

d!

d!rigenza medica

8-9 "Non mollare mai"
Intervista a Stefania
Orecchia, Segretaria
Aziendale ex Asl To1

10-13 Il monito dalla III Conferenza
Anaaio Giovani

Il mensile dell'Anaaio Assomed

ANAAIO ASSOCIAZIONE
ASSOMED MEDICI DIRIGENTI

Parole d'ordine e obiettivi

CONTRATTO DI LAVORO

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
00147 Roma
Tel. 06.59.44.61
Fax 06.59.44.62.28

Stampa

STRpress, Pomezia (Rm)

Registrazione al Tribunale di
Milano n. 182/2002
del 25.3.2002.

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

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

Costo a copia: euro 2,50

Finito di stampare
nel mese di ottobre 2017

Invertiamo la rotta sulla formazione

La formazione medica in Italia vive ormai da anni una insopportabile condizione di precarietà, specchio della precarietà che affligge il nostro sistema sanitario nazionale a tutti i livelli organizzativi e professionali. Eppure le premesse erano altre.

Fino allo scorso decennio infatti, il medico in formazione, titolare di una borsa di studio da 800 euro al mese, de-contrattualizzato, si ritrovava a svolgere funzioni sostitutive del personale di ruolo senza riconoscimenti, ed era soggetto ad una formazione discrezionale da parte del Direttore di Scuola che decideva del futuro del medico in formazione fin dagli ultimi anni di medicina attraverso un internato che si rivelava una forma quasi di *ricatto formativo*.

La scuola di specializzazione, autoreferenziale, non assicurava una qualità adeguata agli standard europei. Il concorso per l'accesso alle scuole di specialità era locale, ed avevano un peso specifico enorme la tesi di laurea, nonché il relatore, gli esami specifici e l'internato. La commissione giudicatrice era formata dai docenti della scuola.

In seguito alla direttiva europea del '91, l'Italia, seppur con notevole ritardo, decide di adeguarsi, almeno in parte, ai nuovi standard formativi.

A partire infatti dal 2005 la borsa di studio viene trasformata in un vero e proprio contratto di formazione, seppur ancora incompleto, seppur in parte ancora legato all'Università, almeno in termini di pagamento delle tasse scolastiche.

Il riassetto delle scuole di specializzazione del marzo 2005 cerca di migliorare anche la qualità formativa introducendo per la prima volta la rete formativa, anche se non organizzata in modo omogeneo sul territorio nazionale. Nascono i primi strumenti di controllo: gli osservatori nazionale e regionali, che però non trovano applicazione omogenea. Si inizia a parlare di esperienze all'estero del medico in formazione, di valutazione di performance universitarie, numero definito di interventi e procedure da dover eseguire e certificare per conseguire il titolo di specialista, rete formativa obbligatoria, possibilità di trascorrere 18 mesi all'estero. Temi che, sulla carta, come di solito avviene in Italia, sembravano poter assicurare una formazione seria.

Ma nella sostanza gli anni di assuefazione ad un sistema non funzionante hanno fatto sentire il loro peso e di fatto la *nuova* formazione medica in Italia stenta a decollare.

Nel 2015, dopo 10 anni, il legislatore decide che è giunta l'ora di modificare anche le modalità di accesso alle scuole di specializzazione.

Nasce il concorso nazionale.

La prima esperienza risulta con luci ed ombre. Nelle Università inizia a sparire l'internato, non più determinante per l'ingresso in scuola, permangono tuttavia *bias* organizzativi di rilievo.

Le sedi di svolgimento del concorso sono 95 in tutta Italia, con disomogeneità di valutazione preoccupanti, non esiste una bibliografia di riferimento per lo studio e poi le tre scelte. Ogni candidato può scegliere tre scuole con rispettive sedi, una per area, modalità che appare a molti limitante. Soprattutto a creare i maggiori dubbi però, è il numero di contratti messi a disposizione dal Miur, 6105 che sembrano davvero pochi viste le 10mila immatricolazioni alla facoltà di medicina annuali.

Tutto sommato è l'inizio di un cambiamento, si pensa.

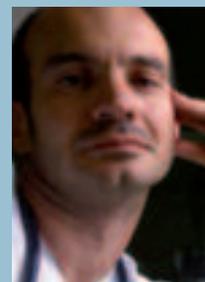
Si attendeva con ansia il secondo concorso nazionale, confidando in una correzione dei *bias* riscontrati nella prima esperienza, confidando nell'inizio di una corretta programmazione del personale e in un aumento sostanziale dei contratti di formazione.

Ancora una volta, tuttavia, i disservizi e la scarsa organizzazione del nostro paese hanno

Segue a pag. 16

**DOMENICO
MONTEMURRO**

*Responsabile Nazionale
Settore Anaao Giovani*



PIERINO DI SILVERIO

*Direttivo Nazionale
Settore Anaao Giovani*





Parole d'ordine e obiettivi

Ogni rinnovo contrattuale ha i suoi obiettivi ideali su cui viene imperniata buona parte della contrattazione. Questi sono sintetizzati in alcune “parole d'ordine” che rappresentano la sintesi emozionale delle idealità e dei bisogni della categoria. Da questi devono poi scaturire gli obiettivi concreti da perseguire. Il prossimo Ccnl dovrà avere, a nostro parere, i seguenti “indirizzi ideali” ed i conseguenziali obiettivi.

PAROLE D'ORDINE

- **Certezza** e correttezza attuativa.
- **Sicurezza** organizzativa e clinica.
- **Valorizzazione** della Professionalità.
- **Meritocrazia**.

OBIETTIVI

- **Migliorare** la comprensione delle norme contrattuali e rendere univoca la loro interpretazione.
- **Determinare** condizioni maggiormente omogenee di attuazione di tali norme sul territorio nazionale.
- **Arrestare** l'espiazione dei fondi contrattuali ed impedire l'uso scorretto dei residui di questi.
- **Modellare** le norme contrattuali alla particolare peculiarità della dirigenza del ruolo sanitario.
- **Individuare** condizioni di sviluppo di carriera e di premialità più specifiche alle peculiarità di tale dirigenza.
- **Ridurre** le condizioni di disagio lavorativo.
- **Elevare** le condizioni di sicurezza organizzativa e clinica per i pazienti e di sicurezza nel lavoro per i dirigenti del ruolo sanitario.

A cura di **Giuseppe Montante**
e **Carlo Palermo**
Vice Segretari Nazionali e
Coordinatori Commissione
Contratto dell'Esecutivo
Nazionale



MATERIE E ISTITUTI CONTRATTUALI

Le materie contrattuali rilevanti su cui intervenire in sede di rinnovo del Ccnl sono molteplici, considerata la complessità organizzativa della sanità pubblica. Fra queste, le prime due, nella sequenza espositiva sono quelle da trattare in premessa:

Modello contrattuale

A La scelta del modello contrattuale da attuare attraverso il Contratto Collettivo Nazionale è fondamentale per la soddisfazione delle idealità e per il raggiungimento degli obiettivi sopra ipotizzati.

Nostrì indirizzi

Le condizioni attuali di grave e diffusa incertezza e/o non correttezza attuativa a livello aziendale sconsigliano di rinunciare a parte delle uniche certezze presenti nelle norme e nelle tutele del Ccnl.

In conseguenza di quanto sopra espresso, la prossima contrattazione dovrà:

- potenziare il ruolo di indirizzo e di garanzia del Ccnl, fermo restando quello invece attuativo della normativa nazionale del livello periferico;
- definire in modo più puntuale le materie oggetto di contrattazione integrativa aziendale e per quali di queste tale contrattazione dovrà avere periodicità annuale;
- potenziare l'istituto contrattuale della concertazione, aggiungendo alle materie già previste dal Ccnl vigente

anche: “Criteri generali per la prevenzione e riduzione del rischio clinico determinato da condizioni organizzative”;

- introdurre un ruolo di contrattazione periferico più autonomo in caso di utilizzo di risorse economiche aziendali e/o regionali aggiuntive a quelle determinate dal Ccnl, che sia però rispettoso delle norme di garanzia nazionali.

Certezza attuativa

B Una delle criticità maggiori ed in forte crescita del modello contrattuale vigente è costituita dalla scarsa presenza, in quasi tutte le aziende, di condizioni minime di “certezza e correttezza attuativa”.

Questa piaga ha afflitto gran parte delle norme del Ccnl, soprattutto quelle riguardanti i fondi contrattuali.

Non è possibile affrontare una contrattazione nazionale senza risolvere in premessa, o limitare fortemente, questa condizione patologica.

Nostrì indirizzi

Questa criticità dovrà essere corretta mediante l'introduzione nel Ccnl di norme di tipo “ordinatorio” più chiare ed esplicite e di un percorso-procedura da attivare in caso di gravi violazioni e/o inosservanze da parte aziendale, che ne attesti l'eventuale esistenza e responsabilità aziendale, eserciti il necessario tentativo di conciliazione e renda possibile l'eventuale azione sanzionatoria. Interventi normativi ordinatori.

- Nella definizione del modello contrattuale
 - Introduzione di modifiche miranti a ridurre lo spazio di autonomia interpretativa ed attuativa a livello aziendale (anello debole).
 - Ribadire in modo più esplicito e con maggior forza l'impossibilità per la contrattazione integrativa aziendale di modificare le norme contrattuali nazionali e l'automatica nullità nei fatti di tale modifica.
- Nella regolamentazione della normativa sulle Relazioni Sindacali
 - Introduzione di norme e tempistiche attuative per il livello periferico più stringenti ed improrogabili.
 - Individuare in modo più esplicito e puntuale i doveri e le responsabilità della Parte Pubblica nell'attuare le norme contrattuali e nel rispettare la tempistica.
- Nella costruzione e utilizzo dei fondi contrattuali
 - Definizione nazionale più puntuale e ineludibile degli addendi, della procedura da seguire e delle scadenze per effettuare ciò, nonché dei principi e dei limiti che devono governare il loro utilizzo.

- Nella regolamentazione della gestione ed utilizzo dei residui dei fondi contrattuali

- Rafforzamento a livello nazionale delle disposizioni contrattuali attualmente vigenti per l'anno di competenza, sulle loro modalità e limiti di utilizzo.

Percorso-procedura in caso di gravi violazioni e/o inosservanze da parte aziendale

- L'Istituto contrattuale che norma la gestione dei conflitti dovrà prevedere:

- Istituzione presso l'Aran di un Comitato Paritetico Nazionale di Garanzia rappresentativo delle parti contrattuali nazionali, che sia attivato ogni qual volta avvenga una segnalazione formale e circostanziata delle Oo.Ss. aziendali, firmatarie del Ccnl e aventi complessivamente almeno il 51% delle deleghe sindacali aziendali della dirigenza del ruolo sanitario, o in alternativa da una delle Oo.Ss. nazionali firmatarie del Ccnl.

- Attribuzione al suddetto Comitato dei seguenti compiti da eseguire in modo sequenziale:

1. eseguire l'istruttoria necessaria ed emettere una formale valutazione;
2. esercitare il tentativo ufficiale di conciliazione;
3. in caso di fallimento del tentativo di conciliazione, segnalare formalmente l'eventuale comportamento scorretto dell'Azienda, oltre che alle parti interessate, anche alle Autorità nazionali e regionali competenti per i provvedimenti sanzionatori conseguenti e l'attribuzione di eventuali responsabilità individuali.

- Registrazione formale presso l'Aran delle segnalazioni pervenute al suddetto Comitato e dell'esito dei tentativi di conciliazione al fine della creazione di una “fedina contrattuale delle aziende”, che abbia valenza per tutto il tempo di vigenza del Ccnl.

Confronto regionale

C Lo strumento del Confronto Regionale, nella sua attuazione pratica, ha spesso tradito le sue finalità (omogeneizzazione delle attuazioni contrattuali fra le aziende e soddisfazione delle specificità regionali) diventando invece strumento indiretto di ingerenza impropria della Regione sulla contrattazione aziendale.

Nostrì indirizzi

La prossima contrattazione dovrà correggere tale criticità mediante:

- La limitazione del numero di materie e/o istituti contrattuali oggetto di ta-

**Indirizzi
per il
nuovo
CCNL**

“

Una delle criticità maggiori ed in forte crescita del modello contrattuale vigente è costituita dalla scarsa presenza, in quasi tutte le aziende, di condizioni minime di “certezza e correttezza attuativa”

le “confronto regionale” solamente a quelle più strategiche per la specificità regionale e comunque non già regolamentate in modo stringente dal Ccnl e/o da Leggi nazionali (non più di 5 – 6).

- Una definizione migliore del ruolo del “confronto regionale” fra la Regione e le Oo.Ss. di categoria, nei riguardi della contrattazione aziendale e del suo limite di solo suggerimento attuativo ai tavoli di contrattazione integrativa aziendale
- L'introduzione dell'obbligatorietà della sua attivazione a livello regionale o in subordine dell'equiparazione dei poteri di ambo le parti nei riguardi delle modalità di attivazione.

Livello di maggioranza sindacale nella contrattazione aziendale

D Il D.lgs 165/2001 e i Contratti Nazionali della dirigenza del ruolo sanitario, che si sono succeduti dal 2001 in poi, non hanno, fino ad ora, definito il livello minimo di maggioranza sindacale per la stipula di un Contratto Integrativo periferico nel caso esistano solamente le Rappresentanze Sindacali Aziendali. Questa omissione può costituire una criticità pericolosa, foriera di possibili abusi.

Nostro indirizzo

Attraverso il Ccnl sarà necessario correggere questa omissione normativa:

- definendo pertanto in modo chiaro che la maggioranza minima di consensi sindacali, necessaria per la validazione degli accordi integrativi aziendali, dovrà essere pari al 51% delle deleghe sindacali rappresentate al livello aziendale dalle Oo.Ss. di categoria firmatarie del Ccnl.

Contingenti minimi in caso di sciopero

E La valutazione dell'adesione ad uno sciopero dei dirigenti del ruolo sanitario è stata fino ad ora oggetto frequente di utilizzo di alcune modalità attuative errate o non precise che ne hanno minimizzato il risultato.

Nostrì indirizzi

Per evitare che questi errori di valutazione continuino ad accadere, mediante il Ccnl si dovrà:

- affermare che i contingenti minimi di dirigenti del ruolo sanitario, comandati in servizio durante uno sciopero siano identici a quelli previsti nei giorni festivi;
- precisare in modo inequivocabile le modalità di rilevazione della percentuale di adesione allo sciopero, che dovrà essere calcolata sulla base dei

dirigenti del ruolo sanitario che avrebbero dovuto essere ordinariamente in servizio al netto di ferie già richieste, di malattie certificate e di comandi in servizio per partecipazione ai contingenti minimi, e di queste, insieme al dato percentuale, darne formale informazione alle Oo.Ss. interessate in modo formale alla comunicazione alle autorità.

Rapporto di lavoro a tempo determinato

F Le aziende negli ultimi anni hanno sempre più abusato nell'utilizzo di rapporti di lavoro precari nella stipula di contratti di lavoro di assunzione di medici, veterinari, biologi, chimici, farmacisti, ecc.. La frequente forte carenza di tutele in questi contratti e il loro numero eccessivo costituiscono una forte condizione di disagio per buona parte della categoria e pertanto una forte criticità che il nuovo contratto dovrà correggere.

Nostrì indirizzi

Il Ccnl dovrà:

- definire una percentuale limite di rapporti di lavoro precari (essenzialmente a tempo indeterminato) rispetto a quelli a tempo determinato per i dirigenti del ruolo sanitario all'interno dell'azienda (ad es.: max. 10%) e l'obbligo a mantenersi entro questi limiti;
- sancire che i livelli di retribuzione e le tutele dei dirigenti del ruolo sanitario con rapporto di lavoro a tempo determinato dovranno essere identici a parità di orario di lavoro settimanale e di anzianità di servizio a quelli presenti per quelli con rapporto di lavoro a tempo indeterminato.

Modello nazionale di carriera

G Il modello di carriera verticale della dirigenza del ruolo sanitario dipendente, vigente da tanti anni, presenta nei fatti un forte e crescente sbilanciamento verso le competenze gestionali, una eccessiva genericità della tassonomia soprattutto delle posizioni professionali e presenza di meccanismi di selezione eccessivamente discrezionali e non vincolati alla meritocrazia. Queste costituiscono delle criticità che ne minano alla base la credibilità e capacità di ulteriore tenuta:

Nostrì indirizzi

È necessario pertanto individuare nel Ccnl un nuovo profilo di carriera verticale dei dirigenti che:

- sia più consono alla loro specificità professionale;
- permetta un duplice sviluppo con pa-

ri dignità di ruolo, di gerarchia e di retribuzione:

- prevalentemente di tipo gestionale;
 - prevalentemente di tipo professionale;
 - preveda la possibilità di passaggio da l'uno all'altro dei due profili;
 - preveda per ambedue i profili, un pari numero di gradi di sviluppo di carriera e valori economici identici in condizione di parità di livello e di grado;
 - presenti nei livelli alti del profilo di carriera a sviluppo prevalentemente professionale, un primo grado di carriera caratterizzato da valenza all'interno dell'Uoc di appartenenza e da un valore economico identico all'Uos. articolazione interna della stessa Uoc, ed un secondo grado, superiore al primo, caratterizzato da valenza dipartimentale o aziendale e da un valore economico pari a quello dell'Uosd;
 - preveda che la graduazione e la valorizzazione economica degli incarichi di Uosd e di carriera professionale di alto livello corrispondente debbano essere molto vicini a quelli degli incarichi di Uoc;
 - presenti posizioni funzionali inerenti lo sviluppo della carriera a prevalente peculiarità professionale corrispondenti all'architettura gerarchica del "saper fare" e una nuova tassonomia, corrispondente al reale profilo di responsabilità correlato e espressiva di questa e del livello gerarchico connesso;
 - sia univoco nella sua architettura generale a livello nazionale e non modificabile a livello periferico;
 - preveda meccanismi di selezione dei dirigenti del ruolo sanitario a cui attribuire le posizioni funzionali di elevato grado mediante un bando interno all'azienda di tipo curriculare, diretto a coloro che sono in possesso dei requisiti professionali richiesti.
- Con il nuovo Ccnl è necessario anche:
- definire il numero (preferibilmente 3 componenti) e i principi generali che devono regolare la composizione delle Commissioni Aziendali che dovranno selezionare i dirigenti a cui affidare gli incarichi di posizione di alto grado fra i partecipanti ai bandi interni (ad es.: il dirigente sovraordinato + 2 dirigenti con competenze professionali equipollenti o affini all'incarico da affidare e posizione funzionale non inferiore);
 - equiparare gli incarichi di lavoro a tempo determinato e/o con rapporti di lavoro atipici nelle aziende sanitarie pubbliche a quelli a tempo indeterminato con orario di lavoro equivalente ai fini del calcolo dell'anzianità necessaria per l'attribuzione del

primo scatto di esclusività di rapporto e del primo incarico di posizione;

- l'attribuzione di una retribuzione base di posizione al compimento del terzo anno di anzianità di servizio;
- un incarico di posizione con la dizione "dirigente formato", da attribuire al dirigente del ruolo sanitario, dopo il superamento della verifica posta alla fine del primo periodo di servizio, in assenza di altri incarichi di posizione assegnati;
- una durata degli incarichi di posizione, attribuiti dopo il superamento della verifica posta a conclusione del periodo di formazione dirigenziale, pari sempre a 5 anni.

Sistema premiante

H Il sistema premiante previsto dal Ccnl vigente è in gran parte limitato agli aspetti gestionali o prestazionali o economici ed è di entità modesta. Inoltre viene spesso utilizzato dalle aziende in modo improprio o errato.

La limitatezza del sistema premiante, la sua irrilevanza e il suo frequente uso inappropriato costituisce una delle criticità maggiori dell'attuale impianto contrattuale.

Nostrì indirizzi

Per correggere tale criticità, nel nuovo Ccnl si dovrà agire sia a livello della normativa della retribuzione di risultato che della retribuzione di specificità e di posizione.

Retribuzione di risultato

- Esplicitare in modo chiaro ed inequivocabile le caratteristiche di stretta correlazione alle attività prestazionali espletate dal dirigente e di misurabilità oggettiva dei risultati conseguiti, che devono guidare la scelta e l'attribuzione degli obiettivi.
- Sancire il principio che, in sede di affidamento di obiettivi ai singoli dirigenti, questi possano essere differenziati ma con uguali potenzialità di risultato.
- Introdurre condizioni premiali concrete ed oggettive specifiche di tipo meritocratico riguardanti la qualità delle prestazioni professionali effettuate.

Retribuzione di specificità e di posizione

- Introdurre condizioni premiali concrete ed oggettive di tipo meritocratico conseguenti a ogni valutazione positiva della verifica professionale periodica da parte del Collegio Tecnico (crescita orizzontale della carriera), specifiche per la Dirigenza del ruolo sanitario:
 - per i medici e veterinari mediante l'incremento economico della retribuzione di specificità;

Indirizzi
per il
nuovo
CCNL

- per gli altri dirigenti del ruolo sanitario mediante l'istituzione di una voce stipendiale "retribuzione di specificità sanitaria" in cui versare l'incremento.

N.b.: l'introduzione di questa nuova voce per i dirigenti del ruolo sanitario non medi, trova una giustificazione nel dettato dell'art. 15 ter del D.Lgs 502/1992 e sue successive modificazioni dove viene sancita la peculiare specificità legislativa della dirigenza del ruolo sanitario.

Sistema delle verifiche

Il sistema delle verifiche presente nel Ccnl presenta una certa genericità delle modalità attuative e dei criteri generali guida della verifica, soprattutto quella annuale. Tutto ciò è stato spesso causa di distorsioni attuative aziendali, costituendo una delle criticità maggiori del Ccnl vigente.

Nostrì indirizzi

Per correggere tale criticità, nel nuovo Ccnl si dovrà agire sulla normativa delle verifiche.

Verifica annuale di risultato

- Introdurre un limite massimo per:
 - la verifica conclusiva ai fini della retribuzione di risultato (4 mesi dalla conclusione dell'anno solare);
 - il conguaglio conclusivo della retribuzione di risultato (6 mesi dalla conclusione dell'anno solare).
- Introdurre nelle verifiche delle capacità organizzative e gestionali dei responsabili di Uoc e Uosd la valutazione anche:
 - della gestione complessiva dei piani di lavoro, in rapporto alle norme contrattuali e legislative vigenti;
 - dell'equa ripartizione dei carichi di lavoro e in particolare di quello disagiato;
 - delle iniziative concrete attuate per la formazione continua e sul campo e per la crescita professionale dei dirigenti del ruolo sanitario del reparto, tenendo conto delle specificità individuali;
 - del clima di consenso generato fra i dirigenti del ruolo sanitario direttamente sotto ordinati;
- Esplicitare in modo chiaro e vincolante che la verifica deve rispondere sempre a principi di trasparenza e oggettività e che quella su obiettivi prestazionali deve basarsi sul confronto con indicatori di esito.

Verifica professionale pluriennale

- Introdurre un limite massimo per:
 - per la verifica professionale periodica e per quella conclusiva alla scadenza dell'incarico di posizione ai fini della retribuzione di posizione e dell'esclusività di rapporto (entro 4 mesi successivi alla scadenza).

“

Il non rispetto delle norme vigenti sull'orario di lavoro e la non coerenza delle norme legislative e contrattuali nazionali alle disposizioni legislative europee sull'orario di lavoro e riposi, sono da annoverare fra le maggiori cause di disagio lavorativo e di rischio clinico

Orario di lavoro

Il non rispetto delle norme vigenti sull'orario di lavoro e la non coerenza delle norme legislative e contrattuali nazionali alle disposizioni legislative europee sull'orario di lavoro e riposi, sono da annoverare fra le maggiori cause di disagio lavorativo e di rischio clinico.

La Legge 161/2014 ha colmato questo grave vulnus legislativo ed ha esteso, dal 25 novembre 2015 in poi, anche ai dirigenti del ruolo sanitario la piena operatività di tutte le disposizioni europee in merito.

Compito del nuovo Ccnl sarà quello di adeguare la normativa contrattuale a quella europea e assumere le necessarie decisioni attuative.

Nostrì indirizzi

In considerazione di ciò, in sede di contrattazione nazionale sarà necessario:

- aggiornare le norme del Ccnl in materia di orario di lavoro e riposi per renderle coerenti alle disposizioni della suddetta Legge;
- definire le possibili deroghe alla normativa europea sui riposi, le motivazioni ed i limiti di tali deroghe in riferimento al:
 - periodo di calcolo dell'orario medio settimanale (ad es.: deroga da 4 a 6 mesi, solamente in caso di improvvisa e significativa carenza di organico avvertasi nei 4 mesi precedenti e comunque attivabile solamente una volta nell'anno solare e non perdurabile nell'anno successivo, poiché in tal caso la carenza non sarebbe improvvisa, ma strutturale);
 - limite minimo di riposo giornaliero continuativo solamente in presenza di condizioni organizzative improvvise, straordinarie e non prevedibili in riferimento ad attività sanitarie non procrastinabili e non interrompibili pena grave nocimento per l'assistenza e l'obbligo all'immediato recupero del riposo minimo non fatto prima del successivo turno di lavoro e gli strumenti compensativi di tutela della salute;
- definire i limiti quantitativi massimi di:
 - orario di lavoro settimanale (non più di 54 ore per un massimo di 6 giorni lavorativi);
 - ore di lavoro straordinario o comunque aggiuntivo a quello contrattuale, nel rispetto comunque dei limiti massimi previsti dalla Legge (non più di 250 ore complessive);
- stabilire la sede delle decisioni contrattuali delle deroghe, dei criteri che li dovranno guidare e sui limiti quantitativi di orario lavoro (ad. es.: Ccnl);
- esentare di norma dalle guardie e dai turni notturni i dirigenti medici con età superiore a 60 anni;

- prevedere la possibilità che il singolo dirigente del ruolo sanitario, previo informazione all'azienda, possa cedere volontariamente una parte delle sue ferie annuali a scopo di solidarietà (con un limite quantitativo non superiore al 25%) ad un dirigente appartenente alla stessa categoria professionale e dipendente della stessa azienda affetto da importanti difficoltà di salute che riguardano lo stesso o i diretti familiari;
- introdurre lo strumento normativo della "Banca ore individuale", dove ciascuno può depositare le ore di lavoro aggiuntive effettuate ed autorizzate, per eventuale recupero o pagamento;
- sancire che 4 / 3,5 ore medie settimanali di lavoro sono destinate ad attività non assistenziali fra cui la formazione e l'aggiornamento;
- specificare in modo chiaro ed ineludibile che l'orario di lavoro dei dirigenti del ruolo sanitario, fermo restando la sua flessibilità nell'organizzazione del lavoro, deve essere calcolato da un punto di vista amministrativo (al fine di definire l'orario dovuto al netto delle assenze a qualsiasi titolo) in 6 giorni settimanali nei reparti con posti letto operanti per l'intera settimana e nei servizi operanti ed aperti al pubblico anche il sabato, in 5 giorni la settimana negli altri casi.

Modelli organizzativi minimi attività correlate all'urgenza ed emergenza clinica e limiti dei carichi di lavoro

Le modalità di lavoro nelle aziende sanitarie si sono fortemente modificate negli ultimi 20 anni in conseguenza dell'evoluzione delle conoscenze scientifiche, dell'elevato progresso tecnologico e della progressiva specializzazione degli ospedali verso le patologie acute di media ed elevata complessità.

Tutto questo ha nel contempo determinato una riduzione della degenza media e del numero dei posti letto ed una conseguenziale crescita dei carichi di lavoro, delle responsabilità professionali e del rischio clinico.

Le attività sanitarie maggiormente implicate sono soprattutto quelle inerenti l'urgenza e l'emergenza ed in particolare la guardia medica, la pronta disponibilità ed il lavoro notturno.

La normativa contrattuale vigente in merito (del 1996) non è più adeguata alla situazione lavorativa attuale.

Il nuovo Ccnl dovrà pertanto rivederla e adeguarla alla situazione attuale.

Nostri indirizzi

Si dovranno pertanto:

- Declinare i principi organizzativi minimi di garanzia e di sicurezza su cui scegliere i reparti in cui organizzare sempre la guardia medica divisionale e quelli in cui è possibile organizzare invece una guardia medica divisionale o interdivisionale.
- Declinare i criteri generali che dovranno guidare la scelta dei reparti specialistici che saranno serviti da una guardia medica interdivisionale (equipollenza, particolare affinità delle patologie e delle attività espletate, condizioni logistiche favorevoli, ambito dipartimentale, ecc.).
- Individuare il numero di posti letto massimo serviti da una guardia divisionale o interdivisionale (non più di 90) e le condizioni particolari (complessità della patologia trattata, livello di intensità di cura e/o assistenziale, condizioni logistiche sfavorevoli) che possano determinare una variazione percentuale di tale numero e stabilire entro che limiti.
- Declinare le correlazioni organizzative fra guardia divisionale o interdivisionale e pronte disponibilità integrative dei reparti serviti dalla guardia, a seconda se di area medica, chirurgica o dei servizi.
- Declinare i criteri generali di base della scelta fra P. D. integrativa o sostitutiva della guardia.
- Individuare gli indicatori quantitativi di carico di lavoro medio in pronta disponibilità notturna sostitutiva della guardia nei servizi, oltre cui dovrà essere prevista una guardia attiva notturna.
- Declinare i criteri generali di base della scelta fra P. D. integrativa o sostitutiva della guardia.
- Declinare i limiti quantitativi individuali massimi mensili complessivi di notti impegnate in turni di guardia o turni di lavoro e/o P. D. (ad es.: 10 notti complessive mensili di cui non più di 5 impegnate in guardie o turni di lavoro notturni).

Nel nuovo Ccnl inoltre dovranno essere:

- regolamentate anche le ricadute dei turni notturni di pronta disponibilità sui piani di lavoro, in conseguenza delle disposizioni legislative sui riposi.

Retribuzione attività in condizioni di lavoro disagiate e/o aggiuntive

L Negli ultimi anni, in seguito alle profonde modifiche delle modalità di lavoro, si è avuto un forte incremento dei carichi di lavoro individuale, aggravato ancor più dalla riduzione progressiva dei dirigenti del ruolo sanitario in servizio. Tutto ciò ha

determinato un forte disagio fra i dirigenti del ruolo sanitario.

Questa criticità è stata sempre più accentuata dalla scelta delle aziende di non risolvere le condizioni di carenza o in alternativa di non ridurre l'offerta prestazionale. Le stesse hanno preferito invece incrementare i carichi di lavoro per ottenere un elevato risparmio economico. Il risparmio poi in alcuni casi è stato ben maggiore se, con mille scuse, tale disagio aggiuntivo non è stato retribuito.

Nostri indirizzi

Attività di lavoro in condizioni disagiate eseguite nel rispetto dei limiti contrattuali

Nel nuovo Ccnl si dovrà pertanto:

- Affermare con forza che qualsiasi attività aggiuntiva, richiesta o imposta dall'azienda attraverso piani di lavoro o ordini di servizio che determinino l'espletamento di orario di lavoro aggiuntivo a quello contrattuale, dovrà obbligatoriamente prevederne la retribuzione o il recupero delle ore in più lavorate.
- Affermare anche che uguale trattamento spetterà alle ore aggiuntive eseguite per situazioni lavorative straordinarie, non programmabili e non rimandabili, giustificate formalmente a posteriori dal dirigente sovraordinato.
- Modificare le modalità di calcolo dell'ora di lavoro straordinaria per i dirigenti medici e veterinari aggiungendo alla base iniziale di calcolo la "indennità di specificità medica", che è uno degli elementi della retribuzione fondamentale di tali dirigenti, caratterizzante la loro specificità (base iniziale di calcolo = tabellare + specificità medica).
- Incrementare l'indennità oraria di servizio notturno (ad es.: 8 Euro/ora).
- Introdurre un incremento dell'indennità di pronta disponibilità di un valore compatibile con le risorse disponibili.
- Incrementare la retribuzione della guardia medica notturna e turno di lavoro notturno per le ore comprese fra le 22 e le 6 del mattino, eseguita in libera professione d'azienda (ad es.: 720 Euro a turno).
- Incrementare la retribuzione dell'ora di lavoro diurna eseguita in libera professione d'azienda (ad es.: almeno 70 Euro/ora).
- Prevedere che, per finanziare l'incremento di spesa di tali attività, il cui costo afferisce al fondo contrattuale per particolari condizioni di lavoro, afferisca a tale fondo anche l'intero incremento contrattuale prevedibile per il fondo di risultato.

Attività di lavoro in condizioni disagiate eseguite occasionalmente oltre i li-

miti contrattuali

Per queste attività nel nuovo Ccnl si dovrà pertanto:

- Esplicitare che per le attività eseguite in condizioni di lavoro disagiate devono essere rispettati i limiti di carico di lavoro presenti nel Ccnl.
- Prevedere possibili deroghe transitorie a tali limiti solamente se sussistono le seguenti condizioni:
 - presenza di condizioni straordinarie;
 - rispetto comunque delle condizioni contrattuali e legislative su orario lavoro e riposi;
 - durata cumulativa massima delle deroghe di tre mesi nell'anno solare;
 - utilizzo del tempo della deroga per risolvere la criticità;
 - informazione circostanziata obbligatoria preventiva alle Oo.Ss. aziendali sulla deroga da attivare e sua durata.
- Stabilire che la guardia medica notturna e turno di lavoro notturno di 12 ore, eseguite oltre il limite di 5 mensili, siano retribuite come libera professione d'azienda e l'importo sia aumentato del 50 %.
- Stabilire che per le attività di seguito riportate la retribuzione è raddoppiata:
 - ore straordinarie notturne;
 - indennità oraria di servizio notturno,
 - indennità di P. D..
- Stabilire anche che il costo di tali attività in deroga dovrà essere a carico del bilancio aziendale.

**Indirizzi
per il
nuovo
CCNL**

Istituto contrattuale della sostituzione

M Due sono le condizioni di maggiore criticità attualmente presenti nell'attuazione dell'istituto che regola la sostituzione temporanea del dirigente del ruolo sanitario:

1. La sostituzione della posizione di direzione di Uoc o responsabile di Uosd in caso di cessazione dal servizio. In questo caso la normativa contrattuale vigente in materia di sostituzione di apicali in caso di cessazione dal servizio, definisce in modo preciso la temporaneità di tale sostituzione, la sua durata temporale massima e l'entità economica dell'indennità di sostituzione. Malgrado ciò, le Aziende negli ultimi anni hanno abusato di tale istituto contrattuale, ritardando a scopo di risparmio la nomina del nuovo apicale, prolungando in alternativa oltre i limiti la sostituzione temporanea di questo da parte di dirigenti in servizio, con conseguente sovraccarico di lavoro per lungo tempo per il sostituto.
2. La sostituzione di un dirigente del ruolo sanitario in caso di maternità. In questo caso la normativa contrattuale vigente (art. 16 del Ccnl 1996,

corretta dall'Accordo Nazionale del 5. 8. 1997) prevede solamente la possibilità per le aziende di sostituire la dirigente in maternità.

La mancanza dell'obbligatorietà ha spinto quasi sempre le aziende alla non sostituzione con aggravio dei carichi di lavoro degli altri dirigenti e criminalizzazione indiretta della gravidanza.

Il Ccnl dovrà ostacolare questo abuso e/o omissioni da parte delle aziende.

Nostri indirizzi

Assenza per cessazione o aspettativa o distacco temporaneo del Direttore di Uoc o Responsabile di Uosd.

- Il nuovo Ccnl dovrà prevedere:
 - l'equiparazione dell'indennità di sostituzione all'intero importo dell'indennità di direzione di Uoc;
 - l'equiparazione della retribuzione di posizione complessiva e di risultato a quella dovuta per la direzione di quella Uoc dalla graduazione delle posizioni;
 - esplicitazione che ambedue gli incrementi sono dovuti per tutti i periodi di sostituzione successivi al primo semestre retribuito, in modo indipendente dalla durata della sostituzione da parte del singolo dirigente;
- Il nuovo Ccnl dovrà prevedere le medesime condizioni normative per la sostituzione dei responsabili di Uosd, rapportando l'importo economico a quello percepito da tale posizione.
- La contrattazione nazionale dovrà sancire che, in ambedue i casi:
 - la sostituzione, in prima istanza, dovrà essere effettuata con dirigenti appartenenti alla stessa Uoc o Uosd in possesso della posizione di responsabile di struttura semplice o incarico professionale di alta specializzazione. In assenza di dirigenti con le suddette caratteristiche si potrà procedere ad una selezione di dirigenti appartenenti ad altre strutture appartenenti allo stesso dipartimento e alla stessa disciplina;
 - i costi maggiori della sostituzione dopo il primo semestre sono integralmente a carico del bilancio aziendale.

Assenza per maternità

- Il nuovo Ccnl dovrà prevedere l'obbligatorietà alla sostituzione della dirigente del ruolo sanitario in maternità con altro dirigente assunto a tempo determinato.

Libera professione

NLe recenti Leggi hanno ribadito l'obbligo per le aziende sanitarie di organizzare la Lp dei dirigenti del ruolo sanitario in modo corretto ed adeguato all'interno delle aziende sanitarie e che queste, sola-

mente nei casi di impossibilità ad espletare all'interno, possano permetterle l'espletamento in strutture esterne affittate dalle stesse o in ambulatori privati, a patto che siano istaurate condizioni organizzative e di controllo trasparenti e rispondenti ai requisiti dettati dalla Legge.

Purtroppo in molti casi le stesse, piuttosto che adeguarsi alle disposizioni legislative, hanno preferito criminalizzare la libera professione attribuendole la responsabilità delle liste di attesa, malgrado la gestione ed il controllo di queste e della stessa libera professione sia potestà esclusiva delle aziende sanitarie e malgrado questa attività contribuisca invece a ridurre le attese, sia di elevata qualità professionale e costituisca una risorsa per le aziende sanitarie.

Questa strisciante criminalizzazione sta determinando sempre più l'incremento di difficoltà organizzative e/o l'introduzione di vincoli più restrittivi su orari e livelli quantitativi di attività.

Il nuovo Ccnl dovrà ostacolare questa deriva penalizzante e dovrà invece individuare modalità organizzative adeguate ad intercettare come Libera Professione di Azienda la domanda di prestazioni sanitarie provenienti da fondi mutualistici sanitari integrativi e assicurazioni.

Nostri indirizzi

La Contrattazione Nazionale dovrà:

- Riaffermare che la Libera Professione in tutte le sue forme, organizzata e gestita in modo corretto e trasparente, costituisce uno strumento valido per la riduzione delle liste di attesa e una risorsa per le aziende sanitarie per l'offerta di prestazioni di elevata qualità e sicurezza a persone e a soggetti o associazioni paganti esterni al Ssn.
- Sancire l'obbligatorietà per l'azienda a:
 - individuare spazi congrui ed adeguati per esercitarla e comunque separati dalle attività istituzionali;
 - separare fisicamente gli sportelli di prenotazione delle attività istituzionali da quelle private;
 - obbligare le aziende a costruire una "carta dei servizi delle attività in Libera Professione" come garanzia nei riguardi degli utenti della correttezza dell'organizzazione;
 - sancire che nel calcolo dei costi sostenuti dall'azienda per le attività in libera professione si dovrà ricorrere alla contabilità analitica di questi, tenendo conto dei "costi marginali", essendo i costi di ammortamento già soddisfatti dalle attività istituzionali;
 - creare condizioni organizzative del-

“

Il sistema dell'Ecm e della formazione continua sul campo costituisce lo strumento concreto perché queste competenze siano sempre aggiornate o addirittura accresciute per i dirigenti del ruolo sanitario

Indirizzi per il nuovo CCNL

la libera professione di azienda che siano più attrattive sotto il profilo dell'accoglienza, della qualità assistenziale e alberghiera e forniscano prestazioni ed attività sanitarie di alta qualità competitive sul piano dei costi per le mutue integrative e le assicurazioni.

Formazione continua

OLe aziende sanitarie pubbliche sono aziende non a scopo di lucro a rilevante impronta etica sociale e il loro capitale strategico fondamentale è costituito dalle competenze tecniche e professionali dei propri dipendenti.

Il sistema dell'Ecm e della formazione continua sul campo costituisce lo strumento concreto perché queste competenze siano sempre aggiornate o addirittura accresciute per i dirigenti del ruolo sanitario.

Purtroppo l'atteggiamento delle aziende frequentemente non è attento o addirittura poco compiacente nei riguardi di tali necessità.

Il Ccnl deve correggere tale importante criticità e stabilire che le aziende sanitarie debbono garantire a tutto il personale il conseguimento dei crediti formativi previsti dalla commissione nazionale Ecm.

Nostri indirizzi

Il nuovo Ccnl dovrà:

- esplicitare con forza i seguenti doveri delle aziende sanitarie:
 - organizzare e finanziare interamente l'educazione medica continua al fine di acquisire i crediti formativi dovuti da ciascun dirigente del ruolo sanitario;
 - permettere e facilitare l'aggiornamento professionale facoltativo mirato di ciascun dirigente, sia sul piano economico che sul piano lavorativo mediante l'utilizzo, in forma anche cumulativa, delle ore settimanali previste per l'aggiornamento e dall'istituto del congedo straordinario;
 - limitare gli eventi formativi di tipo non specificamente professionali, organizzati e finanziati dall'azienda per i dirigenti del ruolo sanitario con incarichi di tipo gestionale ad acquisire al massimo il 50% dei crediti formativi annuali e per quelli invece con incarichi di tipo professionali ad acquisire al massimo il 30% dei crediti dovuti;
- individuare la percentuale di finanziamento aziendale per la formazione continua organizzata dall'azienda e quella invece dedicata a finanziare l'aggiornamento volontario dei suddetti dirigenti.

Il ciclo di interviste ai segretari aziendali Anaa Assomed continua. Sotto i riflettori di Dirigenza Medica, una donna Stefania Orecchia, specializzata nell'organizzazione dei servizi sanitari, un valore aggiunto proprio perché è "fondamentale e necessario che a farlo sia un medico e non un qualsiasi altro professionista". Dal nuovo Ccnl si aspetta che l'esecutivo nazionale contrasti una deriva che vede colleghi sempre più anziani "sotto pressione" e ribadisca con forza l'unicità e insostituibilità del ruolo dei medici all'interno del Ssn. Ed anche, se possibile, un incremento dello stipendio, legato però alle voci "pensionabili".

Non mollare mai, anche se sembra inutile continuare

Stefania Orecchia
Segretaria Anaa Assomed ex Asl To1



INTERVISTE AI
**SEGRETARI
AZIENDALI**

Dottoressa Orecchia ci racconti qualcosa di sé, del suo lavoro, della sua formazione e se non siamo troppo indiscreti, della sua famiglia, hobbies, passioni...

Ho 52 anni, 3 figli, un marito e due genitori anziani, sono un medico dell'organizzazione e lavoro sul territorio. Amo il mio lavoro, anche se per molti colleghi è difficile capire come un medico possa rinunciare alla clinica. Onestamente ammetto che all'inizio questa mia scelta è nata da una rinuncia legata alla difficoltà di entrare in una specialità clinica, ma già durante gli anni di specialità e poi lavorando ho imparato quanto sia importante e stimolante occuparsi dell'organizzazione dei servizi sanitari, e soprattutto quanto sia fondamentale e necessario che a farlo sia un medico e non un qualsiasi altro professionista. Questo perché i miei "occhiali", la mia sensibilità, la mia empatia rispetto ai problemi che i colleghi clinici affrontano quotidianamente, è un elemento irrinunciabile nella ricerca di soluzioni coerenti e fattibili.

Ed ho avuto la fortuna/opportunità di occuparmi di territorio, habitat poco frequentato da molti nostri iscritti e

quindi in parte poco conosciuto, sia per la sua complessità che la residuale presenza di medici dipendenti.

Sono quindi una segretaria "anomala", perché non sono clinica e non "vivo" in ospedale.

Sono tifosa del Toro, e quindi passionale, irruente, barricadera e, sob!, abituata a perdere, ma anche a rialzarsi e a ricominciare a combattere. Amo stare con la gente, amo la schiettezza dei rapporti e le persone intellettualmente e moralmente oneste. Amo l'ironia e la capacità di riuscire a vedere oltre.

Ritengo necessaria la solidarietà, la responsabilità rispetto alle scelte che faccio e la correttezza nei confronti di chi lavora, vive, affronta un percorso con me.

Qual è stato il suo percorso per diventare Segretario Aziendale e perché la scelta dell'Anaa? Cosa le ha insegnato il suo predecessore?

Mi sono iscritta all'Anaa perché stimolo le persone che me lo hanno chiesto e che mi rappresentano, perché è giusto che ognuno di noi non deleghi sempre e comunque ad altri battaglie che sono anche proprie, perché detesto il qualunquismo. Per lo stesso mo-

tivo sono diventata segretaria aziendale. La collega che mi ha preceduto, e che continua a supportarmi, mi ha insegnato e continua ad insegnarmi la forza della resistenza, la capacità di non mollare anche se sembra inutile continuare. Ho imparato meno l'arte della mediazione e della diplomazia, ma ci sto faticosamente lavorando...

Qual è il rapporto con gli altri segretari aziendali della Regione?

Credo di avere buoni rapporti con i miei omologhi delle altre Asl, che non significa che sono sempre d'accordo su tutto con tutti, ma la discussione è sempre uno strumento per crescere e migliorare; ed in caso di richiesta di aiuto/confronto ho sempre trovato disponibilità e professionalità.

Ci sarà un altro mandato o sta pensando alla sua successione?

Per quanto riguarda il futuro, ci sono ancora molte variabili da valutare anche considerando che ci siamo recentemente accorpate con l'altra Asl di Torino e quindi è giusto che ci sia prima un confronto con i colleghi della ex Asl rispetto a questo. È innega-



INTERVISTE AI

SEGRETARI
AZIENDALI

bile che oggi fare bene sindacato richieda molto tempo e notevoli capacità, conoscenze e soprattutto collaborazione da parte di tutti, quindi anche se non sarò più segretaria.... opportunità per dare il proprio contributo ci sono sempre.

Com'è composto il consiglio della sua Azienda? Quali figure professionali sono rappresentate? Con quale frequenza vi incontrate?

Il consiglio aziendale della mia ex azienda è composto da altre 4 persone: due gastroenterologi (il collega è il segretario organizzativo e la collega era una delle rarissime under40 in azienda), un otorinolaringoiatra che è il vicesegretario aziendale (e che ha preso il posto di una neurologa trasferitasi in altra Asl) ed una biologa. La frequenza degli incontri, e il numero di persone che riescono a partecipare, è variabile perché legato sia alle segnalazioni che ci pervengono sia al cambiamento di contesto (stiamo sopravvivendo alla redazione di due atti aziendali), e di norma in prima battuta per un confronto si utilizza lo strumento della posta elettronica.

“

Ho 52 anni, 3 figli, un marito e due genitori anziani, sono un medico dell'organizzazione e lavoro sul territorio. Amo il mio lavoro, anche se per molti colleghi è difficile capire come un medico possa rinunciare alla clinica

Qualcosa sulla Regione in cui opera, il Piemonte. Quante Aziende ci sono? Come sono organizzate? Quali cambiamenti recenti o che ci saranno a breve?

In Piemonte ci sono attualmente 12 Asl, 3 Aso e 3 Aou. Nel corso degli ultimi anni la politica regionale ha previsto numerosi accorpamenti di Asl, la creazione della Città della Salute, originata dall'unificazione di 2 precedenti Aso, e recentissimamente la fusione delle 2 Asl presenti nel capoluogo, con prossima chiusura dell'ospedale monospécialistico e trasferimento di parte dei reparti all'Aou Città della Salute e parte all'ospedale San Giovanni Bosco, presidio ospedaliero dell'Asl Città di Torino.

Qual è la richiesta più frequente da parte dei suoi iscritti?

Generalmente siamo interpellati per problemi relativi all'organizzazione del lavoro (orari, guardie, esoneri) e poiché siamo reduci da due atti aziendali nel corso degli ultimi 3 anni le richieste sono state anche relative al nuovo assetto organizzativo proposto/imposto, alla tutela rispetto alla perdita delle posizioni organizzative, alla possi-

bilità di aprire alla carriera dei professionali, alla mobilità del personale intra ed extra Asl.

Quale la cosa fatta di cui è più orgogliosa? Quale vorrebbe aver fatto, ma non è ancora riuscita a fare?

Essere riuscita a mantenere unita l'intersindacale aziendale nella stesura del regolamento aziendale ex Asl To1 sull'attribuzione degli incarichi e sulle posizioni. Avrei voluto continuare a lavorare insieme ai colleghi delle altre sigle anche nella stesura dei documenti relativi all'atto aziendale della nuova Asl, ma non ci sono riuscita.

Cosa si aspetta dall'Esecutivo Nazionale dell'Associazione e cosa vorrebbe trovare nel nuovo contratto?

I problemi sono molti, in primis l'età e le condizioni di lavoro. Ci sono colleghi in turno in Dea che hanno superato i 60 anni, colleghe che oltre al lavoro hanno il carico dei figli e dei genitori, direzioni che considerano la dirigenza medici troppo costosa e sostituibile con altre figure professionali, sia sanitarie che amministrative. Poi c'è anche l'aspetto economico, Mi aspetto che l'esecutivo nazionale contrasti questa deriva e ribadisca con forza l'unicità e insostituibilità del nostro ruolo all'interno del Ssn, quindi la tutela del medico sia rispetto all'età che ad un'organizzazione che "spreme" sia chi è dipendente sia chi è in formazione, ed infine anche se possibile, un incremento dello stipendio, legato però alle voci "pensionabili".

Da donna medico qual è stata la sua "politica" per affermare le peculiarità di genere?

Nella mia azienda si è iniziato a lavorare sulla parità di genere molti anni fa, e le donne medico sono prevalenti nell'organico, quindi ho ereditato una situazione in cui le peculiarità di genere erano già riconosciute e in parte tutelate. In un momento di grandi cambiamenti, di scarsità di risorse e di reiterati attacchi alla nostra professionalità ed al ruolo che svolgiamo all'interno del Ssn devo onestamente ammettere che non ho avuto energie da impiegare anche in questo campo, ma mi piacerebbe poter contribuire a creare delle condizioni lavorative di maggior aiuto ed attenzione alle donne, come ad esempio maggiore flessibilità oraria, la possibilità di avere un nido aziendale, una sperimentazione sul telelavoro che potrebbe conciliare anche la necessità di supportare genitori anziani oltre che figli in età scolare.

Il monito dalla Conferenza Anaaio giovani

Sicurezza per pazienti e operatori, e modelli organizzativi che garantiscano la meritocrazia.



Questo il messaggio che da Bologna, dove si è svolta la 3° Conferenza Anaaio Giovani, ha lanciato il responsabile nazionale del Settore. Nel corso della due giorni si sono affrontate numerose tematiche: dal sindacato 2.0 alla sanità privata e pubblica, dalla medical leadership alla responsabilità professionale, e ancora lavoro e famiglia e nuovo ruolo per il medico. Nel servizio proponiamo i principali passaggi che hanno animato il dibattito delle tavole rotonde.

“Non si tratta di fare un mero bilancio, quanto piuttosto di toccare alcuni punti che riguardano la sanità a 360 gradi e che meritano un approfondimento da parte dei giovani”. Con queste parole **Domenico Montemurro**, responsabile nazionale Settore Anaaio Giovani, spiega il senso della due giorni bolognese che ha messo sul tavolo una serie di approfondimenti su tematiche sanitarie, certamente, ma coniugate alle esigenze delle nuove generazioni. A partire dall’organizzazione sanitaria e dalle carriere. “Abbiamo cercato risposte a domande ricorrenti tra i giovani colleghi e cioè se un medico – spiega Montemurro –, una volta entrato nel Ssn può o non può fare carriera, se la sua carriera sarà appiattita o con i nuovi modelli organizzativi sanitari potrà invece aprir-

si ad uno scenario diverso? O ancora con le nuove norme sull’orario di lavoro sarà possibile assumere nuovi ragazzi o il governo tenterà di chiedere delle ulteriori deroghe?”.

Altro argomento caldo è stato la formazione medica, “perché un medico che non riesce ad entrare nelle scuole di specialità – ha aggiunto Montemurro – è un medico che non ha sbocchi lavorativi e quindi si parla di imbuto formativo per cui a fronte di 15mila concorrenti abilitati ci troviamo di fronte a 6mila contratti di specialità. Chi resta fuori e non sa cosa fare. Ed è evidente che qui occorre intervenire perché questa chiaramente è la genesi del precariato”. Spazio anche alla medical leadership. Cosa vuol dire? “Vuol dire – risponde il Responsabile Nazionale di Anaaio Giovani – che dobbiamo capire se come cambia la sanità può anche cambiare il modo di fare sindacato. E quindi non più un sindacato che utilizza i vecchi schemi, ma semplicemente che è più flessibile perché i mutamenti dell’organizzazione sanitaria lo impongono”. Famiglia e lavoro è un altro argomento affrontato perché “ricordiamo che il 70-80% della componente medica è donna e se è vero che si parla tanto di conciliazione tra famiglia e lavoro, è altrettanto vero che questa ad oggi non è facile da realizzare. Se una donna ad un certo

punto vuole fare dei figli si trova di fronte ad un bivio”.

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

Altra materia sotto la lente è stato il rapporto, il mix, tra sanità pubblica e sanità privata. “La domanda che ci si pone – spiega Montemurro – è: esiste una sanità privata buona, in grado di aiutare il Ssn e quindi anche i giovani incentivandoli ad entrare nel pubblico sapendo che c’è una parte del privato che li può incentivare economicamente?”

Infine spazio anche alla Responsabilità professionale, la nuova legge, per ragionare sul possibile impatto che questa può avere sul lavoro, in corsia, sul mondo assicurativo e sui procedimenti giudiziari. Da Bologna Anaaio Giovani ha mandato un messaggio ai decisori, alla politica e il messaggio, spiega Domenico Montemurro è: “Sicurezza delle cure, modelli organizzativi che contemplino delle risorse umane che possano garantire questa sicurezza, sia ai pazienti che agli operatori sanitari e una carriera professionale meritocratica. C’è poi bisogno di un cambio della materia della specialistica che non può più avvenire solo nelle Università ma deve anche essere all’interno degli ospedali di rete”.

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

**Conferenza
Anaa
giovani**

Sindacato 2.0, organizzazioni e carriere



ANDREA ROSSI

Andrea Rossi
responsabile settore
AG Regione Veneto

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

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

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

Carlo Palermo
Vice Segretario Nazionale
Vicario Anaa Assomed

“La questione delle dotazioni organiche oggi, va letta assolutamente rispetto alle condizioni di disagio che i dirigenti vivono nelle singole strutture. Noi veniamo da una condizione di attacco alla sostenibilità del Ssn. Dal 2009 al 2015, è possibile verificare che ci sono 9mila medici in meno e circa 42mila infermieri in meno. Quando si dice che lo Stato prende la sanità come bancomat si intende sostanzialmente questo. La con-

dizioni di lavoro sono in netto peggioramento, il disagio è elevatissimo e non si riesce nemmeno ad implementare tutta la problematica dell'orario di lavoro. A fronte di norme Ue che richiedevano un incremento della dotazione organica di circa 6mila medici in più, ne abbiamo 9mila in meno. Questo significa che la il personale non fa ferie, né riposi, ha difficoltà nella vita sociale, nella vita familiare e quando arriva a fine carriera scappa. E così perdiamo le forze migliori e abbiamo un calo nella capacità di risposta del sistema. Parlare di dotazioni organiche, dei professionisti che devono affrontare l'erogazione delle cure, è fondamentale. Abbiamo bisogno di invertire la tendenza, è arrivato il momento di fare un investimento economico nel sistema su queste problematiche. Facendo una connessione possiamo dire che il problema è drammatico perché il sistema della formazione è totalmente fallito. Per i prossimi anni non avremo i medici necessari per la sostituzione. Se non interveniamo ora, e lo diciamo dal 2011, il sistema collasserà. Le regioni, che hanno responsabilità organizzativa, se non fanno un investimento ora, quando lo faranno?”.



CARLO PALERMO

**Conferenza
Anaa
giovani**

Sanità privata e pubblica: quale mix?

Simona Bonaccorso
responsabile settore
AG Regione Sicilia



SIMONA
BONACCORSO

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

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

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

Fabio Florianello
Presidente Consiglio nazionale
Anaa Assomed

“Obiettivo della tavola rotonda non è tanto trovare soluzioni ma fare una fotografia dell'attuale situazione italiana. Il punto di partenza è che il cittadino, attraverso la fiscalità generale, eroga 1.893 euro all'anno, a cui aggiunge di tasca propria 580 euro. Quindi in tota-

le tira fuori più di 2mila euro l'anno. In questa situazione non c'è ancora un secondo pilastro organizzato in cui andare ad immettere questi 580 euro. Secondo alcuni se mettiamo questa cifra dentro il Fsn abbiamo risolto i problemi; qualcun altro invece sostiene che anche se mettiamo questa cifra nel Fsn il problema non lo risolviamo.

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

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



FABIO
FLORIANELLO

**Conferenza
Anaa
giovani**

Medical leadership e taskshifting



**ENRICO
REGINATO**

Enrico Reginato, Presidente Fems

“Può la delega ad altre figure professionali rinforzare il ruolo del medico come team leader? Il problema è la qualità dell’assistenza non la qualità delle casse dell’Asl”. La cosa che vorrei fosse evitata, parlando di compiti che attualmente sono del medico e che vengono affidati ad altre figure professionali, è che il fenomeno si sviluppasse non per migliorare il livello dell’assistenza, ma per sostituire i medici con altre professionalità perché queste costano meno. Noi in sanità assistiamo a fenomeni che per risparmiare tendono a tagliare il costo del personale che in ospedale vale tra il 60 e il 65%. Quando si blocca il turn over dei medici che rappresentano il 10% del personale ecco che ho già ottenuto una bella quota di risparmio. La qualità dell’assistenza poi è altra cosa, naturalmente. Se il passare al taskshifting è semplicemente per

risparmiare soldi o per accontentare alcune figure professionali che vogliono giustamente, dal loro punto di vista, un ruolo maggiore in sanità, il discorso non è accettabile. Perché il problema è la qualità dell’assistenza non la qualità delle casse dell’Asl. Altra cosa è il taskshifting che alleggerisce il medico da tutta una serie di attività burocratiche che sono tipicamente segretariali. Questo sarebbe uno dei taskshifting da fare perché il medico lavora mal volentieri con questi carichi burocratici e il risvolto della medaglia è che un medico che lavora male è possibile che faccia maggiori errori. Errori che poi finiscono in Tribunale e che le Asl pagano. Quindi quello che si pensa di risparmiare con il taglio del personale si rischia di pagarlo in risarcimenti. Quindi da un punto di vista sociale è assolutamente aberrante. Da un punto di vista economico, che pare sia l’unica a interessare i direttori della Aziende, gli

assessori alla sanità e i ministri di turno, alla fine lo ripagano in altro modo”.

**Pierino di Silverio
componente Direttivo Nazionale
settore Anaa giovani**

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

**Francesco Pennacchio,
responsabile settore AG Regione
Campania**

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

**Gabriele Gallone
esecutivo Nazionale Anaa
Assomed - Presidente Fpp**

“La nuova legge sulla responsabilità professionale medica ha il grosso merito di aver chiarito che da un punto di vista civile esiste una norma sulla quale non si può più discutere, la respon-

**Conferenza
Anaa
giovani**

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



**FRANCESCO
PENNACCHIO**



**GABRIELE
GALLONE**

sabilità extracontrattuale, mentre dal punto di vista penale il medico deve preoccuparsi delle conseguenze civili, con tutto ciò che questo comporta. Dal punto di vista penale non vedo quei grossi cambiamenti che in realtà sono stati dichiarati subito dopo l’approvazione della legge

Entrando nello specifico, ciò di cui mi occupo è l’articolo 6, relativo alla modifica del codice penale, per il quale in caso di imperizia la colpa è esclusa se si seguono le linee guida. Questa modifica ha però già suscitato problematiche a livello giuridico, giudizio di legittimità da parte della Cassazione. Alcuni giudici si sono chiesti come fa un medico a non essere colpevole se segue le linee guida considerato che è imperito? Questa problematica non è molto rilevante dal punto di vista giuridico per i sanitari, più importante invece la modifica a livello legislativo che è stata fatta sulla

responsabilità civile o sulle norme che riguardano la rivalsa e l’assicurazione piuttosto che dell’ambito penale. Credo che in questo ambito non abbiamo risolto molto con l’inserimento di questo articolo 6. Anzi forse si potrebbero avere dei problemi maggiori. Per me il sanitario più che preoccuparsi della modifica del codice penale, dovrebbe preoccuparsi invece di seguire pedissequamente le regole cautelari per evitare di avere delle conseguenze medico-legali. Dal mio parere è molto più rilevante che si sia passato ad una responsabilità civile di tipo extracontrattuale con una prescrizione più breve, e con un onere delle prove che ricade su chi invece ha subito un presunto danno. Importante anche è l’obbligo di assicurazione ma attenzione al tipo di assicurazione che si va a fare. Perché il rischio maggiore a cui il sanitario va incontro è la rivalsa da parte della Corte dei Conti”.

Eleonora Albanese
componente Esecutivo Nazionale
Anaao Assomed

“Tra le tematiche che sono state affrontate in questa terza conferenza Anaao Giovani interessante è vedere il punto di vista femminile in un mondo, quello della sanità, dove la nostra presenza è in crescita. Tematiche quindi di genere quelle di cui si è discusso, in particolare quali possono essere le risposte delle istituzioni delle amministrazioni ad una società che cambia continuamente per rispondere in maniera adeguata, attenta a questi cambiamenti per consentire di conciliare i tempi di lavoro con i tempi della famiglia, e quindi particolare riferimento alle donne.

Le relazioni hanno toccato i temi quali la maternità, gli asili nido aziendali, il part time e la formazione nelle politiche di genere. Temi molto attuali che ci consentono ulteriori spunti di riflessione”.

Conferenza Anaao giovani

Lavoro e famiglia

Sandra Morano
ginecologa, ricercatrice Università di Genova

“È importante che il maggiore sindacato dei medici cominci a pensare ad uno specifico della presenza femmini-

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

“**Tra le tematiche che sono state affrontate in questa terza conferenza Anaao Giovani interessante è vedere il punto di vista femminile in un mondo, quello della sanità, dove la nostra presenza è in crescita**



ELEONORA ALBANESE



SANDRA MORANO

Conferenza Anaao giovani

Nuovo ruolo per il medico e staffetta generazionale

Chiara Rivetti
Segreteria regionale Anaao Assomed Piemonte

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

Le nostre istanze vengono rappresentate ai vertici sanitari, aziendali e regionali. Le risposte che abbiamo poi dipendono dalle singole realtà. Nel mio caso, nel torinese, le nostre istanze non sono state molto accolte perché il pronto soccorso continua ad essere una re-

altà molto pesante. Probabilmente perché il cambiamento che si richiede è piuttosto radicale per cui ha bisogno di tempi più lunghi”.

Giorgio Cavallero
Vice Segretario Nazionale Anaao Assomed

“La staffetta generazionale è indispensabile non solo per il medico, ma per tutti e le staffette si realizzano in parte favorendo l’uscita anticipata, a tal fine siamo in attesa della circolare Inps sul cumulo che consente l’uscita anticipata dei medici e non solo di loro. Ma siamo anche in attesa di dare applicazione all’Ape volontaria, in tal modo si

realizza la staffetta generazionale mediante un’uscita anticipata di chi attualmente è in servizio. Ma la staffetta generazionale si può realizzare anche in altro modo. Per esempio favorendo il part-time di chi è vicino alla pensione questo però richiede modifiche normative: penso alla possibilità di dare più giorni di ferie a chi è più anziano, rimpiazzando l’organico o ancora riducendo l’orario di lavoro dei sanitari più avanti con l’età. È evidente che questo deve favorire l’entrata in servizio dei più giovani. In Europa molte cose sono state fatte, pur avendo un’età pensionabile più bassa, in Italia diventa sempre più urgente affrontare questo problema”.



CHIARA RIVETTI



GIORGIO CAVALLERO



Il Laboratorio di Genetica medica

Core-tecnologico per la diagnostica di laboratorio

Le moderne tecniche di Genetica molecolare, oltre ad essere un prezioso strumento per la diagnosi delle malattie genetiche, sono divenute nel tempo la normale evoluzione tecnologica di molte altre discipline quali ad esempio l'anatomia patologica, la microbiologia, la virologia e la patologia clinica.

La Next Generation Sequencing

(Ngs), attraverso lo studio dell'esoma, ha modificato sostanzialmente l'approccio diagnostico per lo studio delle malattie rare in passato non diagnosticabili, così come ha dato un forte contributo alla caratterizzazione molecolare di patologie geneticamente eterogenee (es. Retinite pigmentosa, emocromatosi ereditaria) o per l'identificazione di mutazioni in geni di grandi dimensioni (NF1; Neurofibromatosi).

Per molti gruppi di patologie sono oggi disponibili pannelli che consentono lo studio contemporaneo di tutti i geni le cui mutazioni sono considerate causative o pannelli di un numero limitato di geni che possono essere analizzati contemporaneamente su casistiche ampie. Tutto ciò sta determinando, oltre ad una diminuzione dei costi, un abbattimento dei tempi di refertazione. Gli investimenti necessari per l'acquisto di tali tecnologie, l'elevato throughput delle stesse e la necessità di uno specifico background scientifico e tecnico rendono oggi opportuno ragionare nell'ottica di una centralizzazione di tali test. Al fine di rendere economicamente vantaggiosa la scelta di tali metodiche è necessario considerare l'opportunità di utilizzare l'Ngs anche a supporto di altre discipline per le quali il Laboratorio di Genetica Medica può costituire un Core-tecnologico intra o interaziendale.



Ne è una dimostrazione la collaborazione tra la Genetica medica e l'Anatomia Patologica nello studio di quello che si potrebbe definire il "Passaporto molecolare" di una neoplasia all'epoca dell'insorgenza, dato che riveste una particolare importanza, oltre che nella stadiazione del tumore, anche nelle indicazioni terapeutiche sulla base della presenza di specifiche mutazioni e/o nel follow-up del paziente. In questi studi la competenza del patologo, indispensabile anche per una corretta individuazione dei tessuti da analizzare, e quella del genetista molecolare, rendono evidente il valore aggiunto di un approccio multidisciplinare. Sempre attraverso l'applicazione della Ngs, è possibile eseguire la biopsia liquida ovvero la caratterizzazione molecolare delle mutazioni su Dna tumorale libero cir-

colante partendo da un prelievo di sangue. Dati recenti dimostrano come la sensibilità dell'approccio in Ngs sia maggiore rispetto alla Real-Time Pcr e, in particolare in tumori come il carcinoma polmonare, dove le biopsie o gli agoaspirati non sempre consentono di ottenere campioni utili alla diagnosi, disporre di una tecnica non invasiva ad alta sensibilità rappresenta per il paziente una grande opportunità.

Anche per la Microbiologia l'utilizzo di piattaforme in Ngs sta diventando importante per estendere il potere diagnostico ad esempio nel settore delle patologie infiammatorie intestinali, nella celiachia o nell'obesità attraverso lo studio del microbiota intestinale, una volta definito flora intestinale, che ha un ruolo determinante nella insorgenza e nella progressione di numerose malattie. Queste tecniche consentono oggi di ottenere, da campioni fecali del paziente, una mappa genomica delle diverse popolazioni batteriche che, analizzate insieme ad altri fattori, possono contribuire ad orientare la terapia.

Un'ulteriore efficace interazione si ha oggi tra la Genetica medica e la Ematologia dove lo studio di pannelli genici responsabili delle diverse forme di patologie onco-ematologiche fornisce un contributo importante nella diagnosi precoce e nella diagnosi differenziale tra forme che possono beneficiare di approcci terapeutici differenti. La collaborazione tra queste due discipline ha determinato negli ultimi anni l'ampliamento delle possibilità diagnostiche in ambito ematologico e, soprattutto per lo studio della malattia minima residua, l'incremento delle sensibilità del test attraverso la Ngs sta rappresentando un ulteriore potenziale applicazione.



IRENE BOTTILLO
Specialista in
Genetica Medica
Dottore di Ricerca
in Genetica
Medica
Uoc Laboratorio di
Genetica Medica
Università La
Sapienza
Azienda
Ospedaliera San
Camillo Forlanini



PAOLA GRAMMATICO
Direttore Uoc
Laboratorio di
Genetica Medica
Università La
Sapienza
Azienda
Ospedaliera San
Camillo Forlanini

Avv. Vincenzo Vottino
Consulente legale Anaa Assomed

Legge “Gelli-Bianco”

L'azione di rivalsa per dolo o colpa grave: limiti e condizioni

Una delle novità della cd. legge “Gelli-Bianco” (L. 8 marzo 2017, n. 24) in materia di responsabilità degli esercenti la professione sanitaria, è la disciplina dell'azione di rivalsa, ovvero l'azione che la struttura ospedaliera, pubblica o privata, può esercitare nei confronti del personale ivi operante, nel caso di condanna al risarcimento del danno in favore del paziente.

La normativa di riferimento, contenuta nell'art. 9 della L. 24/2017, prevede condizioni ben definite per l'esercizio dell'azione, pone una netta demarcazione tra il giudizio di risarcimento, la procedura stragiudiziale e il giudizio di rivalsa, ed introduce un limite all'entità della somma che è possibile richiedere in via di regresso al medico responsabile del danno cagionato a terzi.

Va precisato, che per il settore pubblico, la rivalsa è propriamente definita dalla legge come azione di responsabilità amministrativa ed il relativo esercizio compete al pubblico ministero presso la Corte dei Conti (art. 9, co. 5), mentre in ambito privato la giurisdizione è affidata al giudice ordinario ed è la stessa struttura sanitaria o socio-sanitaria ad agire direttamente contro il professionista, ferma restando, in entrambi i casi, la previsione di un diritto di surrogazione dell'impresa assicuratrice. Tale scelta legislativa, come si dirà, può dirsi vantaggiosa per i medici del settore pubblico.

Presupposto essenziale per l'esercizio dell'azione di rivalsa è la sussistenza di dolo o colpa grave (art. 9, co. 1).

Mentre il dolo implica intenzionalità dannosa e consapevolezza della condotta, la nozione di colpa grave, sebbene escluda la volontarietà, si caratterizza, rispetto alla cd. colpa sempli-

ce, per la presenza di violazioni grossolane e macroscopiche dei doveri di diligenza, prudenza e perizia che contraddistinguono l'attività del professionista sanitario.

Sotto il profilo procedurale, la legge ha introdotto diverse garanzie per salvaguardare il diritto di difesa del medico, stabilendo, in primo luogo, che questi deve ricevere comunicazione dalla propria azienda o dall'impresa di assicurazione, entro dieci giorni, dell'avvenuta instaurazione del giudizio promosso dal danneggiato, pena l'inammissibilità della successiva azione di responsabilità amministrativa (v. art. 13, L. 24/2017).

Inoltre, nel caso in cui l'esercente la professione sanitaria non sia stato parte nel giudizio di risarcimento o nella fase stragiudiziale, è previsto, da un lato, che l'azione di rivalsa potrà essere esercitata nei suoi confronti solo successivamente alla sentenza di risarcimento o alla sottoscrizione dell'accordo stragiudiziale (e, a pena di decadenza, entro un anno dall'effettivo pagamento, v. art. 9, co. 2), dall'altro, che la decisione pronunciata nel giudizio risarcitorio non fa stato nel giudizio di rivalsa (art. 9, co. 3), così come la transazione eventualmente raggiunta tra struttura, impresa di assicurazione e danneggiato non sarà in nessun caso opponibile al sanitario nell'ambito dell'azione di regresso (art. 9, co. 4).

Di contro, se l'esercente la professione sanitaria è stato parte del giudizio risarcitorio, il giudice potrà desumere argomenti di prova dalle prove assunte nel processo instaurato dal danneggiato nei confronti della struttura sanitaria o dell'impresa di assicurazione (art. 9, co. 7).

La novità più rilevante della norma è senz'altro rappresentata dall'introduzione di un limite alla misura della rivalsa.

In particolare, per il settore pubblico, è stabilito che l'importo della condanna per la responsabilità amministrativa, per ogni singolo evento e in caso di colpa grave (non vale per il dolo) “non può superare una somma pari al valore maggiore della retribuzione lorda o del corrispettivo convenzionale conseguiti nell'anno di inizio della condotta causa dell'evento o nell'anno immediatamente precedente o successivo, moltiplicato per il

triplo” (art. 9, co. 5).

La stessa norma prevede che, ai fini della quantificazione del danno, nell'ambito del giudizio contabile per responsabilità amministrativa, il giudice deve tener 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 ha operato.

Tale potere riduttivo del danno, unitamente alla garanzia di imparzialità nell'esercizio dell'azione da parte del giudice contabile, così come l'intrasmissibilità agli eredi dell'obbligazione risarcitoria stabilita nel procedimento erariale, rappresentano, come accennato, elementi di indubbio vantaggio per i sanitari “pubblici” rispetto ai colleghi operanti nel settore privato.

Di contro, tuttavia, il Legislatore ha introdotto un regime di sanzioni accessorie a carico del medico pubblico, stabilendo che per i tre anni successivi al passaggio in giudicato 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 a incarichi professionali superiori rispetto a quelli ricoperti e che il giudicato costituisce oggetto di specifica valutazione da parte dei commissari nei pubblici concorsi per incarichi superiori (art. 9, co. 5).

La norma sanzionatoria così come formulata, oltre ad apparire eccessivamente gravosa, solleva diversi dubbi applicativi rispetto al sistema di progressione professionale proprio della dirigenza sanitaria, caratterizzato da tempi e modalità di valutazione che potrebbero non coincidere con il momento di irrogazione della sanzione e determinare di fatto situazione di disparità di trattamento tra il personale.

“

La novità più rilevante della norma è senz'altro rappresentata dall'introduzione di un limite alla misura della rivalsa

1. L'infelice formulazione del testo, nel quale la locuzione “moltiplicato per il triplo” può determinare di fatto un valore numerico esorbitante, sarà presto corretta attraverso le modifiche apportate con il disegno di legge C3868, al momento in cui si scrive, in discussione alla Camera e di imminente approvazione.

Segue

Invertiamo la rotta sulla formazione



È il momento di invertire la rotta per salvare il sistema sanitario e per cercare da un lato di arginare il crescente esodo di medici all'estero, dall'altro di creare specialisti di qualità, in numero sufficiente da far fronte alla richiesta di turn-over crescente

”

preso il sopravvento fino a che in questo anno accademico, le disfunzioni si sono sommate portando ad un caos ingestibile. L'ultimo concorso ha di fatto mantenuto le criticità del precedente quali l'assenza di una bibliografia di riferimento, lo svolgimento delle prove in diverse piccole sedi universitarie lasciando alle stesse l'arduo compito di cercare luoghi idonei ad invarianza di spesa, l'assenza di controlli organizzati durante i test, e soprattutto il numero di contratti stimati in 6.140 non è aumentato rispetto allo scorso anno.

Il bando di concorso ha per di più sfiorato tutti i tempi previsti di una programmazione lacunosa consentendo ad un laureato nel luglio 2016 di iniziare il proprio percorso formativo non prima del 2018, sommando un ritardo ingiustificabile nell'espletamento dello stesso che, in associazione al mancato aumento dei contratti, determinerà un ampliamento dell'imbuto che oggi vede 15mila medici contendersi 7.000-7.500 posti, a fronte dell'inizio della desertificazione di ospedali e territori grazie alla gobba demografica, al blocco del turnover ed alla carenza di specialisti, che manda deserti i rari concorsi determinando di fatto una crisi epocale del sistema sanità italiano.

I problemi della formazione medica in Italia però non si fermano purtroppo a mere incapacità organizzative ma attingono al profondo del sistema sanitario nazionale.

Manca ad oggi ancora una corretta programmazione dei fabbisogni per Regione e per disciplina ed un investimento sulla qualità di percorsi formativi oggi deficitari sugli aspetti professionalizzanti e poco adatti ad una Medicina in continua evoluzione e, soprattutto sul numero: nei prossimi 10 anni avremo una uscita di massa dal sistema sanitario di me-

dici, specialisti e di Medicina generale, per raggiunti limiti di età che, se non si porrà rimedio non saranno sostituiti completamente.

Di fronte alla necessità di rivedere l'intero sistema formativo, inefficiente e costoso, come richiesto da anni, e non solo da noi, e come vorrebbe il divario crescente, tra numero di laureati e disponibilità di contratti di formazione specialistica e di Mmg, che lascia migliaia di medici nel limbo della disoccupazione e sottooccupazione, la montagna partorisce il topolino di un restyling dell'accreditamento, discutibile e parziale.

Questi i problemi corroborati dalla assenza di risposte alle continue richieste di incontri hanno portato Anaaio Giovanni a decidere una mobilitazione di massa, concretizzatasi il 28 settembre con la manifestazione a Roma davanti al Miur. Le ragioni sono molteplici le richieste tante, a partire dalla eliminazione delle criticità.

Occorre ricostruire in maniera organica una modalità di accesso alla formazione post-laurea che sia omogenea nella valutazione dei titoli, e nell'espletamento della stessa. La creazione di una bibliografia di riferimento per valutare il merito, lo svolgimento del concorso in macro-sedi affinché venga assicurata una omogeneità nella valutazione del prove, la possibilità di scelta libera da parte del candidato dopo aver svolto il test.

Soprattutto, alla luce dei futuri pensionamenti, invece di perder tempo a discutere dell'aumento di posti in medicina, con la certezza di immettere nel mondo del lavoro migliaia di medici senza sbocchi occupazionali, occorre procedere celermente alla ricerca di fondi ulteriori per un aumento di contratti di formazione specialistica di almeno 2mila unità. Insomma il 28 settembre è stato solo l'inizio di un lungo percorso ad ostacoli verso una riforma profonda del sistema formativo italiano.

È il momento di invertire la rotta per salvare il sistema sanitario e per cercare da un lato di arginare il massivo e crescente esodo di medici all'estero, (ricordiamo che ogni medico da formare costa allo stato circa 150mila euro), dall'altro di creare specialisti di qualità, in numero sufficiente da far fronte alla richiesta di turn-over crescente.

È imprescindibile affidare un ruolo diverso alle Regioni, oggi limitato ai costi di un numero marginale di contratti, in merito alla programmazione del numero e della tipologia di specialisti da formare. Il sistema formativo non è proprietà privata della Università, per cui occorre dare vita finalmente il *teaching hospital*, motore formativo delle altre realtà europee ormai da decenni e in Italia ancora una chimera.

La parola d'ordine al momento è non mollare un centimetro, creare coscienza nelle nuove generazioni e non abbandonare quelle attuali.

L'Anaaio Assomed fa e farà la sua parte perché per investire sul futuro occorre creare consapevolezza oggi.

Tutto quello che devi sapere sul **rischio clinico** a portata di click



www.clinicalriskmanagement.it

L'unico sito in italiano interamente dedicato al **risk management**

Il miglior contributo alla sicurezza di medici e di dirigenti sanitari è costituito da un'ottima polizza di rivalsa colpa grave insieme con un'ottima tutela da affidare a validi professionisti

Iscriviti all'Anaaao

CAMPAGNA
ISCRIZIONI
2017

Scopri tutti i vantaggi se ti iscrivi entro il 31 dicembre 2017

Gratis per tutto il 2018 la polizza di rivalsa colpa grave

Gratis la polizza di tutela legale

Gratis i corsi ECM sia FAD che residenziali

Gratis un avvocato che ti garantisce tutela sindacale e legale

Gratis la consulenza assicurativa, previdenziale e contrattuale

Gratis la revisione della busta paga

