, univoche per tutte le Regioni e per tale motivo nel 2016 è stata istituita presso il Ministero della Sanità una Commissione tecnica mista Ministero - Regioni.

Tutto ciò avrebbe potuto fornire alla Conferenza Stato Regioni una valida opportunità per creare condizioni organizzative più uniformi ed adeguate al livello nazionale, in considerazione della stretta correlazione logica esistente fra sicurezza clinica, bontà organizzativa e dotazione organica necessaria.

La suddetta Commissione Tecnica ha elaborato una ipotesi metodologica ben diversa (non condivisa da parecchie Regioni), basata sulla valutazione a valle dell'efficienza del processo produttivo e della congruità della dotazione organica necessaria, mediante il confronto dei tempi medi di produzione delle prestazioni sanitarie con quelli standard di riferimento, ottenuti con rilevazioni statistiche e modulazione di questi con gli indicatori previsti dal sistema DGRs per le attività eseguite in regime di ricovero, al fine di rapportare tali tempi medi alla diversa complessità economica delle prestazioni.

In parole povere, la Commissione Tecnica non ha ritenuto necessario approfittare della situazione per favorire una fruibilità omogenea dei Lea, ma in coerenza con la deriva economicistica attualmente dominante in Sanità, ha ritenuto invece adeguato il "modello di lavoro fordista" (catene di montaggio con tempi medi standard di produzione di ciascun pezzo), introdotto nelle fabbriche automobilistiche all'inizio del '900!

Dinanzi a questa miopia Istituzionale e a questa ipotesi metodologica assurda ed illogica sul piano scientifico (incredibilmente già presa in considerazione dal Mef), la bocciatura da parte di tutte le Organizzazioni Sindacali della Dirigenza del Ruolo Sanitario è stata totale e senza appello.

La dirigenza dell'Anao Assomed, con-

Fabbisogno di personale sanitario

scia però dell'importanza strategica dell'individuazione di una metodologia di calcolo corretta e non rinunciando all'opportunità offerta dal legislatore, ha subito contrapposto all'ipotesi ministeriale una propria ipotesi di metodologia di calcolo della dotazione organica minima, basata sull'individuazione di modelli organizzativi standard minimi di sicurezza adeguati alle peculiari specificità della sanità e corretta sul piano scientifico.

Obiettivi prioritari sono fornire:

- principi metodologici validi a cui ispirarsi per creare condizioni di fruibilità maggiormente uniformi del diritto costituzionale alla salvaguardia della salute;

- uno strumento tecnico adeguato a calcolare le dotazioni organiche necessarie ed a valutare l'efficienza produttiva di ciascuna Regione, a fronte di pari condizioni di sicurezza clinica e lavorativa.

Tale metodologia insieme ai limiti e requisiti minimi organizzativi delle più importanti macro attività svolte nei reparti ospedalieri sono stati già adottati dalla Regione Veneto, dove ha già superato la fase di ipotesi teorica ed è approdata alla fase di formalizzazione attuativa, confermando il giudizio di adeguatezza ed attendibilità. Ci auguriamo, soprattutto per i cittadini, che la stessa sia condivisa anche dal Ministero della Salute e dalle altre Regioni.



Fabbisogno di personale sanitario

Metodologie utilizzabili per l'individuazione della dotazione organica e miglioramento della sicurezza clinica ed organizzativa

Premessa

Recentemente, dal combinato-disposto legislativo delle norme presenti nel Dm Salute n. 70/2015 e nell'art. 1, comma 541 della Legge di Stabilità 2016, risulta che le Regioni devono determinare la dotazione organica necessaria di personale e l'eventuale fabbisogno di nuove assunzioni dopo aver adottato il provvedimento generale di programmazione, previsto dal suddetto Dm., al fine anche di garantire il rispetto delle disposizioni dell'Unione Europea sui riposi e sull'orario di lavoro dei dirigenti medici, veterinari e sa-

nitari dipendenti del Ssn (art. 14, Legge 161/2014). Il collegamento stretto fra i due articolati di Legge e fra questi e l'orario di lavoro dei dirigenti dipendenti del ruolo sanitario fa comprendere come, già per il Legislatore, la definizione del fabbisogno di personale (dotazione organica necessaria) sia tecnicamente conseguente a due condizioni strettamente collegate fra di loro:

- definizione di indicatori di natura organizzativa delle macrostrutture (ospedali, distretti);
- organizzazione dell'orario di lavoro dei singoli dirigenti (piani di lavoro)

attraverso la definizione di modelli organizzativi standard delle microstrutture (unità operative autonome) in base alla loro specificità specialistica ed in base alle caratteristiche e ruolo della macrostruttura dove sono allocate.

La definizione di questo fabbisogno da parte delle Regioni è stata resa ancor più pressante dai recenti studi sulla realtà demografica della popolazione medica dipendente che fa prevedere nei prossimi 10 anni l'uscita dal Ssn per pensionamento di circa 65mila (circa il 64 % della intera massa di dipendenti medici), sostituiti solo in parte dall'assunzione di nuovi specialisti, con un saldo algebrico negativo reale di circa 20mila.

Critica della metodologia ipotizzata per il calcolo della dotazione organica necessaria

La definizione della dotazione organica necessaria e dell'eventuale fabbisogno ha spinto la Conferenza Stato Regioni a tentare di individuare modalità oggettive di calcolo di queste, univoche per tutte le Regioni.

Per tale motivo nel 2016 presso il Ministero della Sanità è stata istituita una Commissione tecnica mista Ministero - Regioni.

Da quanto ci risulta, data la mancanza d'informazione e di coinvolgimento delle organizzazioni sindacali della dirigenza del ruolo sanitario, malgrado l'impegno preso da Ministro della Sanità durante il confronto sui contenuti dell'articolo 22 del Patto della Salute, la suddetta Commissione Tecnica mista ha elaborato una ipotesi di metodologia di calcolo e validazione del fabbisogno non condivisa da tutti i componenti, basata sulla valutazione a valle del processo produttivo, dell'efficienza e della congruità della dotazione organica necessaria mediante il confronto dei tempi medi di produzione, ottenuti con un tempario standard ricavato da rilevazioni statistiche ponderate, correlati con gli indicatori previsti dal sistema Dgrs per le prestazioni e per le attività eseguite in regime di ricovero al fine di rapportarli alla loro diversa complessità.

Questa ipotesi di calcolo, ordinariamente utilizzata nelle catene di montaggio manifatturiere, caratterizzate da lavori ripetitivi a bassa complessità con standard qualitativo predefinito all'interno di un intervallo, è palesemente inadeguata sul piano tecnico e scientifico in sanità perché basa la valutazione di qualità del risultato sulla riduzione dei tempi di produzione.

Le attività diagnostiche e terapeutiche, sia in regime di ricovero che ambulatoriale, sono infatti ordinariamente troppo complesse sul piano tecnico ed

Fabbisogno di personale sanitario

organizzativo per poter essere standardizzate in modo attendibile in tempi medi di produzione, essendo molte le variabili che incidono su tali tempi (ruolo dell'ospedale nella rete ospedaliera regionale, dotazione tecnologica presente, modelli organizzativi esistenti, complessità delle patologie trattate, quadri clinici spesso sfumati e non sempre eclatanti, esperienze ed anzianità professionali esistenti, ecc.).

Inoltre il mantenimento dei tempi di produzione al livello degli standard di riferimento ipotizzati ed addirittura al di sotto di questi non costituisce alcuna garanzia di qualità e di risparmio, ma spesso sono causa del contrario.

La correlazione poi dei tempi medi di produzione in regime di ricovero con gli indicatori previsti dal sistema Dgrs, per rapportarli alla diversa complessità delle prestazioni e azioni mediche, è concettualmente errata, essendo il sistema Dgrs costruito per tentare di individuare la giusta remunerazione delle attività sanitarie, e non per misurare la complessità clinica delle stesse.

In ultima analisi è concettualmente errato valutare la congruità del fabbisogno di personale e pertanto l'efficienza di un processo produttivo in sanità con il solo approccio economicistico, senza valutarne l'efficacia ed il modello organizzativo applicato e le condizioni di contesto.

Validazione della dotazione organica necessaria e del fabbisogno di assunzioni da parte del Mef

L'uso di una metodologia profondamente inadeguata da parte del Mef per la valutazione dell'efficienza produttiva di ciascuna unità operativa, nonché di ciascun ospedale e Regione, da cui derivare la validazione della dotazione organica necessaria e dei fabbisogni di assunzioni delle Regioni, rischia di dare una rappresentazione errata della realtà e creare così grossi danni al Ssn aggravando ancor più la critica carenza, già esistente, di medici specialisti disponibili.

Purtroppo, da quanto ci risulta, tale rischio è già una realtà. La metodologia di calcolo ipotizzata da parte del Tavolo Tecnico misto presso il Ministero della Sanità, viene già adottata dal Mef nei riguardi delle Regioni con risultati ben diversi dalla realtà esistente, malgrado manchi fino ad ora una sua approvazione formale da parte della Conferenza Stato-Regioni.

Metodologia specifica utilizzabile per la sanità

L'inadeguatezza per la sanità della metodologia sopra descritta, derivata dall'industria, non vuol dire che non esistano tecniche adeguate.

Una metodologia, specifica e valida per la misurazione dell'efficienza di una organizzazione sanitaria e della congruità della dotazione organica presente, non può partire a valle dalla misurazione quantitativa del prodotto realizzato e dal calcolo dei tempi medi necessari, deve invece valutare le stesse cose a monte, mediante il confronto dei modelli organizzativi utilizzati per la produzione con quelli standard minimi di sicurezza individuati, rapportati al livello di qualità attesa.

Una metodica con tali caratteristiche è ordinariamente utilizzata nei processi produttivi complessi, simili a quelli sanitari, dove concorrono molteplici professionalità e competenze e dove numerose sono le variabili di cui tener conto. I Presupposti logici di base di una metodologia specifica per la sanità sono essenzialmente i seguenti tre:

- La ratio principale deve poggiare essenzialmente sull'individuazione di modelli organizzativi minimi e non dei tempi medi di produzione e gli standard di verifica da utilizzare devono essere quelli di processo, più consoni ad attività ad alta complessità quali quelle sanitarie, piuttosto che quelli di tipo quantitativo come i tempari.

- I modelli organizzativi standard e quelli utilizzati nella realtà devono essere rispettosi delle:

- condizioni minime di sicurezza clinica ed organizzativa;
- norme legislative e contrattuali su orario di lavoro e riposi;
- indicatori di efficienza presenti nel Dm Sanità 70/2015;
- soglie minime di attività sanitarie e soglie minime di rischio di esito indicate dall'Agenas e riprese dal Dm Sanità 70/2015 (punto 4, allegato 1);
- modelli organizzativi standard di riferimento per quella disciplina e/o gruppi di esse, esistenti in letteratura o ipotizzati dalle Società Scientifiche.

- I modelli organizzativi devono presentare correlazioni strette con i:

- piani di lavoro attuati
- risultati quali-quantitativi dei prodotti realizzati.

Alla luce di tali presupposti, la metodologia di calcolo corretta utilizzabile in sanità deve essere basata sull'utilizzo di una procedura articolata su cinque fasi susseguenti fra di loro:

1° Fase.

Individuazione a priori (meglio al livello nazionale) di modelli organizzativi minimi standard, indispensabili per la produzione in condizioni di minor rischio clinico e lavorativo e di ottimizzazione dei costi di determinate prestazioni e/o attività, rapportati alle pe-



“
Il mantenimento dei tempi di produzione al livello degli standard di riferimento ipotizzati ed addirittura al di sotto di questi non costituisce alcuna garanzia di qualità e di risparmio, ma spesso sono causa del contrario

SPECIALE

Fabbisogno di personale sanitario



cularità a specificità della specialità, al ruolo dell'ospedale o struttura sanitaria territoriale nella rete ospedaliera e/o nella rete clinica, alla qualità specifica attesa ed al target di utenti a cui sono rivolte.

II° Fase.

Calcolo al livello aziendale della dotazione organica necessaria di dirigenti del ruolo sanitario in ciascuna Unità Operativa Autonoma in base all'applicazione dei suddetti modelli organizzativi standard.

III° Fase.

Analisi al livello regionale delle discrepanze esistenti dal confronto fra i risultati prodotti dalle Aziende Sanitarie di dotazione organica determinati dai modelli organizzativi minimi standard e quelli esistenti e delle motivazioni formali addotte a giustificazione di tale discrepanza, nonché stesura di un apposito verbale da cui risultino le eventuali prescrizioni correttive dei modelli organizzativi diversi da quelli standard e non adeguatamente motivati ed il fabbisogno accertato di dotazione organica, nonché di eventuali assunzioni.

IV° Fase.

Calcolo al livello regionale, in conseguenza delle precedenti fasi, della dotazione organica necessaria complessiva regionale di dirigenti del ruolo sanitario e dei relativi bisogni di assunzioni, individuati in modo analitico per ciascuna figura professionale.

V° Fase.

Invio al Mef ed al Ministero della Sanità della documentazione relativa alla IV° Fase per le valutazioni ed autorizzazioni necessarie.

Possibilità e tempi di utilizzo della metodologia specifica

L'uso della metodologia sopra descritta, proprio per le sue caratteristiche e per i presupposti di base che la rendono particolarmente adeguata per la Sanità, può avere un molteplice uso anche se in alcuni casi in tempi successivi, che di seguito, sintetizziamo.

In breve tempo

- Definizione teorica dei modelli minimi organizzativi standard dei reparti clinici, rapportati alle discipline specialistiche affini e/o equipollenti della stessa area funzionale o in alcuni casi alle singole specialità ed al ruolo dell'ospedale o della struttura sanitaria territoriale nella rete clinica regionale.
- Definizione teorica, mediante i modelli minimi organizzativi, anche degli standard minimi di sicurezza e qualità organizzativa dei reparti.
- Definizione formale della dotazione organica necessaria per ciascun reparto, ospedale, struttura sanitaria territoriale e complessiva regionale,

individuata in modo analitico per ciascuna professionalità presente fra i dirigenti del ruolo sanitario.

- Definizione formale del fabbisogno reale di assunzione a completamento della dotazione organica necessaria. Forte miglioramento dei meccanismi di valutazione dell'efficienza produttiva, attraverso la subordinazione di questi agli standard minimi di sicurezza e qualità organizzativa. Validazione al livello regionale e successivamente al livello di Mef della dotazione organica necessaria e degli eventuali fabbisogni di nuove assunzioni per il completamento della sua copertura.

Gradatamente in un tempo più ampio (2 - 3 anni)

- Forte condizionamento tecnico delle scelte dei prossimi Piani Sanitari Regionali e dei processi di ottimizzazione delle reti ospedaliere e cliniche nei termini, non solo di risparmio del personale dipendente (condizione obbligata anche dalla

forte riduzione algebrica dei medici specialisti disponibili), ma anche e soprattutto di accrescimento della qualità e sicurezza clinica ed organizzativa.

- Applicazione in tutti i reparti degli standard minimi di sicurezza e qualità organizzativa mediante l'attuazione dei modelli minimi organizzativi standard
- Completamento della copertura della dotazione organica necessaria di dirigenti del ruolo sanitario mediante l'assunzione di quelli mancanti.

Attualmente questa metodologia è stata ufficialmente adottata dalla Regione Veneto insieme ai limiti e requisiti minimi organizzativi delle più importanti macro attività svolte nei reparti ospedalieri e tutto ciò è diventato requisito minimo obbligatorio per l'accreditamento delle strutture pubbliche e private accreditate.

Sono stati già varati i modelli minimi

SPECIALE

Fabbisogno di personale sanitario

I Livelli essenziali organizzativi

L'Anaao Assomed del Veneto, con le altre OoSS regionali della Dirigenza del ruolo sanitario, ha sottoscritto nel dicembre del 2016 un importantissimo accordo tecnico politico di elevato valore strategico con la Regione Veneto.



ADRIANO BENAZZATO
Segretario regionale Anaao Assomed del Veneto

Tale accordo costituisce una "pietra miliare" nel processo di miglioramento organizzativo e qualitativo del Ssr Veneto e un importante esempio per il resto del Paese. Una sua corretta e puntuale applicazione, potrà garantire un elevato livello di garanzia qualitativa organizzativa e di sicurezza delle cure per la popolazione, nonché di riduzione del rischio lavorativo per tutti gli operatori sanitari.

Da troppo tempo, infatti, la sanità, anche nella nostra regione, è vittima di una "patologia di sistema" conseguente ad un aziendalismo esasperato che basa la gran parte della sua ratio su una logica meramente burocratica ed economicistica, relegando ad un ruolo di subordinate la gran parte delle esigenze sanitarie ed assistenziali dei pazienti e quelle professionali dei dirigenti medici e sanitari. La responsabilità di quanto sopra rappresentato è da imputare prevalentemente ma non esclusivamente al rigido ruolo di governo da parte del Ministero dell'Economia e Finanze sul Ssn,

per cui qualsiasi scelta progettuale di tipo tecnico ed organizzativo richiesto dalle Regioni non può essere attuata, anche se di elevato interesse e qualità, se non si ha la formale autorizzazione dei burocrati di tale Ministero.

Non dobbiamo dimenticare che analoga importante responsabilità deve essere comunque imputata all'autonomia decisionale delle Aziende sanitarie che è molto spesso diventata autoritarismo e la necessità di raggiungere da parte delle stesse "gli obiettivi" ha finito con legittimare la frequente inosservanza delle disposizioni legislative e contrattuali nazionali attraverso il "giochetto" delle interpretazioni, soprattutto a livello aziendale.

In queste condizioni e con questo combinato disposto, molto spesso i medici ed i sanitari dipendenti sono diventati i facili "capri espiatori" delle inefficienze aziendali e del disagio della popolazione, con profondo deterioramento del rapporto medico - paziente e frequenti gravi conseguenze ed incertezze anche di tipo legale ed assicurativo, malgrado le cause maggiori siano da ricercare in altri ambiti.

La letteratura scientifica mondiale attribuisce, infatti, la responsabilità di gran parte degli "eventi avversi" in sanità ad importanti difetti organizzativi. Le decisioni in merito all'organizzazione del lavoro dei dirigenti medici e sanitari negli ospedali sono da tempo ri-

SPECIALE

Fabbisogno di personale sanitario

organizzativi standard dei servizi di Pronto Soccorso, nonché la loro dotazione organica necessaria ed il fabbisogno di nuove assunzioni di dirigenti medici.

Sono in fase di avanzato stato di definizione i modelli organizzativi dei reparti di medicina, geriatria e di lunga degenza geriatrica.

D'ora in poi bisognerà sorvegliare che questa "improvvisa redenzione" del Veneto perduri e contagi le aziende sanitarie della regione.

Vantaggi

L'attuazione di una metodologia adeguata alla sanità basata sui modelli organizzativi minimi di sicurezza presenta dei vantaggi, assenti invece in quella ipotizzata dal tavolo tecnico misto Ministero-Regioni.

Tra questi i più importanti sono:

Individuazione al livello nazionale di modelli organizzativi minimi con le caratteristiche sopra descritte (Livelli Es-

“

L'attuazione di una metodologia adeguata alla sanità basata sui modelli organizzativi minimi di sicurezza presenta dei vantaggi, assenti invece in quella ipotizzata dal tavolo tecnico misto Ministero-Regioni



“

Individuare al livello nazionale ed attuare nelle varie Regioni una metodologia specifica ed adeguata come quella ipotizzata da anni dall'Anaa Assomed e sottoscritta recentemente nel Veneto

limiti attuativi delle suddette macro attività sanitarie, atti a garantire le condizioni minime necessarie di sicurezza clinica ed organizzativa.

Contestualmente è stato sottoscritto dalle stesse parti il documento che sancisce la prima attuazione pratica di tale accordo metodologico sui Servizi di Pronto Soccorso della Regione. Altri analoghi documenti sono in fase di avanzata elaborazione da parte del gruppo di lavoro tecnico regionale ad hoc costituito per altre discipline specialistiche (reparti di Medicina Generale e equipollenti ed affini a questa, ecc.). Seguirà la graduale attuazione ed il monitoraggio nel tempo degli stessi nella nostra regione.

La definizione di una metodologia da parte della Conferenza Stato Regioni,

senziali Organizzativi), articolati per Aree funzionali affini e/o equipollenti e/o per disciplina, rispondenti maggiormente al principio costituzionale di garantire la fruibilità in modo uniforme per tutta la popolazione italiana dei Lea.

Definizione nazionale più facilmente standardizzabile e con minor rischio di errori rispetto di tali modelli.

Maggiore facilità alla verifica e rielaborazione di questi per adeguamento al progresso scientifico ed ai mutamenti programmatori.

Comparazione più facile ed attendibile ed univoca su tutto il territorio nazionale dei risultati produttivi e qualitativi ottenuti.

Disponibilità di uno strumento pratico migliore per coniugare ed ottimizzare esigenze di produttività e di bilancio con necessità assistenziali, di sicurezza clinica e di salute dei lavoratori, nonché con il rispetto delle norme contrattuali.

(Leo) in Veneto

vendicate come diritto assoluto delle Direzioni Aziendali.

Le conseguenze di errate decisioni altrui, però, le paghiamo quasi sempre noi. Una profonda ingiustizia, fino ad ora ignorata dal Legislatore e dal mondo politico, è alla base di tutto questo. Ma ora, nella nostra regione, si cambia. L'importante accordo raggiunto, infatti, condiviso e sottoscritto con la Regione Veneto, ha recepito totalmente la proposta suggerita dall'Anaa Assomed ed ha individuato, nella definizione dei modelli organizzativi specifici per discipline specialistiche (rapportati anche alla complessità della patologia trattata, alle dimensioni dei bacini d'utenza e dalla tipologia ed al ruolo dell'ospedale) la base tecnica da cui derivare la dotazione organica minima dei medici. È stato, quindi, elaborato e definito un nuovo ed innovativo strumento metodologico condiviso, indispensabile per individuare la dotazione organica minima necessaria a garantire le macro attività dei diversi reparti.

Tale strumento permette inoltre di calcolare i fabbisogni di nuove assunzioni e di valutare l'efficienza produttiva di ciascun servizio e reparto nel rispetto dei requisiti minimi di sicurezza, delle disposizioni legislative sull'orario di lavoro e riposi e delle disposizioni contrattuali vigenti.

Mediante tale metodologia sono stati anche definiti alcune caratteristiche e

che sia in grado di validare scientificamente le dotazioni organiche e gli eventuali fabbisogni di nuove assunzioni dichiarati dalle Regioni, è attualmente, in base alla normativa vigente, una condizione essenziale per l'approvazione da parte del Mef.

Sfruttiamo allora questa occasione per individuare al livello nazionale ed attuare nelle varie Regioni una metodologia specifica ed adeguata alle peculiarità della sanità, quale quella ipotizzata da anni dall'Anaa Assomed e sottoscritta recentemente nel Veneto.

I vantaggi più importanti sarebbero questi:

Introduzione di modelli organizzativi con requisiti minimi di sicurezza e di organizzazione (Livelli Essenziali Organizzativi) che contribuiscano a garantire una fruibilità uniforme per tutta la popolazione dei Lea.

Definizione più facilmente standardizzabile e con minor rischio di errori di tali modelli e facilmente adeguabile al progresso scientifico.

Maggiore facilità nella comparazione e nella attendibilità dei risultati produttivi e qualitativi ottenuti nelle varie Regioni.

Maggiore utilità e facilità nel coniugare ed ottimizzare esigenze di produttività e di bilancio con necessità assistenziali, di sicurezza clinica e di salute dei lavoratori e con il rispetto delle norme contrattuali.

È inutile girarci attorno: la sfida per il Ssn, per il nostro welfare nel suo insieme, è in una parola: sostenibilità. Questa sfida ci accomuna a tutti i Paesi evoluti che intendono conservare e garantire l'esistenza di un sistema sanitario che assicuri e migliori lo stato di salute individuale e collettivo di un Paese, come condizione per concorrere in misura determinante a sostenere anche la produttività e la stessa vitalità economica.



GIANFRANCO VISCI
Consigliere
Nazionale Anaa
Assomed

Hospital Open Day

per avvicinare gli utenti agli ospedali

La mancanza di finanziamenti è solo un aspetto di questa condizione e neanche la più grave; le responsabilità professionali sempre presenti, la perdita di un ruolo decisionale clinico a vantaggio della componente amministrativa, l'inquinamento della politica sono aspetti caratterizzanti questo stato di sofferenza. In queste condizioni diventa assolutamente prioritario recuperare un ruolo politico come medici e come rappresentanza sociale, essendo consapevoli di quali sono i nostri "avversari" e quali potrebbero essere in nostri "alleati".

Per questo obiettivo ritengo che dobbiamo essere consapevoli che occorre sviluppare una iniziativa complessa, coerente e coordinata che, mentre affronta la definizione di un progetto di politica sindacale (che è un progetto di riforma del nostro servizio sanitario), adotta contestualmente una strategia comunicativa all'esterno e di servizi ed "utilities" per la categoria con l'obiettivo di assumere un ruolo sempre più protagonista.

Sul piano del progetto politico, come abbiamo potuto sentire nel dibattito e come ha concluso il Segretario Nazionale, non possiamo più ignorare il problema della sostenibilità finanziarie del Servizio Sanitario e la necessità di integrare forme di partecipazione del capitale privato alla gestione e all'erogazione di prestazioni sanitarie, anche nella considerazione che in ogni caso capitali "privati" e iniziative diverse sono presenti e sempre più diffuse. Del resto, non credo che ci sia operatore del servizio sanitario, amministratore o politico che non sia consapevole di questa esigenza e che non ritenga giunto il momento di regolamentare i possibili modelli in un contesto di regole che salvaguardino i principi ispiratori del Ssn, prevedano espressamente i modelli gestionali e organizzativi, rispettino le prescrizioni della programmazione sanitaria nazionale e regionale e salvaguardino lo stato giuridico e contrattuale del personale. Potrei anche auspicare che la presenza di "organizzazioni" private che assumano il rischio dell'investimento finanziario, potrà contribuire a valorizzare le autentiche professionalità mediche e sanitarie e le loro competenze meglio di quanto accada oggi! Da anni sono presenti nel panorama nazionale esempi diversi di gestione integrata pubblico - privato dei presidi e dei servizi del Ssn, anche a seguito di atti normativi della Regioni interessate con risultati economici incoraggianti; è opportuno cominciare ad approfondire l'intera materia, anche con la collaborazione di "esperti" di finanza applicata e di giuristi per giungere a soluzioni utilizzabili a livello nazionale in un quadro giuridico definito. Possiamo invece avanzare alcune proposte in ordine alla "strategia comunicativa" verso l'"esterno" che in questi tempi assume sempre più un ruolo politico.

Al primo posto segnalo la necessità di enfatizzare il ruolo della sanità e degli ospedali, le competenze e la professionalità dei medici che vi lavorano,

i risultati positivi conseguiti, le ulteriori opportunità che potrebbero essere raggiunte. Presentare sempre una sanità che non funziona (anche se è vero!), ospedali "allo sfascio", ecc. accredita nell'opinione pubblica un'immagine negativa delle strutture sanitarie e, inevitabilmente, di quelli (medici compresi) che in essi lavorano. Inoltre, un'immagine negativa di sanità e di ospedali finisce per coinvolgere le nostre competenze cliniche e la nostra capacità dirigenziale e finisce per allontanare non solo i pazienti, ma anche i Colleghi non iscritti che "accomunano" l'Anaa alle insufficienze del sistema che denunciavamo. Vorrei che si comprendesse appieno il mio ragionamento: non dobbiamo essere inutilmente acritici e ottimisti di facciata; dobbiamo avere la capacità di indicare in modo preciso le difficoltà e le inefficienze, salvaguardando il grande patrimonio di conoscenze e di competenze del SSN e degli Ospedali in particolare. In questo contesto, a riguardo del capitolo delle illegittimità e delle inefficienze, dobbiamo assumere noi per primi la consapevolezza di segnalare, a livello centrale come a livello periferico, le inefficienze e il mancato rispetto delle regole dei nostri colleghi, anche per rispettare e salvaguardare i tantissimi che lavorano correttamente, nell'intento di una strategia comunicativa positiva che si ponga l'obiettivo di "avvicinare" gli utenti alla sanità e agli ospedali, di farne i nostri alleati e di accrescere la nostra immagine ed il ruolo politico, soprattutto alla vigilia di una stagione contrattuale.

L'iniziativa alla quale ho pensato è una sorta di *open day* dell'Ospedale (*), opportunamente preparato, per avvicinare gli utenti agli ospedali, predisponendo percorsi "facilitanti" per l'accesso ai diversi servizi, consegnando brevi report sulle prestazioni sanitarie, sugli esiti delle prestazioni, sulla necessità di restituire ai medici responsabilità gestionali con la finalità di restituire efficacia alle competenze professionali, sulle misure da assumere, sugli organici, sui turni, sulle tecnologie, sui servizi da potenziare, far sottoscrivere petizioni ...

A livello nazionale e regionale l'occasione dell'open day costituisce l'opportunità per promuovere conferenze - stampa sui contenuti e sulle finalità dell'iniziativa. In ordine ai servizi e alle utilities per i nostri iscritti non ritengo di aggiungere altro a quanto è stato fatto e a quanto già si intende fare.

Vorrei solo sottolineare alcune opportunità:

la prima riguarda il tentativo di allestire con la collaborazione dei nostri partner assicurativi proposte di polizze multifunzione (casa, auto, infortuni, malattia, Rca, tutela legale, ecc.); sappiamo tutti, infatti come i medici siano oberati da impegni molteplici sempre più difficili da rispettare e, conseguentemente, poter mettere a loro disposizione una sorta di proposta assicurativa comprensiva di tutte le esigenze del medico e della famiglia e di un unico interlocutore, potrebbe rappresentare un ottimo atout;

la seconda proposta - già ascoltata - è quella di dotare tutti i medici dipendenti (non solo gli iscritti ANAAO) di una APP per presentare i servizi offerti dall'Anaa e per trasmettere "pillole" di notizie utili per sollecitare l'attenzione degli stessi medici sulle vicende della sanità e sulle nostre posizioni;

la terza proposta è rivolta soprattutto ai giovani medici che avvertono in modo particolare l'esigenza di accrescere la loro professionalità, offrendo loro quanto meno informazioni e opportunità attraverso la pubblicazione periodica di servizi e strutture specialistiche ospedaliere presenti nel nostro Paese presso le quali poter effettuare stage formativi. Questo darebbe modo a tutti gli ospedali di qualificarsi e di presentare le attività svolte e gli esiti. Analogamente, utilizzando la nostra presenza negli organismi europei (Fems e Uems), potremmo allestire un panorama di ospedali europei, con le specifiche competenze cliniche, nei quali svolgere periodi di aggiornamento.

Credo che queste iniziative siano in grado di rilanciare l'immagine di un sindacato di professionisti di elevata qualità professionale che, mentre si battono per migliorare la qualità dei servizi sanitari e le condizioni di vita dei propri iscritti, non trascurano di stimolare la crescita professionale e la competitività dei medici, soprattutto più giovani.

(*) *OPEN DAY* - Giornata per la presentazione della qualità degli Ospedali del Ssn

Indennità di esclusività: l'Anaaò vince a Vicenza, Perugia e Napoli

Tribunale di Vicenza I Sezione Civile Sentenza n. 71/2017

Una pronuncia del Tribunale di Vicenza, resa in una vertenza patrocinata dall'Anaaò-Assomed, ha nuovamente riconosciuto l'inapplicabilità delle disposizioni in materia di blocco della retribuzione dei pubblici dipendenti nel periodo 2011-2014 allo scatto dell'indennità di esclusività previsto al raggiungimento dei cinque anni di servizio. In conformità ad altre precedenti pronunce di merito, la sentenza ha individuato nel conferimento dell'incarico professionale di cui all'art. 27, comma 1, lett. c), CCNL 1998-2001, successivamente al raggiungimento dei cinque anni di servizio, e previo superamento della verifica professionale, un evento straordinario della dinamica retributiva che giustifica il passaggio immediato alla fascia superiore dell'indennità di esclusività in deroga al predetto blocco delle retribuzioni. Ciò in quanto l'indennità di esclusività costi-

tuisce "un emolumento che compensa lo specifico incarico che l'Amministrazione è (...) obbligata ad attribuire, all'esito del positivo superamento della procedura valutativa, al compimento del quinto anno". Il Tribunale di Vicenza ha pertanto riconosciuto l'attribuzione dell'indennità di esclusività che non costituisce un adeguamento automatico collegato alla sola anzianità di servizio, ma è connessa al conseguimento di funzioni diverse ed in particolare ad uno specifico incarico aggiuntivo che l'Amministrazione è tenuta a conferire al dirigente che, superato il quinto anno di servizio, abbia anche conseguito positiva valutazione da parte della Commissione di valutazione. "Esprimo grande soddisfazione per il risultato conseguito - commenta il Segretario Regionale Anaaò dott. Adriano Benazzato -. Si tratta di una importantissima sentenza, resa in una vertenza patrocinata dall'Anaaò Assomed della Regione Veneto ed emessa, in favore di tre iscritti all'Associazione. La stessa si distingue dalle due precedenti e recenti sentenze sulla stessa materia, a noi favorevoli ed anch'esse patro-

ciate dalla nostra Associazione, per il fatto che non si limita a riconoscere solamente l'inapplicabilità delle disposizioni in materia di blocco della retribuzione dei pubblici dipendenti nel periodo 2010-2014 sullo scatto dell'indennità di esclusività conseguente all'esito della positiva valutazione conseguita dopo i primi cinque anni di servizio, ma va oltre, poiché sancisce, per la prima volta, a favore dei ricorrenti, il diritto all'"automatica" assegnazione di incarico di cui all'art. 27, co. 1, lett. b) o c), CCNL 8.6.2000 Dirigenza Area IV all'esito della positiva valutazione del primo quinquennio di servizio e contestualmente sancisce l'obbligo in capo alla Amministrazione di assegnare ai Dirigenti Medici uno degli incarichi di cui all'art. 27, co. 1, lett. b) o c), CCNL 8.6.2000 Dirigenza Area IV. La stessa stabilisce, inoltre, il diritto dei ricorrenti al passaggio dalla prima alla seconda fascia della indennità di esclusività che, in questi casi, non può rientrare nell'ambito del blocco stipendiale in quanto emolumento che compensa lo specifico incarico che l'Amministrazione è obbligata ad attribuire all'esito del positivo superamento

I testi integrali delle sentenze sono pubblicati su www.anaao.it

Tribunale di Perugia Sezione Lavoro - Sentenza n. 451/2016

Con due distinte pronunce, rese in vertenze patrocinate dall'Anaaò-Assomed a favore dei propri iscritti, anche il Tribunale di Perugia, Sezione lavoro, aveva riconosciuto nel 2016 l'inapplicabilità delle disposizioni in materia di blocco della retribuzione dei pubblici dipendenti nel periodo 2011-2014 allo scatto dell'indennità di esclusività previsto al raggiungimento dei cinque anni di servizio. Peraltro, tali pronunce hanno specificato che, per sottrarsi al predetto periodo di blocco, occorre che si verifichi un evento straordinario della dinamica retributiva, individuato nel conferimento di un nuovo incarico professionale di cui all'art. 27, comma 1, lett. c), CCNL 1998-2001 ("che il passaggio dalla prima alla seconda fascia dell'indennità di esclusività non è automatico; che esso è condizionato al conferimento di un incarico di direzione di struttura semplice o di natura professio-

nale anche di alta specializzazione, di consulenza, studio e ricerca, ispettive, di verifica e di controllo che, almeno sotto il profilo dei margini di autonomia, non potrebbe essere assegnato a dirigenti con meno di cinque anni di anzianità di servizio"). Dunque, le pronunce in esame ribadiscono i principi già espressi a suo tempo nella circolare 10.02.2011 della Conferenza Regioni e Province autonome, la quale escludeva dal predetto blocco delle retribuzioni, il "conseguimento di funzioni diverse in corso d'anno; a titolo esemplificativo: - assegnazioni di incarichi dirigenziali (...)". Da tale principio discende il corollario che lo scatto spetta e decorre dal momento del conferimento del nuovo incarico e non da quello del compimento dell'anzianità lavorativa dei cinque anni, la quale costituisce una condizione necessaria, ma non sufficiente per l'attribuzione del medesimo scatto.

Tribunale di Napoli Sezione Lavoro - Sentenza n. 5880/2015

Con una pronuncia, resa in vertenza patrocinata dall'Anaaò Assomed a favore dei propri iscritti, il Tribunale di Napoli, Sezione lavoro, aveva, già nel 2015, riconosciuto il diritto al passaggio alla fascia superiore ai cinque anni per l'indennità di esclusività con decorrenza dal mese successivo alla maturazione dell'esperienza richiesta, anche durante il noto periodo di blocco della retribuzione dei pubblici dipendenti. I ricorrenti, che già percepivano l'indennità di esclusività, avevano adito il Giudice del Lavoro per richiedere l'adeguamento dell'indennità, nella misura superiore spettante ai dirigenti con una esperienza professionale maggiore di cinque anni. Presupposto imprescindibile, ai fini del riconoscimento del diritto, il superamento della verifica al maturare del quinquennio con valutazione positiva dei ricorrenti. Pertanto "laddove si rinvenga il provvedimento valutativo con esito positivo presupposto dalla normativa contrattuale, va riconosciuta la somma dovuta a titolo di indennità di esclusività, nella misura corrispondente alla superiore fascia di anzianità".

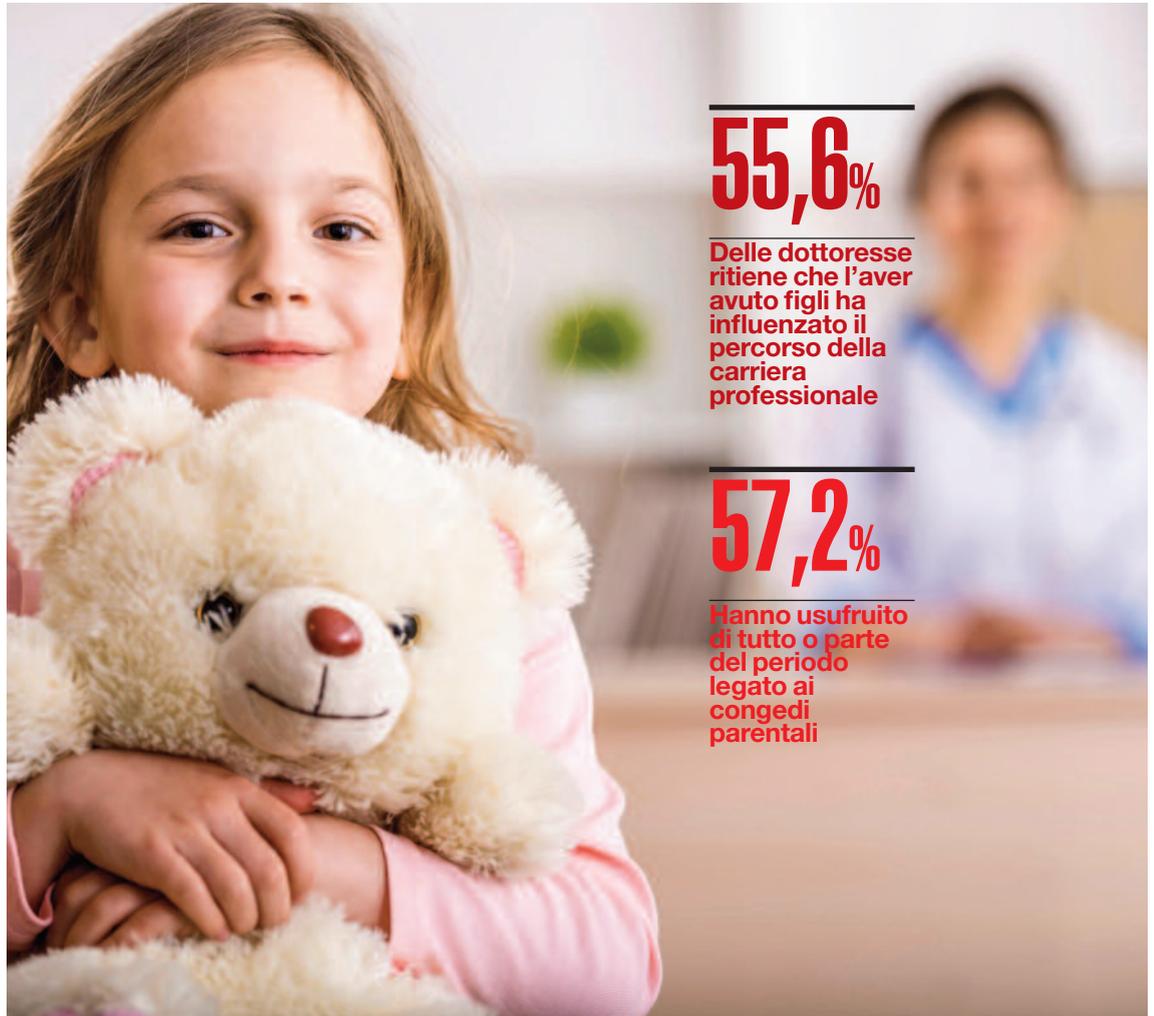
Riguardo alle mancate assunzioni dei medici non esistono capri espiatori come le “mamme medico” e il personale sanitario va ulteriormente implementato a beneficio di una sanità pubblica efficiente

Essere madre e medico nel Ssn: si può fare

Nei corridoi degli ospedali i medici, stanchi di essere interpreti di turnazioni con scarso rispetto dei normali cicli di riposo, spesso tendono a dar vita a discussioni che si basano su luoghi o pensieri comuni poco aderenti alla realtà. Uno di questi pensieri punta l'indice contro le donne medico colpevolizzate di essere protagoniste di assenze, improvvise e spesso prolungate, legate alla gravidanza. Tralasciate le sterili discussioni sui diritti sacrosanti delle donne, la cui conquista ci spinge verso vette altissime di civiltà e umanizzazione della società, è stata analizzata una finestra temporale, sul sito ministeriale www.contoannuale.it, che va dal 2010 al 2015 ed è stato estratto il numero delle assenze (intese come giornate lavorative), per gravidanza/malattia del figlio/congedo parentale, del personale femminile medico, assunto in maniera stabile con contratto Ssn nei seguenti enti: agenzia per la protezione dell'ambiente, enti ex Ipab, Irccs, Istituti zooprofilattici sperimentali, Policlinici universitari, Unità sanitarie locali e altri.

L'obiettivo dell'analisi è quello di stabilire se il numero di assenze è costante o in aumento in senso assoluto nei 5 anni presi in esame.

Le cifre esprimono un valore progressivamente decrescente che, escludendo il fisiologico aumento delle dottoresse uscite dal periodo fertile, descrive una minor assenza, legata alla gravidanza, delle donne medico negli ospedali. A conferma di ciò dalla lettura della survey di Anaao Giovani risulta che il 57,2% dei medici intervistati hanno usufruito di tutto o parte del periodo (legato ai congedi parentali) retribuito



55,6%

Delle dottoresse ritiene che l'aver avuto figli ha influenzato il percorso della carriera professionale

57,2%

Hanno usufruito di tutto o parte del periodo legato ai congedi parentali



BRUNO NICORA
Anaao Giovani
Lombardia
Dirigente medico
Asst Provincia
di Pavia

Tabella 1
Assenze (giornate lavorative) retribuite delle donne medico: maternità/congedo parentale/malattia del figlio

| | |
|------|---------|
| 2010 | 469.961 |
| 2011 | 417.478 |
| 2012 | 415.289 |
| 2013 | 425.834 |
| 2014 | 404.341 |
| 2015 | 402.805 |

Tabella 2
Numero di contratti a tempo indeterminato che sono stati attivati (assunzioni e trasferimenti da altri enti) e numero di quelli che sono cessati riguardanti il personale medico femminile e relativa differenza

| | donne cessate | donne assunte | differenza |
|------|---------------|---------------|------------|
| 2010 | 3.336 | 4.235 | +899 |
| 2011 | 2.863 | 3.362 | +499 |
| 2012 | 2.401 | 2.967 | +566 |
| 2013 | 1.806 | 2.060 | +254 |
| 2014 | 2.587 | 2.712 | +125 |
| 2015 | 3.293 | 3.382 | +89 |

al 100% dello stipendio. Rimanendo focalizzati sulla survey emerge che il 55,6% delle dottoresse ritiene che l'aver avuto figli ha influenzato il percorso della carriera professionale e quindi potrebbe concretizzarsi l'idea che una discriminazione sul lavoro o un ingresso tardivo nel Ssn possa indurre a “programmare” il numero di figli come ritiene il 34,7% dei medici coinvolti nella survey.

Concludendo il trend delle assenze 2010/2015 scagiona la quota rosa dei medici dalla critica di essere il motivo della carenza cronica di personale sanitario negli ospedali. Si aggiunge che dal 2010 al 2015, la differenza tra le donne medico assunte e quelle che hanno cessato il contratto, pur rimanendo positiva a favore delle assunzioni, è progressivamente diminuita.

Se il trend venisse confermato per le finestre temporali successive, non sussisterebbero ulteriori scusanti alle assunzioni che porterebbero a livelli organizzativi ideali per l'Ssn e realizzazioni professionali e personali delle donne medico.

Sitografia:

www.contoannuale.it;

www.anaao.it - Survey Anaao Giovani “Gli ostacoli per una vita non solo di corsia: è anche una questione di genere?” Dicembre 2016

Lo sviluppo della genetica medica

Le patologie ereditarie del tessuto connettivo

Il “**connettivo**” è il tessuto più rappresentato nel corpo umano. Esso è in realtà una “famiglia” di tessuti con funzioni diverse in base alle loro caratteristiche microscopiche



MARCO CASTORI
Genetista clinico
Uoc Laboratorio
di Genetica
Medica
Azienda
Ospedaliera San
Camillo Forlanini
Roma

Cute, articolazioni e vasi hanno un elevato contenuto in tessuto connettivo che in essi assume connotati istologici diversi in base alle necessità. Il grado di specializzazione del tessuto connettivo può essere tale da esprimersi in peculiarità macroscopiche, come evidente per ossa e cartilagini. Come tutti gli altri tessuti, il tessuto connettivo può essere oggetto di processi patologici specifici. Storicamente, le patologie del tessuto connettivo più note e diffuse sono le connettiviti; un gruppo eterogeneo di condizioni infiammatorie croniche che si estrinsecano principalmente a livello articolare. Benché si pensi che per le connettiviti, come per altre malattie a patogenesi autoimmune o infiammatoria idiopatica, la “genetica” dell’individuo affetto giochi un ruolo nella comparsa e/o evoluzione della patologia, al momento le basi molecolari di tali condizioni restano in larga parte sconosciute.

Più di recente è stato posto l’accento sull’esistenza di connettivopatie di chiara natura ereditaria, dovute a mutazioni in geni specifici coinvolti nella sintesi delle varie componenti del tessuto connettivo. Tali condizioni prendono il nome di patologie ereditarie del tessuto connettivo. Le manifestazioni di queste patologie dipendono dalla funzione della proteina codificata e dagli organi in cui essa è espressa. Alcune di queste pa-

Manifestazioni tipiche delle sindromi di Ehlers-Danlos.

- A** Ipermobilità articolare alle dita delle mani.
- B** Cicatrice distrofica dovuta a traumi ripetuti per fragilità cutanea e rallentato processo cicatriziale.
- C** Ecchimosi estese e con lento riassorbimento per fragilità capillare.

tologie hanno manifestazioni “sistemiche” per l’ubiquitarità della proteina implicata. Le patologie ereditarie sistemiche del tessuto connettivo possono condividere con le connettiviti alcune manifestazioni cliniche, quali dolori articolari cronico-ricorrenti e le conseguenti disabilità motorie. Se ne distinguono tuttavia per specifiche caratteristiche fisiche apprezzabili all’esame obiettivo e dal coinvolgimento peculiare di altri organi e strutture, quali cute, apparato cardiovascolare ed organi di senso.

Tutte queste patologie sono al momento considerate “malattie rare”. La rarità di alcune di esse tuttavia dipende dalla insufficiente informazione in ambito medico. Tra le patologie ereditarie sistemiche del tessuto connettivo, le più frequenti, e quindi quelle che hanno una probabilità non trascurabile di giungere all’osservazione dei medici territoriali, sono le sindromi di Ehlers-

Danlos. Le sindromi di Ehlers-Danlos sono un gruppo estremamente eterogeneo di malattie genetiche caratterizzate da ipermobilità articolare, alterazioni di consistenza della cute che spesso ne determinano fragilità e/o compromissione del processo cicatriziale, fragilità e disfunzioni degli vasi e degli organi interni. Attualmente sono note circa 18 varianti diverse di sindrome di Ehlers-Danlos. Le più rappresentate sono le varianti classica, ipermobile e vascolare. Il loro pronto riconoscimento è importante per una adeguata presa in carico della sintomatologia emergente, per la prevenzione delle complicanze a medio e lungo termine che talvolta possono essere fatali, e per una razionalizzazione della spesa sanitaria, spesso abusata durante il lungo processo di accertamento in questi pazienti. Si tratta pertanto di un ulteriore ambito di patologie che afferiscono alla Genetica Medica. La disciplina infatti che attualmente è dedicata alla diagnosi ed al coordinamento della presa in carico degli affetti da patologie ereditarie sistemiche del tessuto connettivo è proprio la Genetica Medica, a cui dunque è opportuno indirizzare i pazienti sospetti.



Risponde l'ufficio legale
Anaa Assomed

Quali sono i criteri per l'attribuzione di un incarico di responsabile di Struttura Semplice?

La legge stabilisce (art. 15, D.lgs. n. 502/1992) che *“l'incarico di responsabile di struttura semplice, intesa come articolazione interna di una struttura complessa, è attribuito dal direttore generale, su proposta del direttore della struttura complessa di afferenza, a un dirigente con un'anzianità di servizio di almeno cinque anni nella disciplina oggetto dell'incarico”*.

Ciò posto, la disciplina contrattuale (art. 28, Ccnl 8.6.2000) stabilisce che l'azienda, nel conferimento degli incarichi e per il passaggio ad incarichi di funzioni dirigenziali diverse, deve tener conto:

- a) delle valutazioni del collegio tecnico;
- b) della natura e caratteristiche dei programmi da realizzare;

- c) dell'area e disciplina di appartenenza;
- d) delle attitudini personali e delle capacità professionali del singolo dirigente, sia in relazione alle conoscenze specialistiche nella disciplina di competenza che all'esperienza già acquisita in precedenti incarichi (svolti anche in altre aziende), ovvero alle esperienze documentate di studio e ricerca presso istituti di rilievo nazionale o internazionale;

- e) dei risultati conseguiti in rapporto agli obiettivi assegnati nonché alle valutazioni riportate dal collegio tecnico.

Ulteriori indicazioni possono essere contenute nel Regolamento aziendale sugli incarichi dirigenziali, cui bisognerà far riferimento.



Vorrei sapere se dopo un turno guardia di attiva festiva di 12 ore posso continuare a fare reperibilità e se, in questo caso, ho coperture assicurative?

L'istituto denominato come pronta disponibilità si connota per l'obbligo di attesa dell'eventuale chiamata e può dar luogo a due diverse situazioni.

In un primo caso, la reperibilità si esaurisce nel mero rispetto dell'obbligo di attesa di essere chiamato nel periodo orario prestabilito per raggiungere il presidio (cd. reperibilità passiva), senza che a tale disponibilità segua una effettiva chiamata e, quindi, una prestazione di servizio. In tal caso, la pronta disponibilità non intacca il periodo di riposo minimo di 11 ore tra una prestazione lavorativa e l'altra.

Diversa è l'ipotesi in cui la reperibilità sia caratterizzata dall'effettiva chiamata e dalla conseguente prestazione lavorativa (cd. reperibilità attiva).

In tal caso, l'effettivo svolgimento della prestazione costituisce orario di servizio e sospende, ma non interrompe, la fruizione del riposo minimo di 11 ore giornaliero.

Infatti, l'articolo 5, comma 1, D.lgs. 66/2003 esclude appunto che la chiamata in reperibilità interrompa la fruizione del riposo giornaliero: *“Il riposo giornaliero deve essere fruito in modo consecutivo fatte salve (ossia escluse) le attività caratterizzate da regimi di reperibilità”*.

Ne consegue che durante i turni di reperibilità il riposo minimo giornaliero può essere fruito frazionatamente al netto del tempo di chiamata in servizio.

Pertanto, è possibile l'effettuazione di un turno di reperibilità consecutiva ad uno di guardia, se è comunque garantito un riposo di 11 ore prima del successivo turno di servizio attivo.

Tale sistema legittimo di organizzazione del lavoro non costituisce un motivo ostativo a che l'attività di servizio prestata durante i turni in esame rientri nella copertura assicurativa dell'Azienda sanitaria.





anaao.news

**APPOSTA
PER TE!**

**IL MONDO ANAAO
NELLE TUE MANI.**

**SCARICA L'APP
SU APP STORE
O SU GOOGLE PLAY.**



Google Play and the Google Play logo are trademarks registered by Google Inc. Apple e il logo Apple sono marchi di Apple Inc., registrati negli Stati Uniti e in altri Paesi. App Store è un marchio di servizio di Apple Inc.

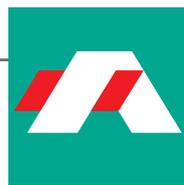
Apri il lettore qr code del tuo dispositivo e inquadra il codice con il display per scaricare la APP ANAAO



www.anaao.it



ANAAO
ASSOCIAZIONE



ASSOMED
MEDICI DIRIGENTI

Perdi troppo tempo a cercare articoli scientifici?

Segui il corso online:
**RICERCA
BIBLIOGRAFICA DI
ARTICOLI SCIENTIFICI
IN PUBMED**



A gennaio il primo corso online della **Fondazione Pietro Paci**
15 CREDITI ECM - GRATUITO *

PubMed, è una banca dati sviluppata dal National Center for Biotechnology Information (NCBI) presso la National Library of Medicine (NLM) di Bethesda (USA). L'interfaccia web consente l'accesso a oltre 16 milioni di citazioni di articoli scientifici dal 1950 ai giorni nostri.

Malgrado questa risorsa sia nota a tutti, pochi la sanno sfruttare al meglio delle sue potenzialità.

Con questo corso FAD ti saranno forniti gli strumenti di base per ottimizzare le strategie di ricerca riducendone i tempi di utilizzo. Imparerai a effettuare ricerche per campi, per citazioni e per frasi. Potrai muoverti in modo rapido e funzionale all'interno del sito per trovare velocemente tutti gli articoli e le riviste di interesse.

Gli argomenti saranno trattati con materiale testuale e brevi video interattivi. Durante il corso potrai disporre di un tutoraggio online in caso di dubbi e necessità.

Al termine del percorso potrai inoltre scaricare la dispensa completa che resterà per sempre tua.

IMPARI E CONSEGUI CREDITI SENZA PAGARE!



PER MAGGIORI INFORMAZIONI CONTATTACI
a.dotti@fondazionepietropaci.it www.fondazionepietropaci.com

* evento gratuito solo per iscritti Anao Assomed - 70 euro + IVA per i medici non iscritti Anao Assomed e 50 euro + IVA per tutte le altre professioni sanitarie